

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 721

19 de junio de 2018

X Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilmo. Sr. D. José María Arribas del Barrio

Sesión celebrada el martes 19 de junio de 2018

ORDEN DEL DÍA

1.- PNL-34/2018 RGEP.2997. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a que: 1.- La Consejería de Sanidad realice un estudio epidemiológico que evalúe la incidencia de la exposición a los campos electromagnéticos sobre la salud de las personas que habitan o trabajan en el barrio de Fontarrón/Marismas o sus proximidades, en el distrito de Puente de Vallecas, con especial atención a los efectos de la alta concentración de antenas de telefonía móvil situadas en la calle Ramón Pérez de Ayala números 1, 3, 92, 94 y calle Pío Felipe, 12 (iglesia del Colegio Tajamar), con las especificaciones que se citan. 2.- Instar al Gobierno de la Nación a que presente ante el Congreso de los Diputados un nuevo Proyecto de Ley de Telecomunicaciones que: a. recoja y aplique las recomendaciones de la Resolución 1815, de 27 de mayo de 2011, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. b.

retorne a los ayuntamientos y a las comunidades autónomas su capacidad para intervenir en la planificación y autorización de la instalación de antenas de telefonía móvil en su territorio con respecto a sus competencias urbanísticas y medioambientales, y c. elimine la capacidad de expropiar determinadas propiedades privadas por parte de la Administración General del Estado en beneficio de las operadoras sin el acuerdo con los Ayuntamientos y los propietarios implicados.

2.- C-678/2018 RGEP.7224. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre los planes del Servicio Madrileño de Salud para los meses de verano de 2018. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

3.- PCOC-19/2018 RGEP.221. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Veloso Lozano, diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre actuaciones que tienen previstas para la adecuación de las agendas de los profesionales de Atención Primaria.

4.- PCOC-20/2018 RGEP.222. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Veloso Lozano, diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre actuaciones que tienen previstas realizar en 2018-2019 en relación con la historia electrónica.

5.- PCOC-142/2018 RGEP.1752. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Jesús Ricardo Megías Morales, diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta si tiene previsto el Gobierno Regional atender las recomendaciones del Defensor del Pueblo, obtenidas a partir de las conclusiones del estudio sobre la "Situación de las personas con enfermedad celíaca en España".

6.- PCOC-317/2018 RGEP.5147. 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 medidas que tiene previsto adoptar el Gobierno en relación a la falta de pediatras en la Atención Primaria del SERMAS.

7.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

| | Página |
|--|---------------|
| - Se abre la sesión a las 15 horas y 35 minutos..... | 43499 |

- **Modificación del orden del día:** el segundo punto se tramita en primer lugar, C-678/2018 RGEF.7224; el sexto punto se tramita en cuarto lugar, PCOC-317/2018 RGEF.5147. 43499

- **C-678/2018 RGEF.7224. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre los planes del Servicio Madrileño de Salud para los meses de verano de 2018. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).** 43499

- Interviene el Sr. Freire Campo exponiendo los motivos de petición de la comparecencia. 43499-43500

- Exposición del Sr. Viceconsejero de Sanidad. 43500-43503

- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Veloso Lozano, la Sra. San José Pérez, el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero. 43503-43510

- Interviene el Sr. Viceconsejero dando respuesta a los señores portavoces. 43510-43512

- **PNL-34/2018 RGEF.2997. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a que: 1.- La Consejería de Sanidad realice un estudio epidemiológico que evalúe la incidencia de la exposición a los campos electromagnéticos sobre la salud de las personas que habitan o trabajan en el barrio de Fontarrón/Marismas o sus proximidades, en el distrito de Puente de Vallecas, con especial atención a los efectos de la alta concentración de antenas de telefonía móvil situadas en la calle Ramón Pérez de Ayala números 1, 3, 92, 94 y calle Pío Felipe, 12 (iglesia del Colegio Tajamar), con las especificaciones que se citan. 2.- Instar al Gobierno de la Nación a que presente ante el Congreso de los Diputados un nuevo Proyecto de Ley de Telecomunicaciones que: a. recoja y aplique las recomendaciones de la Resolución 1815, de 27 de mayo de 2011, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. b. retorne a los ayuntamientos y a las comunidades autónomas su capacidad para intervenir en la planificación y autorización de la instalación de antenas de telefonía móvil en su territorio con respecto a sus competencias urbanísticas y medioambientales, y c. elimine la capacidad de expropiar determinadas propiedades privadas por parte de la Administración General del Estado en beneficio de las operadoras sin el acuerdo con los Ayuntamientos y los propietarios implicados.**..... 43512-43513

| | |
|--|--------------|
| - Interviene el Sr. Sánchez Pérez en defensa de la proposición no de ley. | 43513-43514 |
| - Interviene, en defensa de las enmiendas presentadas, el Sr. Freire Campo. | 43514-43516 |
| - Intervienen, para fijar su posición, la Sra. Marbán de Frutos y la Sra. Aboín Aboín. . . | 43516-43519 |
| - Interviene el Sr. Sánchez Pérez en relación con la aceptación de la enmienda del Grupo Socialista. | 43519 |
| - Intervienen la Sra. García Gómez y el Sr. Raboso García-Baquero comunicando las sustituciones en sus Grupos. | 43519 |
| - Votación y aprobación de la proposición no de ley. | 43519 |
| | |
| — PCOC-19/2018 RGEF.221. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Veloso Lozano, diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre actuaciones que tienen previstas para la adecuación de las agendas de los profesionales de Atención Primaria. | 43519 |
| - Interviene el Sr. Veloso Lozano formulando la pregunta. | 43520 |
| - Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria respondiendo la pregunta. | 43520-43521 |
| - Intervienen el Sr. Veloso Lozano y el Sr. Director General ampliando información. . . . | 43521-43523 |
| | |
| — PCOC-317/2018 RGEF.5147. 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 medidas que tiene previsto adoptar el Gobierno en relación a la falta de pediatras en la Atención Primaria del SERMAS. | 43523 |
| - Interviene el Sr. Freire Campo formulando la pregunta. | 43523-43524 |
| - Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria respondiendo la pregunta. | 43524-43525 |
| - Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Director General ampliando información. . . . | 43525-43526 |
| | |
| — PCOC-20/2018 RGEF.222. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Veloso Lozano, diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre actuaciones que tienen previstas realizar en 2018-2019 en relación con la historia electrónica. | 43526 |

| | |
|--|-------------|
| - Interviene la Sra. Marbán De Frutos formulando la pregunta. | 43527 |
| - Interviene el Sr. Director General de Sistemas de Información Sanitaria respondiendo la pregunta. | 43527 |
| - Intervienen la Sra. Marbán de Frutos y el Sr. Director General ampliando información..... | 43527-43530 |
| — PCOC-142/2018 RGE.1752. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Jesús Ricardo Megías Morales, diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta si tiene previsto el Gobierno Regional atender las recomendaciones del Defensor del Pueblo, obtenidas a partir de las conclusiones del estudio sobre la "Situación de las personas con enfermedad celíaca en España"..... | 43530 |
| - Interviene el Sr. Megías Morales formulando la pregunta. | 43530 |
| - Interviene la Sra. Directora General de Humanización respondiendo la pregunta. | 43530-43531 |
| - Intervienen el Sr. Megías Morales y la Sra. Directora General ampliando información..... | 43531-43534 |
| — Ruegos y preguntas. | 43534 |
| - No se formulan ruegos ni preguntas. | 43534 |
| - Se levanta la sesión a las 17 horas y 40 minutos. | 43534 |

(Se abre la sesión a las 15 horas y 35 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenas tardes a todos. Comenzamos la sesión de la Comisión de Sanidad del día de hoy. Se han solicitado dos modificaciones del orden del día. El punto segundo pasará a ser el primero y el punto sexto pasará a ser el cuarto. El resto de puntos se acomodarían a esa variación. ¿Acepta la Comisión esta modificación? *(Asentimiento.)* Se acepta por asentimiento.

Pasamos al primer punto del orden del día.

C-678/2018 RGEF.7224. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre los planes del Servicio Madrileño de Salud para los meses de verano de 2018. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

En aplicación de lo establecido en el artículo 209.4 del Reglamento, el Consejero ha delegado en el Viceconsejero de Sanidad, don Fernando Prados, a quien invito a ocupar su puesto en la mesa. *(Pausa.)* Bienvenido, señor Viceconsejero. Para introducir la comparecencia, en representación del Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. Bienvenido, señor Viceconsejero, señor Prados. Pedimos esta comparecencia porque todos los años, al menos desde que yo estoy en esta Cámara, el verano plantea problemas en la organización de los servicios sanitarios, bien sean las Urgencias, en Atención Primaria, en hospitales y demás. Consistentemente, además, observará usted que los diputados de todos los Grupos Parlamentarios hemos pedido información anualmente, bien al principio de año o bien al final, acerca de cómo tienen organizadas la situación del verano o la evaluación de cómo ha resultado esto. Curiosamente, en relación con el año pasado el Grupo Socialista pidió los planes de verano y recibimos una nota -luego incluso le puedo dar una copia, porque es llamativa- con relación a cómo se pensaban organizar las camas. En fin, luego, se lo comentaré.

Llamativamente también, ante una petición del Grupo Parlamentario Podemos, contestaron de una manera que forma parte de los anales de la literatura burocrático-administrativa, porque, cuando doña Mónica García preguntaba cómo se valoraba el cierre de camas y quirófanos, ustedes respondieron con poética burocrática diciendo que no había tal cierre de camas sino que únicamente se había producido una deshabilitación de recursos funcionantes y, paralelamente a esa deshabilitación de recursos funcionantes, el objetivo era lograr una optimización de las camas durante el periodo estival, con criterios, todos ellos, de uso eficiente y demás. La cuestión es que, cuando luego otra diputada pregunta sobre las camas que se cierran en los hospitales de gestión privada y se compara tales datos con las camas que se cierran en los hospitales públicos, surgen muchas dudas acerca de cómo se hace esto.

Como le digo, consistentemente ha habido problemas y, entonces, nos interesa antes del verano, realmente nos hubiera gustado hacerlo incluso antes, conocer qué planes tienen ustedes para organizar, en primer lugar, Primaria, donde suele haber también problemas. Nos gustaría saber -preguntas concretas-: qué datos tienen acerca de la disminución de demanda en periodo estival a todos los niveles del sistema, en Primaria, en Urgencias, en quirófanos, camas, SUMMA 112, Salud Mental, porque se supone que en verano una de las hipótesis es que hay menos demanda; paralelamente, el personal se va de vacaciones y, como consecuencia, hay que reajustar los servicios. ¿Qué datos tienen de esa disminución de demanda? Porque nos hemos encontrado muchos años con que la demanda no parece que disminuya y esto crea situaciones extremadamente poco presentables en Urgencias, en Primaria y en otros lugares. Entonces, nos interesaría saber qué datos tienen, cómo lo van a hacer en términos de deshabilitación funcional de camas -si me permite el eufemismo-, de dotación de personal para suplencias, etcétera. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. A continuación tiene la palabra el Viceconsejero, señor Prados, por tiempo de quince minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE SANIDAD** (Prados Roa): Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes a todos. En primer lugar, quiero agradecer a todos los diputados y miembros de esta Comisión su presencia y, en especial, agradecer al señor Freire la petición de esta comparecencia para explicar los planes del verano del Servicio Madrileño de Salud 2018.

Como todos los años, señorías, en el Servicio Madrileño de Salud se realiza una estimación de los recursos necesarios para los meses de verano, de junio a septiembre, y responde a la planificación constante que se realiza en los diferentes hospitales de la Comunidad de Madrid. Asimismo, se adoptan todas las medidas necesarias para garantizar la cobertura asistencial en las consultas de Atención Primaria durante el periodo estival y se refuerzan los servicios asistenciales en aproximadamente 60 municipios que incrementan su población durante el verano.

El periodo estival, en lo que respecta a la gestión de recursos, tiene una consideración de circunstancia estacional debido a la repetición de características que todos los años acontecen y donde se tienen en cuenta diferentes constantes. En primer lugar, se valora la disminución de la población madrileña durante el verano, que no siendo tan importante como en años atrás, supone una reducción de la demanda asistencial en los servicios de urgencia estimados en un 11 por ciento.

En segundo lugar, se tiene en cuenta la disminución de la actividad quirúrgica de patologías no graves, lógicamente, que viene dada por la elección de los propios pacientes que rechazan estas fechas vacacionales, bien por razones personales o bien por conciliación familiar. En este sentido, encontramos que en 2017 hubo un descenso del 17,8 por ciento entre los meses de junio y septiembre en este tipo de intervenciones. Además, es necesario tener en cuenta la disminución del número de ingresos por patología infecciosa de carácter respiratorio, lo que provoca un descenso notable en la demanda asistencial, que no se compensa por el incremento de descompensaciones patológicas crónicas provocadas por las altas temperaturas. En consecuencia, si disminuyen las visitas

a Urgencias, aun manteniéndose constantes la proporción de ingresos y traslados, se registrará lógicamente una disminución en ingresos hospitalarios urgentes; a esa disminución hay que sumarle la disminución de los ingresos programados entre los meses de junio y septiembre de 2017, que supuso una disminución del 14,8 por ciento de ingresos totales.

Al mismo tiempo, señorías, la necesidad de acometer obras de mejora y labores de mantenimiento en los hospitales aconseja su realización en los meses de verano, con menor presencia de pacientes en todos los ámbitos, lo que facilita la rápida y oportuna ejecución de las mismas. En este sentido, durante el verano se ha planificado realizar obras de mantenimiento y rehabilitación en 18 de los 32 hospitales asistenciales del SERMAS. Las obras planificadas se realizarán en los hospitales 12 de Octubre, Ramón y Cajal, Clínico, Gregorio Marañón, Puerta de Hierro, Getafe, Móstoles, Príncipe de Asturias, Infanta Leonor, Infanta Sofía, el Hospital Niño Jesús, La Fuenfría, Guadarrama, Virgen de La Poveda, José Germain, Gómez Ulla, Fundación Jiménez Díaz y Villalba.

A pesar de estas circunstancias, señorías, les quiero transmitir que la optimización de recursos durante el periodo estival va a permitir un correcto funcionamiento del sistema sanitario. La capacidad de respuesta ante cualquier eventualidad estará garantizada. Esta gestión de la actividad, a lo que llamamos plan de verano, implica la deshabilitación de camas funcionantes, como muy bien ha dicho, con la posibilidad de habilitarlas en cualquier momento según lo requiera la demanda. Los hospitales madrileños ya han diseñado un plan de verano con el número de camas funcionantes que estiman necesario para dar respuesta eficiente a las circunstancias que antes le he descrito sobre la disminución de la frecuentación y la posibilidad de realización de obras de mantenimiento y rehabilitación, que son absolutamente necesarias.

Según los datos obtenidos en las necesidades planteadas por los hospitales de la Comunidad de Madrid, permanecerán habilitadas aproximadamente 11.425 camas de media entre los cuatro meses, estimándose 161 camas más con respecto a la media de 2017. Los datos registrados durante el periodo estival de 2017 revelan que la actividad en los hospitales se comportó de la manera esperada. La frecuentación de Urgencias disminuyó, al igual que la actividad quirúrgica, lo que provocó un mayor número de camas funcionantes libres. Como saben, esta actividad se ve reflejada en el número de camas habilitadas y en el número de recursos disponibles. La deshabilitación de camas en un periodo estival no debe relacionarse con el ahorro sino con el uso adecuado de esos recursos.

Además, durante 2018, continuando con el compromiso de la humanización de la asistencia sanitaria, se ha establecido por parte de la Gerencia de los hospitales el objetivo de reducir a cero el número de pacientes que van a permanecer en Urgencias por un tiempo mayor de 24 horas. Para garantizar el cumplimiento de este compromiso los equipos directivos de los hospitales mantendrán un control exhaustivo de la presencia en Urgencias, evitando las estancias mayores de 24 horas en estas unidades y dotándose de recursos añadidos al hospital que lo necesite. En ese sentido, como hemos señalado al principio de esta exposición, se está desarrollando el Plan de Vigilancia de los Efectos de las Olas de Calor sobre la Salud que, en el caso de alerta por esta incidencia meteorológica, prevé

poner a disposición de los hospitales todos los recursos necesarios según el criterio establecido por la Dirección General de Salud Pública. Con el fin de dotar al sistema de los recursos humanos necesarios para dar cobertura a las ausencias reglamentarias de los profesionales durante los periodos vacacionales para este verano, se ha estimado una contratación de personal de 14.788 mensualidades para las distintas categorías profesionales en Atención Hospitalaria, siendo aproximadamente un 5 por ciento más que en 2017 en previsión de posibles desviaciones con respecto a la temporada anterior.

Otra cuestión que se valora en la Atención Hospitalaria son las estancias de pacientes que permanecerán ingresados más de treinta días en los hospitales donde mayoritariamente se tratan procesos agudos; se ha incidido en definir con precisión para el periodo estival los recursos que están a disposición de los ciudadanos en los hospitales de media y larga estancia.

Este verano existirá, igual que se viene haciendo durante todo el año, un seguimiento de las estancias con el objetivo de proporcionar al ciudadano el mejor recurso posible que se adapte a las situaciones reales de su proceso, ofertando hospitales de media y larga estancia, donde se potencie su rehabilitación o se cubran sus necesidades en continuidad de cuidados especializados.

Así mismo, señorías, con respecto a la Atención Primaria se ha realizado un estudio de prioridades y necesidades asistenciales para la época estival para las zonas de la Comunidad de Madrid con más necesidades de recursos, de medicina de familia, pediatría y enfermería. Hay que destacar que la principal causa para la baja cobertura de las ausencias de las plantillas profesionales de Atención Primaria durante los periodos vacacionales es, sin duda, la escasez de profesionales de medicina de familia y de pediatría en la Comunidad de Madrid, como en el resto del territorio nacional. No obstante, con el fin de apoyar la cobertura de dispositivos asistenciales con necesidades de refuerzo y tras un análisis de esta situación, se están manteniendo contratos largos y estables desde el comienzo de 2017 y durante todo el año 2018, tanto a los médicos de familia, pediatras, como enfermeros de Atención Primaria, a distribuir entre las zonas urbanas, periurbanas y fundamentalmente rurales de la Comunidad de Madrid.

Además, para este verano se ha incrementado la plantilla de Atención Primaria con el fin de cubrir las zonas rurales con necesidades imperiosas de refuerzos médicos por desplazamientos e incrementos de veraneantes en municipios como San Martín de Valdeiglesias, Cadalso de los Vidrios, Villa del Prado, Navas del Rey, Villanueva de la Cañada, Robledo de Chavela, Cercedilla, Guadarrama, Manzanares El Real, Buitrago, Rascafría, Soto del Real, Miraflores de la Sierra, Torrelaguna, La Cabrera y Griñón. Por otro lado, quiero destacar que los recursos del SUMMA 112 durante el verano se mantendrán al cien por cien y que se va a monitorizar la presión asistencial de actividades en los Servicios de Atención Rural -los SAR- de manera que se refuercen con profesionales y vigilantes de seguridad aquellos dispositivos que, por su naturaleza residencial o por la coincidencia de las fiestas patronales, requieran de un especial seguimiento.

Señorías, la Consejería de Sanidad no solo se preocupa de los aspectos organizacionales relacionados con el periodo estival ante la llegada del calor y los posibles efectos de la subida de las

temperaturas en la salud de las personas, sino que además ponemos en marcha dispositivos de refuerzo de la red asistencial y de difusión de la información sobre los niveles de temperatura y consejos de prevención dirigidos principalmente a la población más vulnerable, fundamentalmente ancianos, niños y enfermos crónicos. Cada año en la Comunidad de Madrid se activa el plan de verano que incluye mecanismos de prevención y alerta de los efectos de la ola de calor, dispositivos de refuerzo en zonas turísticas, renovación y mejora de los centros sanitarios, así como la programación de camas e intervenciones quirúrgicas, con el fin de mejorar la atención que reciben los madrileños, tanto desde el punto de vista preventivo como asistencial. La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Salud Pública, mantiene activado hasta el 15 de septiembre el Plan de Vigilancia de los Efectos de las Olas de Calor sobre la Salud en la Comunidad de Madrid, con el objetivo de reducir al máximo las consecuencias de las altas temperaturas sobre la salud de la población más vulnerable. El Plan, que arrancó el 1 de junio, cuenta con diversos canales para informar a los profesionales sanitarios, a los servicios sociales y a la población en general sobre el nivel de riesgo de las elevadas temperaturas y adoptar así las medidas preventivas de las que se informa. Además, Salud Pública activa las alertas por calor en el sistema sociosanitario y otras instituciones como ayuntamientos, Protección Civil y Unidad de Medicina Deportiva, con objeto de poner en marcha las actuaciones programadas para mitigar los efectos de las altas temperaturas. En este sentido, el Servicio Madrileño de Salud cuenta con un mecanismo de coordinación, a través el SUMMA 112 para la gestión de camas hospitalarias que permite optimizar los recursos disponibles en cada momento, mediante la agilización de las derivaciones desde los centros que registren una mayor demanda asistencial hacia los que tengan una mayor capacidad de asumir esa carga asistencial.

Por último, señorías, en la Comunidad de Madrid contamos con el mejor sistema sanitario de España y uno de los mejores de Europa, gracias al esfuerzo de todos los madrileños y muy especialmente de los magníficos profesionales sanitarios con los que contamos en nuestra región y que son un auténtico orgullo para todos nosotros. Por ello, este plan de verano de 2018 está planificado durante el periodo estival de la Comunidad de Madrid, responde a criterios de gestión eficiente y cuenta con una monitorización constante y exhaustiva de todas las eventualidades inesperadas. Sin más, quedo a su disposición para atender sus sugerencias, preguntas o valoraciones, así como para ampliar la información que les he facilitado. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Prados. Seguidamente tendrán la palabra los Grupos por orden inverso de representación parlamentaria. Tiene la palabra el señor Veloso por tiempo de siete minutos.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señor Viceconsejero. Usted nos ha dicho que como todos los años el SERMAS formaliza un plan para los meses de verano que responde a la planificación de los recursos disponibles para los hospitales de la Comunidad de Madrid. Gracias a esta periodicidad ustedes dicen que cada año mejoran esta programación, basándose en los datos objetivos de actividad de los años anteriores, en este caso para la de 2018 ustedes se han basado en la de 2017 y anteriores, pero lo curioso es que usted no nos ha dado los datos. A mí me gustaría saber en qué datos se basa usted para planificar los recursos que se

necesitarán este verano 2018. Es decir, ¿ustedes cómo garantizan la optimización de los recursos? ¿Saben ustedes, por ejemplo, cuál es promedio diario de camas libres que van a tener a lo largo de este verano en Madrid? Además, supongo que ustedes ya tienen calculado cuánto dinero se va a ahorrar la Comunidad de Madrid este verano de 2018 por las camas que van a estar deshabilitadas. ¿Nos podría decir cuánto dinero significa ese ahorro y a qué se va a destinar?

Ustedes dicen que todos los años los hospitales le remiten una planificación con el número de camas funcionantes que estiman necesarias para dar respuesta eficiente a la demanda. Teniendo en cuenta tanto la disminución de la frecuentación como las obras que usted ha citado que están previstas para este año en dieciocho hospitales y, además, ese compromiso que ustedes vuelven a reiterar de que los pacientes permanezcan el mínimo tiempo indispensable en los servicios de urgencias, es decir, por un tiempo inferior a 24 horas, es más incluso ha dicho que cero pacientes son los que tienen que estar por encima de ese tiempo, yo le pregunto: ¿cómo van a garantizar que se cumple eso especialmente en estos meses de verano? Quiero saber cuál es la repercusión real que tiene estos planes de verano en las Urgencias de los hospitales, más que nada teniendo en cuenta que el año pasado, en 2017, por encima del 30 por ciento de las camas estaban deshabilitadas. Especialmente en los hospitales de gestión cien por cien pública, por ejemplo, en el Ramón y Cajal o en el Gregorio Marañón, eso evidentemente va a tener una repercusión en los servicios de Urgencias puesto que a los pacientes que entran en Urgencias habrá que ingresarlos en esas camas que al parecer están deshabilitadas en más de un 30 por ciento.

También me gustaría saber algo que siempre se ha preguntado aquí, en esta Comisión, y no ha quedado clara la explicación: ¿por qué existen esas diferencias entre los hospitales de gestión directa y los hospitales de gestión indirecta? Puesto que, al parecer, existe una clara diferencia en el número de camas que son deshabilitadas, ya que en los hospitales que son de gestión cien por cien pública son un número mucho mayor que los de gestión indirecta. Ustedes dicen que todos los veranos el Servicio Madrileño de Salud cierra o deshabilita camas, pero el caso es que seguimos adoleciendo del mismo problema todos los años, de la falta de información, de la falta de transparencia, es decir, ¿tanto les cuesta a ustedes publicar y decir el número de camas, cuántas son exactamente las que van a cerrar o que van a deshabilitar este verano 2018, hospital por hospital? Porque yo creo que ese es el ejercicio mínimo de transparencia que se espera del Gobierno.

Además, respecto a la utilización de los recursos humanos, me gustaría saber cómo han calculado ustedes las necesidades de personal para este verano en los hospitales madrileños, porque sabemos todos que las plantillas de los hospitales, justo en verano, son más bien escasas y están mal dimensionadas; hay un déficit en las sustituciones en el periodo estival. Antes se contrataba mucho más personal de refuerzo y, sin embargo, parece que encontrar y cubrir esas vacantes cada año es más difícil. Entonces, yo le pregunto: ¿cuál es el número exacto de vacantes que tienen previsto ustedes tener en los meses de junio, julio y agosto en los distintos centros hospitalarios? ¿Cuál va a ser la oferta de contratos que van a hacer ustedes en esos meses para saber si así cuadra o no el servicio, si está o no cubierto? Porque las no suplencias que se producen cada año en verano acaban afectando, como usted sabe, a la actividad quirúrgica y a la actividad asistencial. Le pongo un ejemplo

muy claro: menos personal hay atendiendo en los hospitales se traduce en una demora en la cita médica; si hay una demora en la cita médica, también hay una demora a la hora de entrar en consulta; si hay una demora en la consulta, también habrá una demora en las esperas de las urgencias; si hay demora en las esperas de las urgencias, significa que también habrá una demora para subir a esos pacientes a planta por falta de camas. La pregunta del millón es si a esos quirófanos que están a medio gas, a medio rendimiento en verano ustedes les podrían estar sacando el máximo rendimiento precisamente para bajar las listas de espera. Usted ha dicho que lo que lo impide es que parece que los ciudadanos rechazan ser operados. Usted ha dado el dato de que lo rechazan un 17 por ciento; luego habrá otro porcentaje de pacientes que sí lo aceptan. No vemos que esto se haya tenido en cuenta en sus planes de verano.

Por cierto, en 2017, el anterior Consejero de Sanidad dijo que se dispondrían de 300 camas en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid habilitadas para poder ser abiertas inmediatamente como mecanismo de emergencia y, además, que se iba a dotar de un presupuesto extraordinario al SERMAS para que pueda ser utilizado para medidas o casos excepcionales. ¿Para este año 2018 ustedes tienen previsto algo parecido? Porque no lo ha citado en su primera intervención.

Por último, en definitiva, ustedes dicen que tienen un plan de verano diseñado, como ha dicho en su exposición, que responde exclusivamente a criterios de gestión, pero, sin embargo, no nos ha dicho cuáles son esos criterios de gestión. Ustedes dicen que se activarán todos los recursos que sean necesarios para cubrir esas deficiencias, pero no dicen cuáles son los medios y los recursos que van a utilizar para cubrir esas necesidades.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, por favor.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: En definitiva, su plan de verano suena a brindis al sol, y si quiere que le creamos, nos tiene que dar datos objetivos, más información y más transparencia. Nada más y muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Veloso. A continuación tiene la palabra la señora San José por tiempo máximo de siete minutos.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Gracias, señor Presidente. Gracias, señor Prados, por su exposición. Nos ha relatado que el plan de verano de la Consejería para abordar cualquier circunstancia extraordinaria en los meses de verano lo basan en la situación de disminución de la demanda que se espera en estas fechas en la Comunidad de Madrid. Pero de eso no tenemos ningún estudio, es decir, no hemos podido consultar hospital por hospital la disminución de la demanda. De todas maneras, nos ha dado unos datos: por ejemplo, urgencias, un 11 por ciento; intervención quirúrgica, un 17 por ciento, y en los ingresos hospitalarios, un 14 por ciento, en cifras del año pasado.

Como el año pasado ya hicimos varias preguntas y varias intervenciones sobre esto, puede ser cierto, pero, vamos a ir a la raíz del problema con el que nos encontramos en los meses de verano, y es que habitualmente son meses que los profesionales elegimos para coger vacaciones; de acuerdo. El año pasado parecía que coger las vacaciones mayoritariamente fue un problema. Esa es una realidad. El problema es que no se supe a los profesionales conforme se necesitan. Esa es la verdadera raíz del problema, por eso, dicho eufemísticamente, se deshabilitan camas y, por eso, también se juntan agendas en Atención Primaria; dos o tres incluso en un solo profesional. Esta es la realidad de algunos centros. Es verdad que otros tienen menos demanda porque la población va a la sierra, a la periferia, etcétera, y allí ustedes, es cierto –y lo conozco-, lo refuerzan. De cualquier manera, eso es insuficiente; no vamos que no exista, pero es muy insuficiente.

Las cifras de este año –las que he podido obtener a fecha de hoy-, por ejemplo, en el cierre de camas del Hospital Clínico, si junto los tres meses, respecto a las 860 camas, cierran el 38 por ciento de las camas. Dígame cuántos quirófanos van a funcionar por la tarde en agosto. Creo que ninguno, ninguno por la tarde. Al lado del Hospital Clínico está la Fundación Jiménez Díaz. El año pasado, la diferencia de las camas que cerró la Fundación Jiménez Díaz fue la décima parte en números redondos. Eso quiere decir, señor Prados, que algo sucede y que hay un trato desfavorable en un hospital de referencia como el Hospital Clínico y uno privado al lado, totalmente al lado, porque significa que bien podríamos usar esta época –que es verdad que muchos pacientes en lista de espera rechaza una prueba o una intervención- para disminuir la lista de espera, porque muchos sí se querrán intervenir, pero no hay capacidad porque no se cuenta ni con profesionales ni con camas abiertas.

En el Hospital de Móstoles, la quinta planta se ha cerrado totalmente y hay 40 camas menos. El año pasado, el hospital privado que está al lado no cerró ninguna cama. No tengo los datos de este año. (*Denegaciones por parte del Viceconsejero de Sanidad.*) Sí, sí. Tengo la información que cada Gerente entrega a las Juntas de Personal.

En el Hospital 12 de Octubre se cierran un 18 por ciento de las camas durante los tres meses. En el Hospital Ramón y Cajal cierran un 22 por ciento. En el Hospital La Paz, Carlos III y Cantoblanco cierran un 30 por ciento de camas. Es decir, no coincide para nada con los porcentajes de disminución de la demanda que nos ha dado usted. Ya sé que no es homogéneo, pero a lo que me refiero es a que baja la demanda mucho menos que lo que camas cerradas y profesionales nos faltan en Atención Primaria, igual que el año pasado; es lo que quiero demostrar y hacerlo con datos.

Ustedes pusieron en marcha un Plan Integral del Listas de Espera, que no está teniendo, a nuestro entender, ningún éxito. ¿Por qué no usan estos meses para sustituir a los profesionales y que puedan avanzar y disminuir las listas de espera? Es que si uno se fija en la lista de espera quirúrgica, todavía tenemos 75.900 pacientes en mayo. Hace dos años había 78.000; es decir, en dos años completos y con presupuesto específico, solo se ha disminuido la lista en 2.600 pacientes. Esta época, insisto, se podría aprovechar para disminuirlas. La demora media en días no ha disminuido, señor Viceconsejero, eso es lo que sucede. Datos de mayo de 2016 y de mayo de 2018, ies que son sus

cifras, de su página web! Si me voy a las consultas externas o a las pruebas, pasa lo mismo. Si me voy a los datos del Observatorio, indicadores de Atención Primaria, lo mismo.

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

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Quiero decir que, si la media de pacientes por médico de Atención Primaria es del 30 por ciento, si ahora juntamos dos agendas, sería del 60 por ciento. ¿Usted cree que se puede dar una atención de calidad? Pues no, y esta es la realidad de lo que sucede.

Dice que el SUMMA va a hacer la gestión de camas, pero si las camas están cerradas en el número que necesita Madrid, pues no va a ser cierto que el paciente esté solo veinticuatro horas en urgencias, va a superar esas horas en Urgencias, porque la deficiencia en Especializada y Primaria acaba colapsando las urgencias. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora San José. Tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. Señor Viceconsejero, agradezco su presentación y los datos que ha dado. Únicamente quería hacer un pequeño número de consideraciones. En primer lugar, como usted sabe, el Servicio Madrileño de Salud opera con déficit de personas; opera, al menos, con una elevada lista de espera en pruebas y en consultas tanto en Primaria como en Especializada y opera con un importante nivel de saturación en Urgencias. Eso quiere decir que, cuando disminuyen recursos, a pesar de las bajadas de demanda, tenemos un problema. Por tanto, hay un déficit estructural, porque, de hecho, por ejemplo, cada día es más habitual que las citas en Atención Primaria se den para cuatro o seis días, incluso para una semana.

Usted ha dado datos sobre la disminución de la demanda. Lo único que le agradecería es que facilitara a los Grupos Parlamentarios el plan de verano 2018. El año pasado lo pedimos, creo que en tiempo y forma -no veo ningún problema en que nos lo trasladen si se tiene hecho- y es cuando nos dieron, como le he dicho, una nota que indica un bajísimo nivel de competencia organizativa. Es una nota sobre el seguimiento de camas; luego se la voy a pasar, porque verdaderamente espero que no se repita.

Igualmente que tienen Plan -hablo ahora de hospitales-, nos gustaría -se lo vamos a recordar en septiembre u octubre- que evaluaran lo que sucede, porque año tras año vemos que hay desajustes y cambios. Evaluar el plan de verano, cómo ha ido y qué ha fallado, para dejar a sus sucesores -porque es poco probable que el próximo verano estén ustedes-, cuando menos, un cuaderno de bitácora de qué cosas no hacer o hacer.

En cuanto a Atención Primaria no ha comentado nada más allá de lo obvio: los refuerzos en los pueblos de la sierra. Seguro que tiene algunos datos más, como los relativos al personal que entra o que sale.

En cuanto a las sustituciones de verano en los hospitales, soy consciente del problema que existe. Hay un asunto que nos preocupa y queremos saber qué previsiones tienen. Ciertos servicios

hospitalarios tienen una notable especialización, y cualquier persona no puede entrar, por ejemplo, a UCIs pediátricas, a intensivos o a quirófanos. Nos gustaría saber si tienen previsiones adecuadas para saber si las sustituciones temporales para estos servicios cuentan con la formación precisa en aquellas áreas donde entran. Es un problema de seguridad de los pacientes y de buena gestión pública.

Por último, ciertamente, entendemos que hay que ajustar la actividad asistencial en verano en función de la disminución de la demanda y también en función de la disponibilidad de personal, porque es la época en la que el personal se coge vacaciones. Nos gustaría saber si tiene en mente alguna iniciativa para escalonar o incentivar el escalonamiento de vacaciones del personal sanitario, como se hace en otros lugares, de tal manera que se eviten los conflictos que se derivan de que una parte muy importante del personal se va de vacaciones al mismo tiempo. Esa sería una medida que, sin duda alguna, sería de interés tanto para el servicio como para los propios profesionales.

En resumen, tres cosas: envíenos a los Grupos Parlamentarios el plan de verano, tanto el de hospitales como el de Atención Primaria, que no nos ha dicho que exista, pero lo suponemos; incluya también el plan de verano de Salud Mental, del que no nos ha hablado, pero es importante, y preparen una evaluación de ese plan de verano para el otoño, porque se la vamos a pedir. Nada más y muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Tiene la palabra el señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Gracias, señor Presidente. Señor Viceconsejero, a mí me gustaría, como médico en activo, señalar una serie de hechos que a mí me parecen importantísimos a la hora de valorar objetivamente la situación de la asistencia pública sanitaria en la Comunidad de Madrid durante el verano. La primera y más importante es que el personal se va de vacaciones, porque tiene derecho a sus vacaciones; esas vacaciones están sujetas a determinadas normas reglamentarias, que generan un escalonamiento y que garantizan la atención, etcétera. Pero el personal tiene derecho a irse de vacaciones. Y hay una cosa muy importante: el personal no siempre es sustituible. De hecho, en la mayoría de los casos, el personal no es sustituible. Ya no existen, como había hace treinta años, bolsas de trabajo enormes con especialistas de todo tipo esperando en el paro a que se les contrate o se les ofrezca cualquier tipo de contrato, de ínfima calidad laboral muchas veces; no, eso ya no existe, ahora existen verdaderos problemas para localizar profesionales. Yo creo que afortunadamente los profesionales tienen donde elegir, entre diferentes centros, diferentes modelos de contrato, etcétera. Por tanto, es cada vez más difícil dar cobertura mediante suplencias a profesionales que se ausentan durante su periodo vacacional, y no solamente me refiero a facultativos sino que quiero hacer aquí especial incidencia también en el personal de enfermería, que cada vez es más difícil de sustituir. Eso es un hecho y algo que hay que gestionar.

Por tanto, no es planteable decir: bueno, se va ahora de vacaciones la tercera parte de la nómina de este centro, sea un centro de salud u hospitalario, pero no pasa nada, llamamos a otros tantos y vienen aquí a trabajar mientras los otros están de vacaciones. Eso es algo completamente irreal; no es factible hacerlo, no se puede hacer por el hecho de que esos facultativos no existen.

Además, quiero llamar la atención de que en esta Comunidad tan pequeña existen, entre públicos y privados, como un centenar de centros hospitalarios –por ahí debe estar-, más todos los centros, consultorios, etcétera, etcétera. Por lo que, evidentemente, se establece una competencia respecto a los profesionales a la hora de contratar, de ofrecer suplencias, etcétera. Estamos en un mercado muy competitivo de cara a los profesionales. Insisto, no es fácil encontrar sustitutos para ninguna actividad sanitaria. No lo es, y eso es una realidad. Dadas esas circunstancias, afortunadamente, la demanda sanitaria durante los periodos estivales disminuye muy significativamente.

No sé si han hecho ustedes muchas guardias; yo he hecho centenares y centenares de guardias, por no decir más de mil guardias a lo largo de mi vida, y la cuestión es que en verano las guardias son estupendas. Las guardias son muy buenas. (*Denegaciones por parte de la señora García Gómez.*) Salvo que uno tenga guardia el domingo, que es cuando vienen las personas que han estado fuera el fin de semana, o que coincida con un retorno de vacaciones, pero durante el verano, en general, disminuye muchísimo la presión en las guardias, eso está claro. Por lo tanto, yo no suelo observar pacientes esperando ingresos y demás, por mucho que se reduzca el número de camas durante el verano, porque, afortunadamente, el número de ingresos por urgencias disminuye dramáticamente. Además, no hacen incidencia otras patologías, como la pulmonares, que pueden afectar a ancianos, que son características del invierno y, por tanto, no hay tanta presión como en otros momentos. El funcionamiento rutinario de los hospitales durante esos momentos de verano se interrumpe y se gestiona el hospital, prácticamente, día a día, lo que permite, afortunadamente, realizar actuaciones de mantenimiento y remodelación, que son imposibles en otros momentos y que muchas veces se hacen perentorias en infraestructuras que funcionan 24 horas al día 365 días al año. Es un momento que, desde el punto de vista de gestión, a mí me parece muy interesante, porque, ya digo, se van priorizando los recursos según las necesidades disponibles, y la verdad es que no se suelen observar grandes dificultades. Como ha dicho el Viceconsejero, se mantienen y refuerzan los recursos que dan cobertura sanitaria a localidades vacacionales y turísticas y a aquellos recursos que tengan que ser flexibilizados para atender a movimientos de población relevantes. Por tanto, yo no veo ningún problema en la exposición que ha realizado el señor Viceconsejero.

Ha habido preguntas que me han llamado la atención, por ejemplo, cuando el señor Veloso dice que solicita datos acerca del número de camas que se desactivan en los hospitales, mire usted, ¡es que cada semana ese número es variable! Es una pregunta que solo justifica el desconocimiento, porque no puede decirse: en tal hospital se han desactivado tantas camas durante el verano; bueno, pero en una fecha concreta, de corte, ¿cuántas camas había?, ¿eran más?, ¿eran menos?, porque esa fecha es profundamente evolutiva a lo largo del año. Además, él solicita que se pongan los quirófanos a pleno rendimiento, pero ¿con qué personal se van a poner a pleno rendimiento? En primer lugar, muchas veces hay que realizar actuaciones y remodelaciones sobre los quirófanos que no se pueden hacer en otras fechas precisamente por el pleno rendimiento de esos quirófanos el resto del año; además, aunque estuvieran en perfectas condiciones para seguir realizando sus funciones, ¿con qué personal se van a poner a pleno rendimiento? ¡Si es que no existe ese personal! Los facultativos y el personal sanitario de los hospitales no son tan fáciles de sustituir como parece creer el señor Veloso.

Por otra parte, también quiero señalar aquí que me ha llamado mucho la atención el acuerdo unánime de los portavoces de la oposición al afirmar que los hospitales PPP, de partenariado público-privado, están mejor gestionados que los convencionales, al menos en verano; la verdad, me ha parecido una afirmación muy interesante. Yo no creo que sea así, yo creo que el marco legal laboral en el que trabajan los hospitales PPP es completamente diferente al de los hospitales convencionales y eso permite determinadas cosas que no son factibles en un marco laboral estatutario, ¿no?

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, por favor.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Sí. Por lo demás, señor Viceconsejero, darle las gracias por su presentación y decirle una vez más que nos parece excelente el plan que ha presentado usted. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Raboso. Tiene la palabra el señor Prados por tiempo de diez minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE SANIDAD** (Prados Roa): Muchísimas gracias, Presidente. Señorías, la verdad es que el señor Raboso ha explicado muchísimas de las cosas y yo les debería contestar prácticamente con lo mismo que les había dicho en un principio. Los datos que tenemos son los que les he dado, con el número de camas que tenemos habilitadas, y me sorprende que me hablen de un 30 por ciento de camas deshabilitadas cuando, por ejemplo, en el caso que han puesto del Hospital Clínico, donde hay unas 800 camas, vamos a tener, y hemos tenido en años anteriores, 751 de media; como bien se ha dicho, es imposible saberlo exactamente, pero, de media, en junio, 751; en julio, 688; en agosto, 706, y en septiembre, 751; por tanto, la media en verano es de 724, de 800 camas. ¡No tenemos deshabilitadas tantas camas como nos dicen!, la verdad es que no, y prueba de ello es que mantenemos el índice de ocupación en el 83 por ciento, que es el mismo nivel de ocupación que tenemos durante el invierno, que es a lo que vamos. Nosotros lo que pretendemos con este plan es conseguir que la sanidad funcione de una manera similar a otros meses en los que no tenemos las características que tenemos en verano, pero lógicamente nos tenemos que adaptar a las características, estaría mal que tuviéramos un índice de ocupación inferior al que tenemos habitualmente porque estaríamos gestionando mal los recursos. Pero es que además tenemos la posibilidad, porque lógicamente el verano es cambiante, de habilitar camas que están deshabilitadas; o sea que, en el caso de que tuviéramos un aumento de la demanda, que es algo difícil de garantizar, justo en verano es cuando tenemos la capacidad de aumentar los recursos si vemos, bajo el control que tenemos que tener, que aumentan las necesidades.

Respecto a la lista de espera, tenemos la lista de espera que tenemos; es decir, en verano no varía respecto a otros meses. Es verdad que podríamos mejorarla o aprovechar el verano para mejorarla, pero a costa no sé de qué, porque, evidentemente, tendría que ser a costa de los profesionales y, lógicamente, ellos tienen sus meses de verano, que debemos garantizarles y estaría mal que no lo hiciéramos así. Nosotros, desde luego, podemos decir que tenemos una de las mejores

listas de espera de España, por no decir la mejor, porque esto puede variar de un mes a otro, pero actualmente tenemos la mejor lista de espera respecto al resto de comunidades autónomas. Evidentemente, se puede hacer mejor, y es nuestra obligación hacer todo lo posible por conseguirlo, pero la realidad es esa.

Respecto a los datos de disminución de la demanda, son los que hemos previsto; es verdad que nos podemos equivocar, pero es lo que hemos previsto, de acuerdo a otros años y el historial que tenemos de la actividad del SERMAS en otros años. Esa es la que hemos previsto que puede ser, pero, vuelvo a repetir, como estamos en un escenario que lógicamente puede tener sus fluctuaciones, lo que sí tenemos garantizado es que esas fluctuaciones van a contestarse con una respuesta acorde a las mismas, porque, lógicamente, decidir ya qué es lo que va a pasar es bastante complicado. Pero les tengo que decir que la reducción que se hace no es tan grande, porque los datos que tenemos son los que son y, lógicamente, ese 11 o 14 por ciento es lo que nosotros estamos aquilatando, en ningún caso estamos aquilatando ese 30 o 40 por ciento, que no existe. La sanidad madrileña sigue teniendo un volumen de trabajo bastante importante pero, como es ligeramente inferior a otros meses, aprovechamos para hacer las reformas o el mantenimiento necesario, que en otros meses nos sería más complicado. Pero les digo, de verdad, que en ningún caso estamos ante una situación de grandes cambios en la sanidad; la sanidad sigue funcionando perfectamente.

Solicitan el promedio diario de camas. Les daremos la media de camas que, evidentemente, están reflejadas en el plan para todos y cada uno de los hospitales.

Respecto a garantizar cero pacientes en 24 horas, es lo que estamos haciendo siempre; o sea, no es que lo hagamos en verano, lo hacemos todos los días, todos los días vemos cuántos pacientes se aproximan a las 24 horas. Y alguno puede haber, ¡claro!, porque hay casos excepcionales, y esos casos son los que evaluamos y vemos por qué se han producido. Suelen ser situaciones difíciles de compensar, pueden ser pacientes que a lo mejor no necesitan 24 horas en urgencias, necesitan 32 o necesitan 26, por lo que ingresarles sería hasta un problema para ellos, pero lógicamente lo que tenemos es el control para que ningún paciente que no deba estar 24 horas en urgencias esté. Y, en este caso, el índice de saturación del hospital nos permite que los pacientes que requieran ingreso hospitalario no estén esperando, que es para lo que se adoptó la medida de que ningún paciente estuviera en urgencias más de 24 horas.

Como digo, el 30 por ciento de camas deshabilitadas en ningún caso; vamos, no es posible, no me imagino el escenario.

En cuanto al número de vacantes, ¡hombre, evidentemente, podríamos cubrir todas las vacantes!, pero ya les digo que están las vacaciones de los profesionales y, evidentemente, se cubren aquellas que es necesario cubrir, que, como muy bien ha dicho el doctor Raboso, son las que se pueden cubrir, porque hay especialidades en las que por sus características no vamos a encontrar un profesional que haga lo que está haciendo el titular, por lo que, si se van de vacaciones, nos va a costar mucho encontrarlo. Bueno, sí, podríamos contratar más, y algún caso podría haber, pero, de

verdad, está estudiado y hemos visto que el número de vacantes que tenemos que cubrir son las que les he señalado.

Respecto a la lista de espera, ya le he explicado a la señora San José que, lógicamente, la idea es ir reduciendo esa lista de espera cada mes respecto al año anterior, lo que hasta ahora estamos consiguiendo y esperamos que en verano seamos capaces de hacerlo, pero también es verdad que es muy complicado encontrar pacientes que quieran operarse en verano, y es lógico, porque es un mes muy malo para operarse por muchas circunstancias: la familia está de vacaciones, él mismo quiere estar de vacaciones... Evidentemente, son intervenciones quirúrgicas que no requieren una urgencia y se pueden demorar dos, tres o cuatro meses, que es lo que la gente hace y, evidentemente, nos adaptaremos antes al ciudadano que a ninguna otra causa.

En cuanto a encontrarnos en una situación de déficit estructural, como han dicho, bueno, podría ser que estuviéramos en una situación de déficit estructural, pues, lógicamente, siempre se pueden tener más recursos, pero, vamos, siempre serían insuficientes, siempre estaríamos en déficit estructural, porque la sanidad tiene eso, que cualquier recurso que introduzcas en el sistema lógicamente hace un beneficio y, así, nos iríamos hasta el infinito. Pero es cierto que nuestros datos, nuestros indicadores, nos dicen que nuestra Sanidad está dentro de una estructura suficiente para conseguir los resultados que está obteniendo, que en este caso no son malos.

Nada más. Quiero decirles que evidentemente el plan de verano se lo haremos llegar a sus señorías en cuanto podamos. Muchísimas gracias por sus intervenciones.

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

PNL-34/2018 RGE.2997. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a que: 1.- La Consejería de Sanidad realice un estudio epidemiológico que evalúe la incidencia de la exposición a los campos electromagnéticos sobre la salud de las personas que habitan o trabajan en el barrio de Fontarrón/Marismas o sus proximidades, en el distrito de Puente de Vallecas, con especial atención a los efectos de la alta concentración de antenas de telefonía móvil situadas en la calle Ramón Pérez de Ayala números 1, 3, 92, 94 y calle Pío Felipe, 12 (iglesia del Colegio Tajamar), con las especificaciones que se citan. 2.- Instar al Gobierno de la Nación a que presente ante el Congreso de los Diputados un nuevo Proyecto de Ley de Telecomunicaciones que: a. recoja y aplique las recomendaciones de la Resolución 1815, de 27 de mayo de 2011, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. b. retorne a los ayuntamientos y a las comunidades autónomas su capacidad para intervenir en la planificación y autorización de la instalación de antenas de telefonía móvil en su territorio con respecto a sus competencias urbanísticas y medioambientales, y c. elimine la

capacidad de expropiar determinadas propiedades privadas por parte de la Administración General del Estado en beneficio de las operadoras sin el acuerdo con los Ayuntamientos y los propietarios implicados.

La iniciativa se tramita conforme a lo establecido en el artículo 207 del Reglamento. Tiene la palabra, en representación del Grupo Parlamentario Podemos, el autor de la iniciativa, señor Sánchez, por tiempo de siete minutos.

El Sr. **SÁNCHEZ PÉREZ**: Muchas gracias, señor Presidente. En primer lugar, quiero dar la bienvenida a los representantes de las asociaciones de vecinos y a los vecinos del barrio de Fontarrón/Marismas, aquí, en Puente de Vallecas, que son los que han venido visitando a los distintos Grupos Parlamentarios para solicitar una iniciativa de estas características.

Esta proposición no de ley básicamente trata sobre un problema de contaminación ambiental, como otros muchos que se han tratado en esta Asamblea de Madrid; mismamente en esta Comisión de Sanidad hemos traído también proposiciones no de ley referentes, por ejemplo, a las emisiones de incineración o algunas otras cuestiones y, por supuesto, ahora mismo estamos, como todos ustedes saben, pendientes de una investigación referente a la contaminación por amianto en Metro de Madrid. Bueno, pues esta es otra de estas contaminaciones silenciosas que se acumulan durante años y que en un momento determinado pueden dar la cara. Básicamente, lo que pretendemos con esta proposición no de ley es que se estudie el efecto que pueden haber tenido las radiaciones electromagnéticas sobre este barrio, dada la altísima concentración de antenas de telefonía móvil que existe en esa zona de Madrid: concretamente 24 antenas en muy pocos números de dos calles de este barrio. Los vecinos vienen reportando desde hace tiempo una gran preocupación por el incremento de casos de cáncer en este barrio, que ellos lógicamente achacan a que podría ser debido a esta alta concentración de antenas de telefonía móvil.

Lógicamente existe una profusa literatura respecto a las radiaciones electromagnéticas y su efecto sobre la salud; de hecho, existen varios reales decretos en España que intentan proteger al público de las emisiones electromagnéticas y establecen medidas de protección. Concretamente, el artículo 53.5 del Real Decreto 123/2017 dice que "la planificación de todas las instalaciones radioeléctricas, la ubicación, características y condiciones de funcionamiento deben minimizar los niveles de exposición del público en general a las emisiones, que la compartición de emplazamientos puede estar condicionada por la consiguiente concentración de emisiones y que se deben minimizar en la mayor medida posible", insisto, en la mayor medida posible, "los niveles de emisión sobre espacios considerados sensibles, como escuelas, centros de salud, hospitales o parques públicos".

La movilización vecinal ha comportado algunos informes previos, concretamente un informe de Madrid Salud, del Ayuntamiento de Madrid, sobre el impacto de la telefonía móvil en la zona próxima al barrio Fontarrón, y en este informe básicamente se establecen los espacios sensibles en este barrio a lo que podrían ser las radiaciones electromagnéticas, y llamo la atención de sus señorías porque existen justamente en el entorno de esta concentración de antenas móviles cuatro centros de

enseñanza: concretamente, dos de ellos son escuelas infantiles y, curiosamente, una de las antenas está justamente en la torre del campanario de la iglesia de uno de estos colegios, concretamente, del colegio Tajamar.

Entonces, lo que nosotros traemos aquí -por ser breve- con esta proposición no de ley son dos cosas básicamente: por un lado, que se realice un estudio epidemiológico que evalúe la incidencia de estas antenas de telefonía móvil sobre la población, sobre la gente que vive y trabaja en el barrio Fontarrón/Marismas y, por otro lado, instar al Gobierno de la Nación a evaluar la legislación actual referente a telecomunicaciones para facilitar las labores de planificación y de prevención tanto a ayuntamientos como a comunidades autónomas, porque como ustedes sabrán, y si no se lo digo yo, en la última modificación legislativa que tuvo lugar en el nuevo proyecto de ley de telecomunicaciones desaparecieron las competencias referentes a ayuntamientos y comunidades autónomas respecto a la instalación, justamente, de antenas de telefonía móvil en su territorio; se les retiraron estas competencias y pasaron directamente a ser una cuestión de la Administración General del Estado, negociada directamente con las compañías telefónicas. Y nosotros entendemos que no hay mejor prevención que la Administración Local sea consciente de esta casuística y la examine.

Quiero terminar diciendo que nosotros no traemos esto como una prueba de que exista esta causa-efecto entre la telefonía móvil y ningún tipo de enfermedad, pero sí existe una preocupación, sí existe una profusión abundante de literatura al respecto, sí existen recomendaciones del Consejo de Europa que dicen que debe existir una prevención y que debe existir el principio de precaución por encima de cualquier otra cosa, que en la propia legislación española, en los propios decretos sanitarios, está recogido este principio de precaución y que se debe prevenir antes que curar, como ocurre en tantas y tantas otras cuestiones que estamos viendo estos últimos días, como he mencionado anteriormente, por ejemplo, lo que estamos viendo estas últimas semanas o meses con respecto al amianto en la Comunidad de Madrid. Pues es una cuestión que creemos que merece la atención.

El Sr. **PRESIDENTE**: Señor Sánchez, vaya terminando, por favor.

El Sr. **SÁNCHEZ PÉREZ**: Finalizo agradeciendo grandemente el trabajo del doctor Freire en exponer una enmienda, una enmienda muy holística que engloba prácticamente todo lo que nosotros pedíamos, con matices que él ha metido que son interesantes y que nosotros lógicamente vamos a aceptar. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Sánchez. Señor Freire, tiene la palabra.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. En primer lugar, quería agradecer al Grupo Podemos que traiga aquí este tema; me parece importante porque creo que la Asamblea es el lugar donde traer las preocupaciones de los ciudadanos y este es un tema que preocupa a un grupo de vecinos, un tema que no ha tenido una respuesta adecuada por la Administración y, por lo tanto, bienvenido este tema aquí.

Como médico y practicante de la salud pública, creo que es importante reforzar aquí el hecho de que en relación con las radiaciones electromagnéticas de baja frecuencia, que son las que emiten los teléfonos y las antenas de televisión, no hay ninguna evidencia epidemiológica de que exista una relación causa-efecto con ningún problema de salud. Los vecinos de aquí, de Vallecas, han encontrado una acumulación de casos, bien es verdad que en los informes que hemos dicho no tenemos información concreta, y esto merece, cuando menos, una respuesta por parte de las autoridades de salud pública en términos de analizar y explicar. Es por eso por lo que en las enmiendas que hemos planteado, y agradecemos a Podemos la buena disposición a compartir enmienda transaccional en este campo, incluimos un punto que tiene una extraordinaria importancia y es que instamos al Gobierno a desarrollar por parte de las autoridades de salud pública de la Comunidad de Madrid un protocolo de actuación para ofrecer las explicaciones médicas y científico-epidemiológicas que correspondan a los colectivos afectados por situaciones de alarma social.

Pensamos que la ciudadanía tiene derecho a recibir explicaciones de sus autoridades sanitarias ante problemas que plantean cuestiones, máxime cuando estos temas son complejos y admiten interpretaciones diversas a veces con matices muy finos. No todo el mundo, ni siquiera las personas formadas científicamente, conocen los nueve criterios de causalidad de Bradford Hill para decir cuándo una causa produce un efecto médico. No los conoce todo el mundo. Explicarlos tiene sentido. Y tampoco todo el mundo conoce que cuando se habla de una acumulación de casos de cáncer realmente se está refiriendo a una acumulación de muchos tipos de enfermedades distintas. Llamamos cáncer a un conjunto de enfermedades, creo recordar que más de doscientas, que son muy distintas entre sí. No lo sé porque no conozco los detalles y, honestamente, no los he visto publicados, pero si en este acúmulo de cáncer, de tumores diagnosticados a los que se refieren los vecinos se dieran, por ejemplo, cáncer de pleura, con toda seguridad apuntaría a la existencia de la contaminación por asbestosis, mientras que si los casos son de cáncer de pulmón, posiblemente preguntaríamos si fuman o no.

Una cosa importante es que donde quiera que se hayan estudiado agrupaciones excesivas o anormales de tumores en relación con emisiones de ondas electromagnéticas -y tengo aquí un conjunto de estudios-, en ninguno de ellos se ha encontrado relación causa-efecto. Esto es importante, pero esto no excluye que en este caso que trae aquí Podemos, que afecta a unos vecinos concretos, el que la autoridad sanitaria deba hacer, como vamos a votar hoy -y espero que salga la propuesta-, un estudio ad hoc en un plazo razonable de tiempo, usando todos los registros para conocer exactamente, en primer lugar, si hay un acúmulo anormal de tumores y si ese acúmulo anormal de tumores tiene alguna explicación razonable o no, que pudiera no ser las antenas, pero pudiera ser otro factor ambiental, y por eso nos parece importante eso. Esto lo conecto con el otro punto que vamos a votar en relación con el hecho de que las autoridades sanitarias tienen una explicación.

Yo no he conocido hasta hace unos minutos el informe que ha hecho la Dirección General de Salud Pública en respuesta a la petición de estudio para conocer la posible incidencia de la aparición de tumores en la calle Ramón Pérez de Ayala, zona denominada Fontarrón, pero lo que veo es que

este informe no responde a lo que tenía que responder y por eso ponemos en el último punto de lo que votamos: analizar si de verdad hay un acúmulo o no de casos y, si hubiera un acúmulo, un cluster adicional de casos, estudiarlo. Esto se ha hecho en Valladolid recientemente, donde ha habido un acúmulo de casos en un colegio en concreto, además de los casos en los que hay una cierta relación entre exposición a radiaciones electromagnéticas de extremada baja frecuencia y leucemia, y en este colegio no se pudo descubrir absolutamente ninguna relación causal después del estudio.

Por todo ello, pensamos que es importante lo que planteamos, y lo que planteamos es, en primer lugar, que se hagan mediciones, porque en el informe que al parecer mandó el ayuntamiento - al que mi Grupo no ha tenido acceso, pero lo conoce indirectamente- se hacen referencias a informaciones que vienen en la página web, pero no se hacen referencias a medidas concretas que habrían de ser tomadas. Por eso lo que planteamos -y me alegra que esto pueda salir- es, en primer lugar, hacer mediciones y dar a conocer esto a los vecinos y, en segundo lugar, estudiar si de verdad hay acúmulo de tumores, qué tumores son y estudiarlos.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, por favor.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Y luego conviene tener en cuenta que los efectos medioambientales actúan a largo plazo, con lo que pedimos a la Comunidad que monitorice los riesgos medioambientales sobre las enfermedades crónicas y muy especialmente los tumores. Muchas gracias, señor Presidente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. A continuación, como representantes de los Grupos no enmendantes, procede la intervención de los demás portavoces. Tiene la palabra la señora Marbán en nombre del Grupo Parlamentario de Ciudadanos.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Muchas gracias, Presidente. Buenas tardes a todos. Lo más importante es dar respuesta a las preocupaciones de los ciudadanos, y por eso creo que hay que agradecer que el Partido Podemos de la Comunidad de Madrid haya traído esta iniciativa hoy aquí a esta Comisión de Sanidad, porque aquí es donde debatimos también, además de esas preocupaciones, la situación en la que están y qué propuestas podemos llevar a delante.

Desde la oficina del enlace que tiene el Parlamento Europeo en España ya hay recomendaciones de la Comisión Europea respecto a las radiaciones electromagnéticas, y el fondo del asunto, que yo creo que se ha quedado también un poco en el aire, es qué pasa con la Ley de Telecomunicaciones, puesto que ha tenido un rechazo bastante generalizado en toda España; de hecho, se recogieron peticiones de firmas -además, con gran apoyo firmante de muchas personas- respecto a que los operadores telefónicos pudieran instalar libremente las antenas en las azoteas. En Ciudadanos entendemos que esta Ley debe tener en principio una serie de informes y de estudios para realmente conocer cuáles son esas discrepancias, esas diferencias, y ya le digo que principalmente es por desconocimiento.

Nosotros creemos y entendemos que las enmiendas que ha hecho el Partido Socialista van en la línea de realizar mediciones o de realizar registros poblaciones del cáncer en la Comunidad de Madrid, de reforzar la vigilancia de enfermedades crónicas y especialmente de tumores, y, como ha dicho el doctor Freire, la distinción de esos diferentes tumores para hacer el análisis de los riesgos ambientales y el origen de todos ellos. Pero hay más puntos en los que insta al Gobierno de la Nación, sobre todo acogiéndose a lo que serían todas las recomendaciones europeas, a analizar de nuevo la Ley de Telecomunicaciones. Actualmente nuestra compañera, o excompañera señora Maroto, que es ahora mismo la Ministra de Industria; por lo tanto, quiero plantearle al Partido Socialista que tienen un camino directo al Ministerio para decirles que replanteen de verdad la Ley de Telecomunicaciones tal y como está formulada actualmente, que creemos que es muy difusa, por lo menos ha generado bastante discrepancia, puesto que lo que sí tenemos claro es que no existen evidencias científicamente comprobadas de las radiaciones electromagnéticas. Creo que ahora mismo tiene una buena situación el Partido Socialista para poder plantearlo de una manera más genérica en toda España e incluso trasladarlo a nivel europeo, porque creo que hay que tener una política común y de consenso respecto a la situación real que tenemos sobre la mesa.

Necesitamos los datos sobre los casos de cáncer que ahora mismo hay, es importantísimo. Es verdad que la preocupación de los vecinos solamente puede tener respuesta si existen datos y si la Administración de alguna manera se pone a su lado para recabar toda esta información y realizar en el menor tiempo posible las mediciones necesarias para que puedan tener una respuesta eficaz y evidente. Puesto que a día de hoy no existe un informe que haya determinado y, sobre todo, insisto, a nivel nacional o a nivel Europeo, las medidas que hay que adoptar respecto a la instalación o no de estas antenas, nosotros entendemos que en una primera instancia y respecto a las competencias que tenemos en la Comunidad Autónoma se debe instar a realizar informes y mediciones a la Comunidad de Madrid, pero sobre todo pedir o instar al Gobierno de la Nación que abra este debate y tome posicionamiento sobre ello y que no deje pasar el tiempo, porque, al final, la preocupación es creciente. Nosotros vamos a apoyar, como no podía ser de otra manera, que solo con datos podemos tomar decisiones, así que las enmiendas que hay en esa dirección entendemos que son las más lógicas y las que tenemos que aprobar. Muchísimas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Marbán. Tiene la palabra la señora Aboín.

La Sra. **ABOÍN ABOÍN**: Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes a todos. En relación con los tres primeros puntos de la PNL, que son competencia de la Consejería de Sanidad, hay que señalar que los resultados de los estudios científicos más recientes demuestran que no existen efectos perjudiciales para la salud evidentes si la exposición al campo electromagnético se produce a niveles por debajo de lo establecido en la normativa. Hasta la fecha no se ha encontrado ninguna evidencia científica de que la emisión radioeléctrica asociada a las antenas de telefonía móvil, dentro de los límites establecidos por la legislación, tengan efectos perjudiciales para la salud. Así les digo que en el último informe sobre radiofrecuencias y salud así lo han confirmado.

Para dar contestación a esta PNL, me tengo que remitir a un estudio que se realizó hace ahora justo un año con motivo de la realización de un estudio epidemiológico similar al requerido por el concejal presidente de los distritos de Puente de Vallecas y Villa de Vallecas, por lo cual se consultó el visor del Ministerio de Energía, Turismo y Agenda Digital, que es público, y a las cinco estaciones bases de telefonía móvil, pertenecientes a las principales operadoras; que en aquel momento, y en la actualidad, se han detectado otras cinco estaciones más. En ambos casos se concluye que todas las mediciones oficiales publicadas revelan valores de emisiones radioeléctricas que cumplen con la normativa legal vigente y con el nivel más restrictivo establecido por el Ministerio. La información actual no aporta evidencia de que la radiación no ionizante de alta frecuencia sea causa de cáncer.

Los estudios científicos modernos no muestran asociación causal entre emisiones electromagnéticas y tumores. Tampoco se ha podido identificar algún mecanismo biológico por el que los campos electromagnéticos de alta frecuencia puedan causar cáncer.

En conclusión, la información científica actual disponible no aporta evidencia clara de que la radiación no ionizante de alta frecuencia sea causa de cáncer y, en consecuencia, no se incluye recomendación preventiva al respecto en el reciente Código Europeo contra el Cáncer, que ha sido elaborado a través de consultas y revisiones de múltiples expertos a nivel mundial.

El sentido del voto a los tres primeros puntos de la PNL va a ser desfavorable por los siguientes motivos. Primero, no existe suficiente evidencia científica que relacione las emisiones de alta frecuencia procedentes de antenas de telefonía móvil con enfermedades humanas. Segundo, el estudio epidemiológico en este sentido sería incapaz de excluir los numerosos sesgos, entre los cuales prevalece el efecto potencial de la contaminación, el tráfico rodado, el tabaco y los elementos económicos y sociales que interfieren, de modo que más que iluminar la cuestión generarían valor y mayor confusión a estos aspectos. Tercero, los estudios epidemiológicos no deben aplicarse cuando los datos de investigación básica no son en absoluto concluyentes, y en el caso que nos ocupa, los estudios básicos parecen descartar el efecto de las emisiones de alta frecuencia de la telefonía móvil en relación con la salud.

En cuanto al punto cuarto, competencia de la Consejería de Economía Empleo y Hacienda, criterio desfavorable por lo siguiente. Hay que señalar que el único competente en materia es el Estado, actualmente a través del Ministerio de Economía y Empresas, que ejerce dichas competencias a través de la Secretaría de Estado para la Sociedad de la Información y la Agenda Digital, la cual tiene unidades específicas dedicadas a la inspección de instalaciones radioeléctricas. Entre ellas se encuentran la medida de nivel y emisiones radioeléctricas para el control del cumplimiento de los límites de exposición establecidos en la reglamentación.

Para terminar, en resumen, la Comunidad de Madrid no ostenta competencias en materia de telecomunicaciones, por lo que las instalaciones de antenas de telefonía móvil, así como el control de las emisiones por ellas generadas son competencia del actual Ministerio de Economía y Empresa, y, a su vez, a través de la Secretaría de Estado para la Sociedad de la información y la Agenda Digital. Del

mismo modo, entendemos que este tema debe permanecer siendo competencia exclusiva del Estado, pues es la única forma de asegurar la cobertura radioeléctrica a lo largo y ancho de los pueblos y municipios españoles, máxime cuando estamos hablando de la próxima tecnología 5G, que requiere una cobertura mucho mayor que el actual 4G.

Así pues, concluimos emitiendo criterio desfavorable a esta proposición no de ley, porque entendemos que lo que sí es peligroso para los ciudadanos pueden ser los tendidos eléctricos de alta tensión, pero no así las antenas de móviles, que, de momento, no corren peligro. En relación con la enmienda del Partido Socialista a la Proposición No de Ley 34/18, será también desfavorable por los motivos que he manifestado y descrito anteriormente en mi intervención. Nada más y muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Aboín. Solicito al portavoz del Grupo Parlamentario Podemos que me diga si acepta la enmienda formulada por el Grupo Socialista.

El Sr. **SÁNCHEZ PÉREZ**: Sí. Gracias, señor Presidente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Sánchez. Antes de proceder a la votación, solicito a los portavoces que indiquen si hay sustituciones en sus Grupos. ¿Señor Veloso? (*Denegaciones.*) ¿Señora García?

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: El señor Sánchez Pérez sustituye a doña Clara Serra Sánchez.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García. ¿Señor Freire? (*Denegaciones.*) ¿Señor Raboso?

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Doña María Delgado de Robles sustituye a doña Pilar Liébana Montijano.

El Sr. **PRESIDENTE**: Una vez fijadas las posiciones de todos los Grupos, sometemos a votación el texto en los términos resultantes del debate. (*Pausa.*) Queda aprobada la PNL 34/18 por 9 votos a favor y 6 votos en contra.

Pasamos al tercer punto del orden del día.

PCOC-19/2018 RGEP.221. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Veloso Lozano, diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre actuaciones que tienen previstas para la adecuación de las agendas de los profesionales de Atención Primaria.

Les recuerdo que el tiempo de tramitación no puede exceder de diez minutos. Ruego al señor Alemany, Director General de la Coordinación de la Asistencia Sanitaria, que ocupe su lugar en

la mesa. (*Pausa.*) Bienvenido, señor Alemany. Para formular la pregunta, tiene la palabra el señor Veloso.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Señor Alemany, buenas tardes. Vamos a partir de que estamos de acuerdo en algo tan básico como que en las consultas en Atención Primaria el recurso principal es el propio médico, es decir que la consulta se basa en la interacción entre paciente y médico; por lo tanto, el tiempo de consulta promedio es una variable que afecta claramente a la calidad del servicio prestado. Es decir que cuanto menor sea el tiempo del que dispone un médico de familia, por ejemplo, para atender a sus pacientes, menos probable será que esa atención tenga la calidad deseable. Siendo esto así, le queremos preguntar qué actuaciones tiene previstas para la adecuación de las agendas de los profesionales de Atención Primaria.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Veloso. Señor Alemany, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Muchas gracias, señor Presidente. Señoría, efectivamente no puedo estar más de acuerdo con usted en la introducción que ha hecho. Por eso, con el Plan de Mejora de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, que se publicó y se diseñó en los años de 2008 a 2010, ya contemplaba las actuaciones que teníamos que hacer para adecuar las agendas a unos criterios de calidad. Con estos criterios que vimos y en los que nos basamos en el Plan de Mejora de Atención Primaria, ya en el 2010 aplicamos lo que llamamos en aquel momento procedimiento normalizado de trabajo para el ámbito de Atención Primaria.

En el año 2010 tuve que venir a esta misma mesa a presentar el Plan de Mejora de Atención Primaria y al mismo tiempo hablé ya de la adecuación de las agendas en el ámbito de Atención Primaria. Tenemos ya un desarrollo de ocho años en los que hemos visto qué ganancias y qué ventajas ha tenido y cómo hemos ido mejorando.

Tal y como dice el Plan de Mejora de Atención Primaria, el objetivo de adecuación de las agendas no era otro que modernizar, reordenar y potenciar la Atención Primaria para adecuar la oferta de servicios a las necesidades, demandas y expectativas de la población de la Comunidad de Madrid. Esto nos obliga a una intervención integral que comprendiese las mejoras para la accesibilidad de los ciudadanos, para la capacidad de resolución de los problemas que día a día se encuentra el Director del centro de salud para cubrir las ausencias y, por parte de la Gerencia, la organización de los servicios y gestión de los recursos. Diría, además, que esta es una de las muchas ventajas de la Gerencia única en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Respecto a la adecuación de las agendas de los profesionales al plan de mejora, que antes he comentado, hay que tener en cuenta dos requisitos: uno, que pretendíamos reunir criterios de calidad, flexibilidad y versatilidad, adaptándonos a las oscilaciones de la demanda y a las ausencias, como antes decía, no previstas, como las bajas de los profesionales y las ausencias que no responden a los periodos de vacaciones o a bajas maternas; y con esto ya damos la herramienta al Director del

centro para poder organizar internamente a los equipos y la atención urgente a las personas que no pueden o no quieren demorar su asistencia.

Por tanto, no es que tengamos previsto iniciar actuaciones para adecuar las agendas de los profesionales de Atención Primaria sino que, como digo desde el principio, esas actuaciones llevan ya implantadas desde hace ocho años. Muchas gracias, señor Presidente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Alemany. Tiene la palabra el señor Veloso por tiempo de cuatro minutos.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Señor Alemany, vamos a ver, la plantilla de médicos de familia en la Comunidad de Madrid hoy por hoy es claramente insuficiente y creo que usted lo sabe. Tenemos una de las ratios paciente/médico más alta de España, a lo que hay que añadir la falta de suplentes para cubrir esas ausencias en las consultas; ausencias que a veces son de carácter temporal, porque son por vacaciones, enfermedad propia o de familiares, o bien de carácter estructural, porque ahí hay un problema, ahí sí que tenemos un problema: el horario de los centros de salud, porque usted sabe que están abiertos hasta las 21 horas y eso hace muy difícil la conciliación familiar de estos médicos, por lo que ellos piden reducciones de jornada, que son perfectamente legales. Todo esto significa que, al final, el resultado sea que tengamos unas consultas permanentemente cerradas, cuya carga de trabajo, cuyos pacientes deben ser asumidos por el resto de los compañeros porque ustedes no cubren esas vacantes.

Además, hay un problema: que la Comunidad de Madrid no utiliza datos reales a la hora de calcular la carga diaria real de trabajo de estos médicos de Atención Primaria; ustedes hacen un cálculo teniendo en cuenta las consultas que están actualmente cerradas como si estuviesen cubiertas, incluidas las vacaciones, días de libre disposición, festivos, ausencia por enfermedades o reducciones de jornadas que no están cubiertas, lo que significa minimizar el impacto real que tienen estas ausencias y arroja las cifras que ustedes hacen públicas de que hay una atención media de 30 pacientes por día, algo que está completamente alejado de la realidad. La alternativa que ustedes ofrecen a los médicos es que tienen que doblar su trabajo, es decir, que si tienen jornada de mañana tienen que prolongar su jornada por la tarde o viceversa, pero eso tampoco es viable, porque, si atendemos a las condiciones de remuneración de esas horas, hoy por hoy sabemos, y usted lo sabe, están muy mal pagadas y lejos de esas peonadas que se hacen en los hospitales por esfuerzos semejantes.

Entonces, mantener vacías todas estas consultas por parte de la Consejería de Sanidad significa algún tipo de ahorro en los costes de esos servicios y nos gustaría saber a qué se destina ese ahorro, porque, desde luego, no se reinvierte en Atención Primaria. Al final, uno puede tener la imagen de que hoy por hoy la Atención Primaria en la sanidad madrileña está mal financiada, continua estando mal financiada, con muchos contratos en precario y sin soluciones viables, mientras manejan unas estadísticas que no se acomodan a la realidad. Por eso, hoy le quería pedir cinco cosas, muy sencillas o muy difíciles pero que, por lo menos, van a contribuir a resolver el problema: en primer

lugar, le pido que ajusten las plantillas a la realidad asistencial, pero sin distorsionar las estadísticas; en segundo lugar, que ustedes no permitan que existan consultas vacías prolongadas en el tiempo de manera indefinida; en tercer lugar, le pediría que racionalicen en la medida de lo posible los horarios, precisamente para facilitar esa conciliación de la vida familiar; en cuarto lugar, que compensen los esfuerzos del personal que trabaja en Atención Primaria cuando hacen ese esfuerzo por actualizar sus agendas, al menos de una manera equiparada al resto de ámbitos del sistema sanitario; en quinto lugar –la medida más importante–, lo que pido es que de alguna manera se pueda establecer que las agendas se puedan adecuar a una asistencia de calidad, como usted decía, lo que indica un tiempo mínimo de consulta de diez minutos por paciente y, para eso, hay que eliminar todo tipo de burocracia...

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, por favor.

El Sr. **VELOSO LOZANO**. Atender a un paciente en menos de diez minutos significa realizar consultas de alta velocidad y usted sabe que eso genera errores en la detección o en la prescripción, provoca una alta tasa de desmotivación en los médicos e incrementa el gasto sanitario porque se realizan pruebas complementarias que a veces no son las idóneas. Nada más y muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Veloso. Señor Alemany, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Gracias, señoría. Si me hubiese hecho la pregunta de esta manera al principio, tendría más tiempo para poderle contestar, porque me atosiga con tantas cosas. Usted plantea cinco soluciones; dice: tenemos la ratio más alta de médico por habitante de España. ¡Claro, es que no me puede comparar! Nosotros somos una Comunidad con una alta concentración de la población y, por lo tanto, con pocos médicos damos más servicio a mayor número de población. Efectivamente, Castilla-La Mancha puede tener a lo mejor un médico de familia por 25 habitantes y tiene que llevar cuatro pueblos deshabitados, lógicamente. Entonces, no podemos comparar. A mí me gustaría comparar en resultados más que en ratios de población, por lo que no me pongo a comparar comunidades autónomas por lo que le he dicho. Comparemos resultados: cuál es el resultado de la actuación de los médicos y enfermeras de Atención Primaria en Madrid y en otras comunidades autónomas.

Dice que, efectivamente, tenemos un problema con las reducciones de jornadas y que tenemos consultas sin cubrir. Este problema no es solo nuestro. Claro, es que tenemos una escasez de médicos y pediatras muy grande.

El Sr. **PRESIDENTE**: Le queda un minuto.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): ¡No me diga! (*Risas.*) Fíjese, haga simplemente el análisis siguiente –es un tema que me apasiona, lo puede comprender, ¿no?, entonces estaría dispuesto a sentarme con usted y a explicárselo–: ¿cuántas consultas se quedan vacías en el centro de salud de Goya o en el de Lagasca? Cero. ¿Cuántas consultas se quedan vacías en Buitrago o en La Cabrera? Alguna. ¿Por qué? Porque,

como tenemos escasez de suplementes, el suplente elige desgraciadamente; es un problema de oferta y demanda, y el suplente prefiere ir a la consulta de mañana a suplir a un compañero en la calle O'Donnell, sin embargo, para ir a la Cabrera tiene que coger el coche y desplazarse. Hemos pensado y hemos buscado medidas de compensación para hacerlo más atractivo, y sabe que las tenemos, porque el grado de dispersión que se cobra en las zonas rurales no lo cobra el médico que trabaja en la zona urbana, pero es insuficiente. Realmente, tenemos esa escasez de médicos.

Después dice: nos ahorramos dinero. Mire, yo no gestiono para ahorra dinero, porque el ciudadano no me pide que ahorre, yo gestiono para utilizar el dinero en lo que el ciudadano quiere que lo utilice y ser muy pulcro con el dinero que el ciudadano paga con sus impuestos; o sea no es cuestión de ahorro, es cuestión de gestión y de ser eficiente.

Los doblajes. Usted sabe que se pagaban los doblajes en la Comunidad de Madrid, que además fue un hito histórico porque fue de las primeras comunidades autónomas donde el médico de familia que doblaba cobraba. Esa situación desapareció con el plan de sostenibilidad, como bien sabe, por el problema económico tremendo de tuvimos, y ahora efectivamente se está negociando.

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que terminar porque se ha agotado su tiempo.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Lo siento. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director. A continuación pasamos a la siguiente pregunta.

PCOC-317/2018 RGEF.5147. 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 medidas que tiene previsto adoptar el Gobierno en relación a la falta de pediatras en la Atención Primaria del SERMAS.

Tiene la palabra el señor Freire. (*Pausa*).

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Disculpe, señor Presidente. Había entendido que habíamos cambiado el orden del día y no sabía que era mi turno.

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene la palabra.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Bienvenido, doctor Alemany. Nuestra pregunta es sobre las medidas que tiene previsto adoptar el Gobierno en relación con la falta de pediatras en Atención Primaria. Como usted sabe, hemos pedido recientemente información sobre ello. Los datos que tenemos, que son los que nos han dado ustedes, dicen que, sobre un total de 904 pediatras –son datos enviados por ustedes el 25 de mayo-, 511 son pediatras fijos, 102 tienen contratos temporales y

existen 291 médicos de familia o médicos generales que están pasando consultas de pediatría; de estas consultas, un 87,3 por ciento de las que pasan los médicos generales son consultas de tarde y las consultas que pasa el personal temporal de pediatría también son mayoritariamente de tarde. En definitiva, hay un problema que tiene que ver con horarios y hay un problema que tiene que ver con número de pediatras disponibles; este es un problema que no solo es de Madrid, afecta a toda España.

Bien es verdad que recientemente ustedes han elaborado un informe, y les felicito por ello, que se titula "Atención Pediátrica de Atención Primaria. Propuestas de mejora en el modelo de atención de la Comunidad de Madrid". Esto, desgraciadamente, me ha llegado antes de formular la pregunta, si no, no se la hubiera formulado. Aprovecho para decirle, como le he dicho antes informalmente, que este tipo de documentos debieran estar a libre disposición de los ciudadanos y, por supuesto, de los diputados que nos interesamos por esto; además, me ha llegado por vías que no le comentaré aquí pero que no debieran ser. En definitiva, en este documento se analiza la realidad de la situación. Nos consta que distintas asociaciones han hecho observaciones a estas propuestas y lo que le preguntamos exactamente, aprovechando que han hecho este documento, es qué planes tienen, porque les toca a ustedes decidir, una vez escuchados todos los que tienen algo que decir al respecto. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Freire. Señor Alemany, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Gracias, Presidente. Gracias, señoría; no me extraña que tenga usted el documento porque es muy hábil para buscar documentos en todas partes, ya lo sabemos, señor Freire. ¡Es así! ¡Debe ser así! De todas maneras, el documento está colgado en la intranet del Salud@, pero no es el documento definitivo; este documento fue realizado desde la Gerencia de Atención Primaria con la Asociación de Pediatría de Atención Primaria.

Como usted ha dicho en la introducción de la pregunta, desgraciadamente no es un problema que tengamos solo en Madrid y, de hecho, hay un grupo de trabajo técnico para el Consejo Interterritorial para abordar esta situación, lo que creo que demuestra el grave problema que estamos teniendo en todo nuestro Sistema Nacional de Salud. Pero es que además el problema es mayor en las zonas rurales: si se fija bien en los datos que usted me ha dado, que probablemente ha sacado del mismo sitio que yo, de un estudio que se ha hecho a nivel de toda España, en las comunidades autónomas con mayor dispersión, con mayor zona rural, es donde más problemas tienen, y eso lo estamos sufriendo en Madrid porque en la zona rural es donde más problemas estamos teniendo.

En la pregunta anterior he contestado ya un poquitín al problema que tenemos de cubrir las zonas rurales, no solamente en pediatría sino también en medicina de familia, pero es que en pediatría se agrava mucho más. Claro, tenemos una escasez de pediatras y, luego, estamos hablando de una especialidad en la que a los pediatras que salen les es mucho más atractivo ir al hospital que ir a Atención Primaria. Además, es un problema que solo tiene nuestro Sistema Nacional de Salud,

porque el único ámbito del mundo mundial en el que hay pediatría en Atención Primaria es España, y ese es un valor añadido que tenemos que cuidar y vigilar, icuidar y vigilar!, porque yo creo que es bueno, y usted también, porque los dos coincidimos a principios de los años ochenta, cuando se discutía si la pediatría tenía que estar o no en Atención Primaria; lo discutíamos usted y yo, que somos más o menos de la misma edad, a lo mejor yo un poquitín más mayor, pero estábamos en esa Mesa. *(Risas)*.

Como decía, yo creo que eso es valor añadido para nuestro Sistema Nacional de Salud y, por eso, hay que cuidarlo. Probablemente, durante la residencia de los pediatras deberíamos hacer más atractiva la Atención Primaria, para lo que tendríamos que cambiar un poquitín incluso la cartera de servicios y la manera de organizarnos, porque de pronto no nos van a salir pediatras que quieran ir a Atención Primaria como champiñones. Y, bueno, había traído algunas cosas que vienen en el documento, pero, como lo tiene usted, tampoco voy a redundar, porque usted lo lee.

Fíjese que también me preocupa mucho el papel que están jugando los médicos de familia que están atendiendo brillantemente la pediatría desde hace muchos años en la zona rural y en unas condiciones peores que si estuviesen en un centro de salud, con cinco o seis consultas de compañeros. Estas personas, médicos de familia, se encuentran en la zona rural, en un pueblo, ellos solos, atendiendo la pediatría, y ese papel sí que me preocupa, el papel que están haciendo esos médicos de familia y que, de alguna manera, habría que reconocérselo, no sé, a través de una formación continuada, darles una acreditación de que estas personas han estado trabajando y haciendo pediatría o viendo niños durante muchos años.

Efectivamente, el documento no es el documento definitivo, se presentó a la Mesa Sectorial y ayer mismo, lunes por la tarde, hubo una reunión con los sindicatos para discutir ese documento que tiene usted en la mano para saber su aportación. Pero no solamente lo hemos hablado con la Mesa Sectorial, lo que fue ayer, porque, efectivamente, hay que contemplar cambios en la remuneración y, a lo mejor, cambios en los horarios y en la manera de organizar la pediatría; por tanto, son cambios en los puestos de trabajo porque, a lo mejor, algunos pediatras que estaban trabajando asignados a un centro de salud tienen que dar respuesta a varios centros de salud, ser referentes de distintos centros.

El Sr. **PRESIDENTE**: Disculpe, ha agotado completamente su tiempo.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): De todos modos, el doctor Freire conoce el problema y conoce también las vías de solución que estamos buscando, porque no hay otras.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. Señor Freire, le quedan dos minutos y medio.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Bueno, en estos dos minutos y medio, en los que se da la insólita situación de que los diputados hablamos cuando ya el Gobierno tiene que callar, no me aprovecharé,

pero sí quería comentar un par de cosas. En primer lugar, me parece muy bien que hayan hecho ese informe, el único reproche que tenemos, y es importante, es por qué este informe no se ha hecho hace mucho más tiempo, y no hablo de esta Legislatura sino de la anterior. Este problema es muy viejo. Este informe, que es un informe correcto para empezar a hablar y para traer los problemas, debiera haber sido hecho antes.

En segundo lugar, otro aspecto que me preocupa es que en algún punto de este informe se baraja –sencillamente comentarlo; sé que no puede replicar- mantener el horario de citas solo hasta las 18:30 horas. Esto es preocupante dados los hábitos sociales y las expectativas de nuestro país, incluida, por ejemplo, la dinámica en la medicina privada, que hay que tener en cuenta.

Simplemente estas dos observaciones. Y, por supuesto, como usted ha mencionado, creemos que los médicos de familia que llevan mucho tiempo haciendo pediatría de Atención Primaria merecen, en primer lugar, estabilidad laboral, interinidad o lo que fuera, porque esto forma parte de un elemento de la Atención Primaria, que es la longitudinalidad, es decir, la continuidad en el cuidado de los niños. Nada más por mi parte. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Como el señor Freire no ha agotado su tiempo, concedo un minuto al señor Alemany.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Muchas gracias, Presidente. Efectivamente, ha tocado usted un tema de los más espinosos: cuándo ponemos el tope a la consulta, porque es verdad que, culturalmente, los niños salen del colegio con fiebre y lo que hace la madre es llevarles al pediatra. Vamos a ver si estudiamos deslizar turnos y por días para que no sea muy gravoso, para que no siempre sea el mismo pediatra al que le toque estar en el horario de tarde; yo creo que podríamos deslizar y tener centros de referencia para que cuando se produzca esa circunstancia sepamos que hay un pediatra en Atención Primaria y que por zonas básicas pueda ser atendido el niño.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

PCOC-20/2018 RGEP.222. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Veloso Lozano, diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre actuaciones que tienen previstas realizar en 2018-2019 en relación con la historia electrónica.

Pido al señor Alonso, Director General de Sistemas de Información Sanitaria, que ocupe su sitio en la mesa. (*Pausa.*) Bienvenido, señor Alonso. Les recuerdo que el tiempo de tramitación de la pregunta será de diez minutos, repartido en tiempos iguales entre el señor diputado y el señor Director General. Señora Marbán, tiene la palabra.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Gracias, Presidente. Buenas tardes, señor Alonso. De vez en cuando sacamos esta pregunta en esta Comisión porque creo que es importante hablar sobre la historia clínica electrónica y, en este caso, plantearle qué calendarios tienen ustedes previstos y, sobre todo, si están resolviendo los problemas que les están llegando, porque al final ya están instaurados desde hace cuatro años en el 12 de Octubre, Gregorio Marañón y Ramón y Cajal recientemente, y ustedes ya tienen un bagaje de los problemas que han surgido. Quisiera saber cómo se afronta que se finalice realmente en la Comunidad de Madrid con una historia clínica electrónica para todos los hospitales, viable, que se vea desde todos los facultativos y, por lo tanto, coherente a los tiempos en los que vivimos. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Marbán. Señor Alonso, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA** (Alonso Arranz): Muchas gracias, señor Presidente. Señora Marbán, pues, efectivamente, en cuanto a las actuaciones que estamos realizando, como ya conocen, desde el inicio de la Legislatura ya son siete hospitales y medio en los que hemos implantado la historia clínica electrónica, el último es el Hospital Ramón y Cajal el fin de semana del día 9; el fin de semana que viene, día 23, arrancamos en el Hospital La Paz el segundo módulo que les queda. Yo creo que vamos bastante bien en cuanto a extensión de la historia clínica electrónica, que es nuestro principal objetivo.

La implantación de la historia clínica electrónica es un proyecto, como saben, complejo, el producto se va mejorando y se va ampliando, vamos instalando versiones superiores con más funcionalidades que se van recabando desde la implantación de cada uno de los hospitales: tenemos hospitales bastante grandes: Gregorio Marañón, Ramón y Cajal, 12 de Octubre. En principio, seguimos trabajando en esa línea. Ya tenemos planificados los hospitales que nos quedan para arrancar y en principio seguimos trabajando en otra serie de líneas, aparte de la historia clínica electrónica: en mejorar las explotaciones, en mejorar la funcionalidad del producto, en implantar un servidor de terminologías en el que estamos trabajando para que toda la información esté normalizada, centralizada y hablemos de los mismos datos en todos los centros y en interoperabilidad de la historia clínica electrónica, que también seguimos incluyendo hospitales para que compartan la información con el resto de las comunidades autónomas. Eso, en resumen, es en lo que estamos trabajando ahora mismo. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Alonso. Señora Marbán, sus cuatro minutos.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Gracias, señor Alonso. Quería hacer un resumen muy rápido explicando que hace ya más de tres años empezaron en el Hospital 12 de Octubre con el famoso HCIS -ya hasta nos lo hemos aprendido todos-, sin embargo, parece que los grandes hospitales van a tener el HCIS, pero los nuevos hospitales tienen el programa Selene. Nos explican los profesionales de Admisión, porque al final lo que nosotros estamos intentando es trasladarle cuáles son realmente las quejas de los profesionales más allá de que usted tenga seguramente sus informadores por parte de la empresa y por parte también de los hospitales. Nos explican que el visor

HORUS, que es el que se ha intentado poner, que es, como la palabra lo dice, un visor para que puedan ver realmente las historias aquellos que tienen un programa diferente, no termina de funcionar, porque al final no acceden a toda la documentación.

El caso que nos planteamos es: cuando cualquier usuario madrileño, por lo menos así nos lo plantean, puede ir a un hospital, como puede ser el que yo tengo cerca de Villalba, con una simple aplicación en su móvil, puede ver las citas, puede ver las radiografías, puede ver los análisis de sangre, lo puede ver en el momento, ¿cómo puede ser que en la sanidad pública -lo que estamos defendiendo desde hace más de tres años- no hayan conseguido todavía poner la historia clínica electrónica? Nos preguntan: si la tecnología va tan rápido y hay hospitales que lo han conseguido, ¿cómo todavía estamos hablando de que, primero, no existe una coordinación real? ¿Por qué hay dos programas diferentes? ¿Por qué el visor que se ha querido meter para poder visualizar perfectamente la historia no termina de funcionar? Hay unos trabajadores que están en Admisión, que empezaron en el 12 de Octubre y, en este caso, pasaron por el Hospital Gregorio Marañón, y cuando han llegado ahora al Ramón y Cajal nos explican que hay problemas que siguen existiendo y, por lo tanto, en esas versiones no se ha conseguido, por ejemplo -hablo de un caso-, los enlaces con los profesionales, como puede ser el trabajador social, el famoso PIK que tienen que introducir para conseguir el enlace al trabajador social, no existe. Entonces, cuando aquí en la Asamblea estamos hablando de proyectos sociosanitarios, de que tenemos que coordinarnos ya no solamente las dos Consejerías sino los trabajadores sociales, que no son sanitarios cien por cien, pero están integrados dentro de la sanidad, resulta que los facultativos no tienen posibilidad de tener un enlace directo. Nos explican que los administrativos no tienen acceso a toda la documentación, solamente por niveles; o que los informadores, por ejemplo, no ven dónde están los pacientes de urgencias y, sin embargo, los celadores sí los ven. Entonces, al final, reconocemos que es complejo el sistema sanitario en la Comunidad de Madrid, pero nos sorprende mucho que no hayamos conseguido, primero, entender si va a ser solo un programa, porque yo creo que todos, por pocos conocimientos que tengamos, sabemos perfectamente que el sistema Apple no es el mismo que Android y siempre tiene complicaciones; resulta que llegamos al sistema sanitario y tenemos también dos programas diferentes.

Al final, la sensación que yo le quiero trasladar es cómo podemos competir entonces si no somos capaces, cuando la sanidad privada puede directamente en una aplicación conseguir que tú en el móvil -ahora que vienen las vacaciones-, a cualquier otro país, puedas llevar integrados tus resultados de los últimos análisis o de una radiografía. Y si queremos ser competitivos, ¿qué tipo de contrato hemos hecho para que cuatro años después no hayamos conseguido integrar realmente un solo programa y que esté funcionando por lo menos al cien por cien en aquellos hospitales que ya llevan más de tres años como puede ser el 12 de Octubre?

Nos explican, por ejemplo, en Admisión, que el sistema de quejas que recoge el servicio de atención al cliente no entra dentro de este programa, que usan otro programa diferente que puede ser el CESTRACK. Entonces, te preguntas: ¿qué está recogiendo este programa? Si no estamos recogiendo tampoco algo tan básico como pueden ser las quejas...

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

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Al final, la pregunta básica es qué calendario tienen ustedes en la cabeza. Es decir, ya se ha implantado al cien por cien en la Comunidad de Madrid y reconocemos que hay que ir perfeccionándolo, pero nos asusta mucho que todavía existan como dos sistemas paralelos, dos programas diferentes y nos preguntamos si en un futuro podremos decir que realmente la historia clínica en la Comunidad de Madrid realmente es una realidad para que luego pueda ser también en todas las comunidades autónomas, y cualquier paciente y cualquier español pueda moverse por todo el territorio con la tranquilidad de que se lleva con su nombre, por decirlo así, con su DNI, su historia clínica. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Marbán. Señor Alonso, dispone de tres minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA** (Alonso Arranz): Muchas gracias, señor Presidente. Señora Marbán, las preocupaciones que pone encima de la mesa son mis preocupaciones. De hecho, tener distintas soluciones de historia clínica electrónica nos complica a la hora de hacer las conexiones y acceder a la información. En ese sentido, estamos trabajando ya en un proyecto que pretende ser un proyecto y un salto hacia la historia de salud del paciente, no solamente historia clínica electrónica sino un sistema que nos permita visualizar toda la vida de salud del paciente, desde su nacimiento hasta su defunción, con todos los contactos visionados de forma cronológica y por problema de salud del paciente, independientemente de donde hayan sido generados. Este es un proyecto ambicioso y en el que estamos empezando a dar los primeros pasos. Yo creo en él y esta es la solución que, en principio, sustituirá al visor HORUS y sustituirá a las historias clínicas tal y como las vemos ahora mismo.

No es cierto que no seamos capaces de que nuestros pacientes vean la información en un teléfono móvil, tenemos Mi Carpeta de Salud, que es una herramienta fantástica con la que el paciente puede acceder a sus datos de salud más relevantes, puede acceder a sus informes en formato electrónico, puede acceder a sus citas y a multitud de servicios electrónicos; es la herramienta que ahora mismo tenemos, que seguimos potenciando y que vamos a seguir ampliando.

En cuanto a las funcionalidades del aplicativo, por ejemplo, comentaba usted el sistema de quejas. Un sistema de quejas no va dentro de una historia clínica electrónica, es otra cosa. No podemos incorporar en una historia clínica electrónica un sistema de quejas del paciente, para eso hay otras aplicaciones. Sí es cierto que sigue habiendo cosas que mejorar y las seguimos incorporando en los grupos de trabajo que tenemos creados con los distintos hospitales que han implantado la historia clínica electrónica; vamos recogiendo las peticiones y las vamos incorporando a nuevas versiones. Una historia clínica electrónica no se cierra en unos años, es un tema que va mejorando con el tiempo y que se consolida con el mismo.

Respecto a los trabajadores sociales, también estamos trabajando en ese sentido, sobre la posibilidad de que haya una herramienta para que puedan registrar toda la información además de

una forma centralizada. Ya tenemos una solución en mente. Y como decía, queremos dar ese salto, porque creemos que no debe haber barreras entre los ámbitos asistenciales, que el profesional debe ver toda la información, se genere donde se genere, y ese es nuestro proyecto que hemos llamado Génesis, que es el inicio de la historia de salud del paciente, que esperamos poner en marcha en un tiempo.

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

PCOC-142/2018 RGE.1752. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Jesús Ricardo Megías Morales, diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta si tiene previsto el Gobierno Regional atender las recomendaciones del Defensor del Pueblo, obtenidas a partir de las conclusiones del estudio sobre la "Situación de las personas con enfermedad celíaca en España".

En representación del Consejo de Gobierno, pido a la Directora General de Humanización, señora Dávila, que ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Bienvenida. Tiene la palabra el señor Megías Morales.

El Sr. **MEGÍAS MORALES**: Gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señora Dávila. Le doy la bienvenida, aunque quizás soy el menos adecuado para ello por no pertenecer a esta Comisión, pero hago las funciones en este caso. Le pregunto si tiene previsto el Gobierno Regional atender las recomendaciones del Defensor del Pueblo, obtenidas a partir de las conclusiones del estudio "La situación de las personas con enfermedad celíaca en España". Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Megías. Señora Dávila, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE HUMANIZACIÓN** (Dávila Ponce de León Muncio): Muchas gracias, señor Presidente. Señor Megías, permítanme que comience mi intervención como Directora General de Humanización ante esta Cámara saludando a todos los miembros de esta Comisión de Sanidad y a los portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios. Del mismo modo quiero ponerme desde este momento a su disposición para responder a todas las cuestiones, retos y desafíos que puedan plantearse en el ámbito de mis competencias.

Dicho esto, señoría, y contestando a su pregunta, debo decirle que desde el inicio de la Legislatura el Gobierno Regional está desarrollando numerosas actuaciones destinadas a la población afectada por intolerancia al gluten, tal y como quedó recogido en el punto 53 de nuestro programa de Gobierno, en el que nos comprometimos a instar al Gobierno de la Nación a que rebajase el IVA de los productos sin gluten, una medida que, como usted sabe, quedó recogida en la Proposición No de Ley 12/2016, presentada por el Grupo Popular y debatida en febrero del mismo año. Así mismo,

señoría, y en cuanto a las recomendaciones a las que usted se refiere, debo decirle que las mismas ya han sido atendidas por parte de la Consejería de Sanidad y así le fue comunicado al Defensor del Pueblo mediante un escrito firmado el día 26 de mayo de 2017. En ese informe se indican las actuaciones ya realizadas en relación a sus conclusiones y, si me lo permite, haré alusión a ellas en mi segunda intervención. Muchísimas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Dávila. Señor Megías, tiene cuatro minutos y medio.

El Sr. **MEGÍAS MORALES**: Gracias, Presidente. Gracias, señora Dávila, por su aclaración. Voy a hacer un poco de retrospectiva para situarnos un poco en contexto. Usted conoce los datos de celiaquía y conoce un poco, supongo, la incidencia que tiene en la población. Tenemos un primer problema con todo esto, que es que en la actualidad uno de los principales problemas que tenemos con la enfermedad es precisamente lo asociado al diagnóstico. No voy a afirmar que haya falta de formación en esta materia por parte de los facultativos, pero sí puedo afirmar que son las asociaciones de celíacos las que por iniciativa propia se encargan de promover acciones formativas en el área de Sanidad. Esto, en un sistema sanitario que presume de ser el mejor de España y uno de los mejores del mundo, pues, permítame que le diga que resulta incomprensible cuando menos. Por lo tanto, creemos necesario abordar este problema desde una perspectiva integral en la que se establezca un programa de formación continuada, básicamente; una formación que además debería ser extensible a otros colectivos profesionales de la alimentación y la restauración. En este caso conviene recordar que cualquiera puede obtener un certificado de manipulador de alimentos sin tener conocimiento alguno sobre alérgenos y esto es algo que no se puede tolerar bajo ningún concepto.

Otro de los problemas asociados a la enfermedad celíaca es el alto coste de los productos sin gluten. En términos económicos, estaremos hablando de un sobre coste anual aproximado de 1.500 euros, y estamos hablando de productos básicos. Esto, para una familia con problemas para llegar a fin de mes, supone radicalmente la privación de su tratamiento, y esto es algo, señora Dávila, que no debemos permitir bajo ningún concepto. Aquí le muestro la página web del Partido Popular en la que hay una noticia fechada el 10 de febrero de 2016 y el titular dice lo siguiente: "El PP se compromete a tomar medidas fiscales para la reducción del coste de los alimentos sin gluten". Esto fue posterior a ese acuerdo que mantuvieron ustedes. Esta noticia, fechada, como digo, el 10 de febrero de 2016, viene con antelación a una proposición no de ley, como indicaba en su primera intervención, que trajo al Pleno el Partido Popular para mejorar un poco la calidad de vida de las personas con enfermedad celíaca. En el primer punto de esa iniciativa se instaba al Gobierno de la Nación precisamente a adoptar medidas fiscales con las que abaratar el coste de los alimentos sin gluten; es decir, un día como hoy, el Partido Popular anuncia medidas fiscales a favor de las personas con enfermedad celíaca y al día siguiente el Grupo Popular de la Comunidad de Madrid insta al Gobierno de la Nación a que se pongan en marcha esas mismas medidas. En fin, más allá de la incongruencia de todo esto, lo que sí parece claro es que ese compromiso, como otros muchos, ha quedado guardado en el cajón de las promesas incumplidas.

Retomando un poco la iniciativa que trajo el Grupo Popular en febrero de 2016, a la que me refería antes, quería recordarle otra de las medidas, que consistía precisamente en establecer la obligatoriedad de ofrecer menús sin gluten en todos los comedores de centros públicos y concertados de la Comunidad de Madrid. Pongo un ejemplo muy sencillo, y para ello les invito a que prueben a tomar un menú sin gluten en el restaurante de cualquier hospital público de la Comunidad de Madrid. Lamentablemente, no hay posibilidad, es decir, no hay una oferta sin gluten en cualquier centro hospitalario –hablo de un restaurante, obviamente-; y, ¡ojo!, estamos hablando de restaurantes de hospitales públicos, lo cual es bastante lamentable. Hay muchos ejemplos y creo que muchos más problemas sin resolver.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, por favor.

El Sr. **MEGÍAS MORALES**: La Oficina del Defensor del Pueblo, además de enviarles un ejemplar como el que usted mencionaba antes, también le enviaron unas recomendaciones que se desprendían de ese estudio. Las recomendaciones de su Consejería se encuentran en la página 78, como sabe, con un número de expediente asignado. Sin dilatar más en el tiempo, porque el señor Presidente me va a cortar, solo quiero pedirle una cosa y es que hagan un ejercicio de responsabilidad y se pongan a trabajar a favor de las personas con enfermedad celíaca, porque tienen también derecho a ello. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Megías. Señora Dávila, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE HUMANIZACIÓN** (Dávila Ponce de León Muncio): Muchas gracias, señor Presidente. Señor Megías, quiero hacer un breve inciso, con respecto a los diagnósticos y el programa formativo se está trabajando precisamente en eso. Además, en estos primeros días de mi responsabilidad a cargo de la Dirección General de Humanización, le diré que hemos mantenido un primer encuentro, que no fue en el despacho, fue un encuentro fortuito, pero que se produjo en el marco de una actividad de promoción de la salud en personas con enfermedad celíaca, y tenemos la intención de sentarnos en muy breve tiempo para desarrollar ese tipo de acciones formativas. Permítame que me ciña un poco a los puntos en los que se habla en ese informe del Defensor del Pueblo para contestar también a algunas de las cosas y, a lo que no me dé tiempo, estaré encantada de contestar en cualquier otro momento y hablarlo con ustedes.

En primer lugar, en cuanto a la recomendación de adaptar los protocolos de atención a la enfermedad celíaca a las últimas evidencias científicas y difundir su contenido entre el personal sanitario del servicio de salud, hemos realizado ya la revisión coordinada del protocolo de la enfermedad celíaca por parte de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y la Subdirección General de Atención al Paciente, así como la Asociación de Celíacos de Madrid que, como le digo, es con quien hemos mantenido el primer contacto.

En cuanto a la promoción de instrumentos prácticos de coordinación entre niveles asistenciales para el diagnóstico y el seguimiento de la enfermedad celíaca, quiero resaltar los

distintos cursos realizados ya en los ámbitos de Atención Primaria y Hospitalaria sobre la enfermedad celíaca, así como la celebración de jornadas anuales sobre dicha enfermedad.

Del mismo modo, señoría, en cuanto a la elaboración y puesta a disposición de los pacientes de información práctica sobre el modo saludable a seguir una dieta sin gluten, quisiera destacar la celebración del primer Encuentro de Celíacos Europeos, con la Asociación Europea de Jóvenes Celíacos y el Winter Camp de Madrid con la Asociación Madrid sin Gluten, en el año 2005, así como la edición por parte de la Consejería de Sanidad del libro "Todo sobre la enfermedad celíaca", con la colaboración de la Asociación de Celíacos de Madrid.

Siguiendo con las recomendaciones del Defensor del Pueblo, en cuanto a las campañas de control y de inspección en relación con las declaraciones obligatorias en materia de productos y sustancias alérgenos o que producen intolerancias alimentarias, quiero resaltar que desde la Dirección General de Humanización seguimos trabajando para que todos los hospitales dispongan de oferta alimentaria para personas celíacas y para que los menús de las cafeterías de los hospitales ofrezcan productos aptos para personas con celiaquía. Además, se está trabajando con distintas Administraciones para que se garanticen en los lugares públicos de la Comunidad de Madrid la existencia de áreas de restauración libres de gluten.

En relación con el fomento de la participación de las asociaciones de afectados por la enfermedad celíaca en las labores de planificación y seguimiento de la seguridad y calidad alimentarias, cabe señalar los documentos técnicos de higiene y seguridad alimentaria elaborados sobre reacciones de hipersensibilidad a los alimentos, con la participación de las dos asociaciones que hay en Madrid y que ya les hemos comentado.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, por favor.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE HUMANIZACIÓN** (Dávila Ponce de León Municio): Brevemente, en relación con elaborar y poner a disposición de los pacientes información práctica sobre el modo saludable de seguir una dieta sin gluten, la Dirección General de Salud Pública lleva a cabo acciones dirigidas a normalizar los alimentos aptos para celíacos, verificando el cumplimiento de la normativa y el etiquetado correcto de los alimentos.

En cuanto a actualización continua de listas de alimentos prohibidos y permitidos para los afectados de enfermedad celíaca, financiamos la analítica de más de cien muestras anuales de alimentos para determinar su contenido en gluten, facilitando la tarea de las asociaciones para actualizar las listas que facilitan a sus asociados.

Ya termino. Por último, señorías, quiero resaltar las actuaciones dirigidas a la realización de campañas específicas de información sobre la enfermedad mediante información específica dirigida a consumidores, a empresas, con consejos adaptados a cada perfil y el fomento de la inclusión de menús específicos para afectados por la enfermedad celíaca. En este sentido, y ya concluyo, quiero señalar que, en el caso de comedores y escuelas infantiles y centros escolares, la Ley de Seguridad

Alimentaria obliga a que se faciliten menús alternativos para niños celíacos; de hecho, dentro del Plan de Seguridad Alimentaria 2006-2020 se ha creado un subprograma de control de información de los alimentos entregados al consumidor final que incluye la verificación de la gestión de los riesgos vinculados a sustancias causantes de alergias, intolerancias en las inspecciones y auditorías a comedores escolares. Nada más y muchas gracias por escucharme.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Dávila. Pasmos al séptimo y último punto del orden del día.

———— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** ————

¿Algún ruego o alguna pregunta que formular a la Mesa? (*Denegaciones.*) No habiendo ruegos ni preguntas, se levanta la sesión, no sin antes desearles un caluroso y buen verano.

(Se levanta la sesión a las 17 horas y 40 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