

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 811

4 de diciembre de 2018

X Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilmo. Sr. D. José María Arribas del Barrio

Sesión celebrada el martes 4 de diciembre de 2018

ORDEN DEL DÍA

1.- En su caso, informe de la Ponencia sobre la PROPL-11/2016 RGEF.8508 de atención a la salud bucodental y de creación del Programa de Atención Dental Infantil-Comunidad de Madrid, a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista.

2.- En su caso, C-571/2017 RGEF.5491. Comparecencia del Sr. Doctor D. Elías Rodríguez, médico estomatólogo del Centro de Salud Doctor Cirajas y Coordinador de la encuesta "Estudio de la Salud Bucodental de la Población en la Comunidad de Madrid", a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre las conclusiones del citado estudio. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

3.- En su caso, C-1024/2018 RGE.12533. Comparecencia del Sr. D. Ricardo Martino Alba, Coordinador de los cuidados paliativos pediátricos del Hospital Niño Jesús, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre situación de los paliativos pediátricos en nuestra Comunidad Autónoma. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

4.- C-1018/2018 RGE.12397. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre criterios de elaboración de los nuevos pliegos para la contratación de la gestión por concesión del servicio público de atención sanitaria de laboratorio clínico correspondiente a la protección protegida de los Hospitales Infanta Sofía, Infanta Leonor, Sureste, Henares y el Hospital del Tajo. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

5.- C-112/2016 RGE.1065. Comparecencia de la Ilma. Sra. Directora General de Salud Pública, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre las actuaciones que desarrolla la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en relación con la leishmaniasis. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

6.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 15 horas y 37 minutos.	48601
– Modificación del orden del día: el punto quinto pasa a tratarse en tercer lugar, C-112/2016 RGE.1065.	48601
– Informe de la Ponencia sobre la PROPL-11/2016 RGE.8508 de atención a la salud bucodental y de creación del Programa de Atención Dental Infantil-Comunidad de Madrid, a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista.	48601
- Intervienen, para fijar su posición, el Sr. Veloso Lozano, la Sra. San José Pérez, el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero.	48601-48607
- Intervienen la Sra. García Gómez, el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero comunicando las sustituciones en sus Grupos.	48608
- Votación de las enmiendas.	48608

- Votación y aprobación del informe de la Ponencia.	48608
— C-571/2017 RGEF.5491. Comparecencia del Sr. Doctor D. Elías Rodríguez, médico estomatólogo del Centro de Salud Doctor Cirajas y Coordinador de la encuesta "Estudio de la Salud Bucodental de la Población en la Comunidad de Madrid", a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre las conclusiones del citado estudio. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	48609
- Exposición del Sr. Médico Estomatólogo del Centro de Salud Doctor Cirajas y Coordinador de la Encuesta "Estudio de la Salud Bucodental de la Población en la Comunidad de Madrid".....	48609-48613
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Veloso Lozano, la Sra. San José Pérez, el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero.	48613-48618
- Interviene el Sr. Médico Estomatólogo, dando respuesta a los señores portavoces. ..	48618-48621
— C-112/2016 RGEF.1065. Comparecencia de la Ilma. Sra. Directora General de Salud Pública, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre las actuaciones que desarrolla la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en relación con la leishmaniasis. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).	48622
- Interviene el Sr. Raboso García-Baquero, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	48622
- Exposición del Sr. Director General de Salud Pública.	48622-48626
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Veloso Lozano, la Sra. García Gómez, el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero.	48626-48632
- Interviene el Sr. Director General, dando respuesta a los señores portavoces.....	48632-48634
— C-1024/2018 RGEF.12533. Comparecencia del Sr. D. Ricardo Martino Alba, Coordinador de los cuidados paliativos pediátricos del Hospital Niño Jesús, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre situación de los paliativos pediátricos en nuestra Comunidad Autónoma. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	48634
- Exposición del Sr. Coordinador de los Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Niño Jesús.....	48634-48639

- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Veloso Lozano, la Sra. García Gómez, el Sr. Freire Campo y la Sra. Liébana Montijano.....	48639-48645
- Interviene el Sr. Coordinador, dando respuesta a los señores portavoces.	48646-48648
— C-1018/2018 RGEF.12397. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre criterios de elaboración de los nuevos pliegos para la contratación de la gestión por concesión del servicio público de atención sanitaria de laboratorio clínico correspondiente a la protección protegida de los Hospitales Infanta Sofía, Infanta Leonor, Sureste, Henares y el Hospital del Tajo. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).	48648
- Interviene la Sra. Marbán de Frutos, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	48649
- Exposición del Sr. Viceconsejero de Sanidad.	48649-48653
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Marbán de Frutos, la Sra. San José Pérez, el Sr. Freire Campo y la Sra. Liébana Montijano.....	48653-48661
- Interviene el Sr. Viceconsejero, dando respuesta a los señores portavoces.	48661-48662
— Ruegos y preguntas.	48663
- No se formulan ruegos ni preguntas.	48663
- Se levanta la sesión a las 19 horas y 36 minutos.	48663

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

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenas tardes. Damos comienzo a la sesión. Como cuestión preliminar, se propone a la Comisión una modificación del orden del día de forma que el punto quinto pase a tramitarse como tercero, siguiendo los demás el orden previamente fijado: el tercero pasaría a ser el cuarto y el cuarto el quinto. ¿Acepta la Comisión esta modificación? *(Asentimiento.)* Se acepta por asentimiento y agradecemos a todos la disposición para el cambio.

Pasamos al primer punto del orden del día.

Informe de la Ponencia sobre la PROPL-11/2016 RGE.8508 de atención a la salud bucodental y de creación del Programa de Atención Dental Infantil-Comunidad de Madrid, a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista.

El artículo 145 del Reglamento prevé que la Mesa ordene el debate. En la última reunión de la Mesa y Portavoces se acordó que en el debate habría un turno de palabra de siete minutos para cada uno de los portavoces de los Grupos y, posteriormente, procederemos a la votación por el siguiente orden de asuntos: en primer lugar, las enmiendas del Grupo Parlamentario Podemos informadas desfavorablemente de forma agrupada en una sola votación por la Ponencia; punto dos, la enmienda del Grupo Parlamentario de Ciudadanos informada desfavorablemente por la Ponencia; punto tres, el informe de la Ponencia, incluido el anexo, que será lo que se apruebe como Dictamen de la Comisión, con la incorporación de las enmiendas que en su caso se voten a favor.

Comenzamos, por tanto, el debate con las intervenciones de los Grupos Parlamentarios por tiempo máximo de siete minutos, de menor a mayor, para que expongan su posición antes de proceder a la votación. Señor Veloso, tiene la palabra.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Nuestro Grupo Parlamentario considera que la Proposición de Ley 11/2016, de Atención de Salud Bucodental, por la que se crea el Programa de Atención Dental Infantil de la Comunidad de Madrid, es una de las aportaciones que se va a producir en esta Legislatura en lo que es la salud bucodental en general, y creemos que es una contribución positiva para gozar de una buena calidad de vida.

Siempre se dice que hay una estrecha relación entre la salud bucodental y la salud en general del organismo. En definitiva, lo que hace la boca es reflejar indicios y síntomas de salud y de enfermedad, incluso de algunas enfermedades que afectan al organismo en su conjunto y que pueden tener como primera manifestación justamente la cavidad oral. Además, en la boca podemos ver algunas lesiones que pueden alertarnos sobre carencias vitamínicas, falta de minerales o estados nutricionales deficitarios. En otras palabras, la salud bucodental es importante y está relacionada con la salud y el bienestar en general de las personas. Un ejemplo clásico de la repercusión de la salud

oral sobre la salud en general es la enfermedad periodontal, ya que además de provocar la pérdida de dientes también aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares o diabetes.

La Organización Mundial de la Salud define la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades de las encías, caries, pérdida de dientes y otras patologías y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. Pues bien, creemos que entonces hay ciertos hábitos que todos sabemos que son beneficiosos para nuestra boca, como es una dieta sana, equilibrada o una buena higiene bucodental.

Mediante la presente ley entendemos que la Comunidad de Madrid va a pretender impulsar una política activa de prevención, promoción y atención a la salud bucodental de la población, con la finalidad precisamente de reducir la carga de esa enfermedad dental de las generaciones futuras a través de ese Programa de Atención Dental Infantil; es decir, esta ley va a tener efectos a medio y, sobre todo, a largo plazo. Esta ley se caracteriza además porque dispone la organización necesaria para velar por la seguridad y la calidad de los servicios bucodentales en la Comunidad de Madrid, asimismo, dispone la vigilancia y el seguimiento de la salud bucodental de la población creando un sistema de información que ha de incluir tanto encuestas poblacionales periódicas como datos de los recursos públicos y privados existentes, así como datos de actividad en general asociados a la implantación de este programa.

En esta ley cabe destacar también, como aspectos positivos, que para la cobertura de la población infantil se relatan una serie de servicios que quedan incluidos y que son tanto de prestación pública directa como concertada; en particular, podrá ser de gestión directa, por el personal estatutario de las Unidades de Salud Bucodental dependientes del Servicio Madrileño de Salud, y la gestión indirecta, a través de la figura del concierto mediante una convocatoria pública en la que libremente podrán participar los diferentes profesionales: médicos, odontólogos o estomatólogos.

Especialmente, también es destacable la regulación de la figura del dentista personal de cada niño como sujeto responsable de ese seguimiento de la atención dental del menor mientras permanezca dentro del PADI. También es destacable la creación y regulación de la Oficina Dental Comunitaria como órgano de monitorización de la salud bucodental de la población madrileña y garante de la correcta prestación de la asistencia que regula esta ley. Por último, quiero citar el Consejo Asesor Dental, que también consideramos que es destacable por la labor de órgano consultivo e impulsor en esa política de salud bucodental que necesita la Comunidad de Madrid. Nada más. Muchas gracias.

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

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, buenas tardes. Lo primero que quiero comentar es que mi Grupo Parlamentario no está de acuerdo con una parte importante del desarrollo de esta ley. Es cierto que contiene algunas mejoras de lo que hoy día son los servicios de salud bucodental, pero incluye un Programa de Salud Bucodental Infantil que

representa un modelo mixto; es decir, un concierto con el sector privado de las y los dentistas. Por lo tanto, nosotros en esta Comisión nos vamos a abstener.

Básicamente, quería reseñar dos graves problemas que, a nuestro juicio, se mantienen en esta ley. Como decía, uno importante es abrir la puerta a los conciertos con los dentistas, pero también –y nos parece muy importante, porque debiera de haber sido una información previa a la elaboración de esta ley- lo es no haber tenido en cuenta la situación actual de los servicios de salud bucodental y el propio Programa de Salud Bucodental Infantil que desde hace veinte años se viene desarrollando en la Comunidad de Madrid. Es verdad que debieran ser mejorados y ampliados, pero nada de ello se ha tenido en cuenta. Por lo tanto, nosotras vamos a dejar una serie de enmiendas vivas para el Pleno; básicamente, la que tiene que ver con el artículo 6 acerca de los años a los que se debiera comenzar el programa. Pensamos que este Programa de Salud Bucodental Infantil debiera comenzar a los 6 y no a los 7 años, y también sobre los artículos concretos que hablan del concierto con dentistas del sector privado; nosotras hemos presentado enmiendas a los artículos 7, 8, 9, 10 y 12.

Quería comentar que, para mejorar este servicio -requiere ser mejorado y ampliado, pero existe-, pensamos que no era necesario una ley. Decimos esto porque, en concreto, quiero referirme al artículo 90 de la Ley General de Sanidad que dice que, si no hay servicios con medios propios, se puede efectivamente concertar pero, con carácter previo, se ha tenido que hacer una utilización óptima, y pensamos que esto no se ha tenido en cuenta; también que, de concertar, se tuviera en cuenta aquellas entidades de carácter no lucrativo y, sin embargo, la ley se abre a todo tipo de conciertos con el sector privado de odontólogos. Igualmente, pensamos que se debiera de haber hecho un informe de evaluación y análisis de lo hecho hasta ahora para poder continuar.

Por todo ello, pensamos que la ley, en muchos aspectos, puede resultar un retroceso, y me voy a referir a ello. Por ejemplo, no se va a empezar a ver a los niños de 6 años, que hasta ahora sí eran vistos, y tampoco se concreta en la ley qué cohortes de edad se incluirán inicialmente, es decir, cuánto tiempo se va tardar en ver a todos los niños y niñas. No se ha tenido en cuenta que ya en la Comunidad de Madrid desde hace más de dos años hay un convenio entre el SERMAS, la Consejería de Sanidad, mejor dicho, y el Colegio de Odontólogos para nuevas prestaciones; es decir, todos los niños y niñas eran vistos en las Unidades de Salud Bucodental y luego, si requerían alguna prestación que no entra, eran derivados a través de este convenio. Todo esto va a desaparecer, de momento, hasta que se implante el Programa que se comenta en la ley.

Se comenta también en la ley que se recibirá tratamiento de la dentición temporal, pero se dice que será cuando haya una repercusión severa en la dentición permanente, pero no se especifica qué se define como dentición temporal con repercusión severa en la dentición permanente. Es verdad que la ley recoge, como he dicho al principio, un impulso para la mejora del sector público, incluso se habla de convocatorias de personal estatutario; bien, pero queda en el aire, ino se concreta! Y si lo que la ley pretende es un modelo mixto de PADI, pues indudablemente no pensamos que quede mucho presupuesto para mejorar la situación de las Unidades de Salud Bucodental que, por otra

parte, es lo que pedían los propios profesionales, que se les diera una oportunidad con más recursos, materiales y plantilla para poder elevar la cobertura de la población infantil. Porque, se habla –y con razón- de que se pretende una continuidad en el seguimiento de los niños, pero los odontólogos pueden rehusar; entonces, uno piensa que los niños que no van a ser admitidos los tendrá que atender el sector público, que se puede ver sobrecargado y, como digo, todavía cuenta con escasos recursos.

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

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Tampoco se tiene en cuenta la movilidad que existe en el propio SERMAS; es decir, vemos que eso no se puede conseguir.

Por último, hasta ahora, las personas con diversidad funcional eran vistas y, si requerían algún tipo de sedación, eran enviadas directamente a los Hospitales Niño Jesús y Gregorio Marañón. Ahora precisarán ser atendidas de conformidad con las disposiciones especiales que establezca la propia Oficina Dental Comunitaria.

En definitiva, vemos bastantes puntos por los que hoy esta ley puede generar un retroceso, además, como he dicho al principio, de suponer una puerta abierta a numerosos conciertos. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora San José. Señor Freire, dispone de siete minutos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señor Presidente. Por parte de mi Grupo creemos que esta ley es un gran avance en la política sanitaria de la Comunidad de Madrid y que añade una Comunidad más a las que en nuestro país han ido mejorando la situación de la salud bucodental. Es bien sabido que las enfermedades dentales son las más prevalentes que tiene hoy la humanidad, incluido nuestro país. También es bien sabido que estas son las enfermedades más prevenibles, y ello requiere una política de salud pública y dental específica y clara, y también es sabido que España, como país, tiene un enorme retraso en estas políticas.

La situación recientemente vivida de iDental y de Funnydent debería ser y es un aldabonazo a la conciencia social, cívica y sanitaria de todo el país, como para empezar a mover las cosas. Esta ley lo hace en la Comunidad de Madrid, y lo hace adaptándose al marco jurídico de coberturas del Sistema Nacional de Salud que tenemos hoy. En primer lugar, en términos de perspectiva, esta ley no nace hoy aquí. Esta ley se basa en la experiencia que ya existe en no menos de nueve comunidades autónomas de España, que tienen una ley que ofrece a los niños servicios dentales plenos y gratuitos, basados en la evidencia científica. La experiencia de la puesta en marcha de estas leyes, que tienen ya más de treinta años en España, debería llevar a todos los miembros de esta Comisión a sacar sus propias conclusiones. Las conclusiones en las comunidades autónomas pioneras son: uno, ha mejorado dramáticamente la salud dental, ya no diré infantil, porque estos antaño niños tienen hoy más de treinta años, situando a las comunidades pioneras españolas entre las mejores regiones del mundo. En segundo lugar, al menos en una de estas comunidades está demostrado fehacientemente

que no existen desigualdades por clase social, y bien es sabido que en pocos aspectos se reflejan tanto las desigualdades sanitarias y sociales como en la boca de las personas. Por lo tanto, me asombra extraordinariamente que la portavoz de Podemos diga que esto es un retraso. No ha debido leer bien los papeles.

En segundo lugar, esta ley potencia no solamente nuevos servicios sino que potencia los servicios existentes, y lo hace de una manera clara, de una manera contundente, porque es muchísima la necesidad de servicios que tenemos en nuestra Comunidad y en nuestro país, porque, contrariamente a todos los otros países desarrollados, no tenemos servicios dentales. Recientemente he podido revisar y he constatado, por ejemplo, que en Canadá existe una organización específica, una división dental desde los años 40. Esta ley crea la Oficina de Salud Bucodental Regional por primera vez en la Comunidad en 2018, porque previamente no teníamos ese anidamiento administrativo que ofreciera inteligencia sanitaria, vigilancia epidemiológica, organización y planificación sobre un servicio que todos los países civilizados consideran básico, esencial y, como dice un artículo de la ley, parte integral de la salud.

La portavoz de Podemos que me ha precedido dice que podíamos haber basado toda la atención en el Servicio de Salud Bucodental. Si hubiera visto, por ejemplo, en la Memoria de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de 2017, la página 49, vería que en el año 2016 únicamente se han atendido a 116.111 niños, y en el año 2017 nada más se han atendido a 120.375 niños; esto representa, según sus propias cifras del informe, el 16,2 por ciento y el 15,7 por ciento de la población diana, que son más de 700.000 niños en Madrid. De esta manera no se puede hacer. Los servicios de salud bucodental en los países donde existen, fundamentalmente en los países nórdicos y en parte de Gran Bretaña -hablo de servicios dentales públicos-, tienen un montón de misiones, entre ellas, de una manera muy especial, atender a poblaciones que nosotros ni podemos soñar hoy en atender, pero que, sin embargo, deberemos pensar en atender como deber moral, ético y sanitario; hablo de los enfermos mentales, hablo de los discapacitados, hablo de las personas sin recursos. Lo hemos metido de alguna manera en nuestro texto, porque hemos querido abrir una puerta, y esto es un gran avance. Hemos metido un montón de cosas que significan un gran avance para la Comunidad. No es defendible hoy, en nuestro medio, con los medios que tenemos, con la situación que tenemos hoy en salud bucodental pública y privada, pretender que no lo tuviéramos en consideración para atender de una manera universalizada, no residual, no como beneficencia pública, a todos los niños de la Comunidad de Madrid sin diferencias por clases sociales. No hay ningún país desarrollado, ni los socialdemócratas históricos de toda la vida nórdicos, que hayan basado sus servicios de salud dental únicamente en dentistas empleados a sueldo por el sistema público. Los países que lo hacen mejor lo hacen con una combinación, con un sistema mixto, con el cual nosotros estamos muy de acuerdo, porque hemos sido los primeros que lo hemos empujado a dotar enormemente e incrementar los servicios existentes de salud bucodental, en profesionalizarles, en no residualizarles -como parece ser que ha apuntado la portavoz de Podemos- haciendo que aquellos servicios de valor añadido profesional que no puede hacer un sistema público, residual y tipo beneficencia se los mandemos al sector privado.

Me extraña que estén de acuerdo en que puedan cargar al sector privado aquellas cosas de mayor valor añadido profesional: endodoncias y otras cosas, y que eso no lo pueda hacer un dentista empleado público. En todos los lugares donde existe un sector potente de salud pública dental los dentistas empleados públicos hacen de todo, e incluso están en los hospitales, que es una de las cosas que si los ciudadanos nos dan la oportunidad, veremos.

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

El Sr. **FREIRE CAMPO**: No quiero terminar sin agradecer el consenso que ha sido posible en este ley, especialmente a los Grupos que han consensuado, y aquí incluyo a todos, porque todos hemos consensuado, y de una manera muy especial a la señora letrada de esta Ponencia, porque es la tercera ley que venimos trabajando en esta Comisión, y nos ha revelado a todos los que no lo sabíamos la importancia de ser letrado en la Asamblea de Madrid. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Yo creo que toda la Comisión nos sumamos a la felicitación a la letrada. Tiene la palabra el señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señor Presidente. Quisiera poner en valor, abundando muy especialmente en las palabras del señor Veloso, la importancia de la salud oral en la salud integral de las personas.

La verdad es que tenemos tendencia a vincular nuestra salud más a cuestiones hepáticas, pulmonares, cerebrales o gastrointestinales, sin embargo, si hay que compartimos todos los humanos es un grado mayor o menor de enfermedad bucodental, que condiciona gravemente nuestras vidas en algunos momentos y en ocasiones las llega a poner en riesgo. Sin embargo, vivimos en una civilización donde subyace un cierto descuido acerca de nuestra salud oral, nuestra salud dental, nuestra salud bucodental. Son frecuentes situaciones dentales muy graves que, en grupos de edad como son, por ejemplo, los pacientes pediátricos y los pacientes de edad, suponen una disminución importante de su capacidad de alimentación, y, por tanto, una repercusión muy notable en su calidad de vida. En este sentido, yo creo que las autoridades sanitarias deben tener siempre la voluntad consciente de hacer el máximo esfuerzo en mejorar la salud dental de la población por cuya salud velan.

Se construye sobre un edificio importante, yo creo que en Madrid había una capacidad de atención oral importante a través de los servicios de salud bucodental y de los servicios de cirugía maxilofacial, pero es evidente que era necesario un esfuerzo global. De alguna forma, había que construir un programa estratégico de cuidado de la salud bucodental de los niños para que los adultos del mañana no tengan problemas dentarios con la frecuencia o incidencia que tenemos hoy en día los adultos. Es cierto, y hay que reconocerlo, que hay otras zonas del mundo, incluso del territorio nacional, donde se habían hecho avances en este sentido; la Comunidad de Madrid, que disfruta de la sanidad líder de este país y una de las mejores sanidades del mundo, evidentemente tenía que recoger el desafío y tenía que dar un paso adelante y construir una estructura sanitaria bucodental que estuviera a la altura de la capacidad del potencial sanitario de la Comunidad.

Yo creo que la ley que ha mandado de esta Ponencia cumple los objetivos que buscábamos. Yo creo que desde un punto de vista médico es irreprochable. Yo creo que es una ley que adapta la experiencia de otras comunidades y de otros países para asegurar que la salud de los ciudadanos del futuro y también, en buena medida, de los presentes será muy diferente a la que tenemos ahora. Yo creo que la ley está bien redactada, yo creo que es muy garantista acerca de las prestaciones que se ofrecerán; además, creo que recoge de alguna forma lo que es una realidad, y es que si esta ley pretende garantizar la salud bucodental de un colectivo que puede aproximarse a las 600.000 personas creo que es una quimera pretender acoger tal servicio dentro de los servicios públicos a corto plazo. Quizás en un futuro eso será factible, no digo yo que no, es posible que así sea; quizás incluso podamos ampliar los servicios, como plantea el señor Freire, pero, hoy por hoy, si queremos que esta ley sea una realidad en un plazo realista es evidente que tenemos que acudir a un servicio de concierto, que, por otra parte, es un servicio probado, es un modelo que ha demostrado su eficacia dentro y fuera de España y, además, acoge parte de la sanidad consuetudinaria. Con mucha frecuencia, yo creo que es un sentimiento generalizado, los ciudadanos suelen ir a odontólogos o médicos estomatólogos que trabajan en el área privada de forma preferencial y probablemente los ciudadanos, que tendrán todo el derecho a elegir si prefieren una asistencia en un centro público o en un centro privado, encontrarán amable a sus costumbres el hecho de que la Comunidad oferte este servicio según un modelo concertado.

La salud en general y la salud oral no entienden de ideologías. Yo creo que aquí se trata de garantizar que los ciudadanos, sobre todo nuestra población infantil, tengan en el futuro más inmediato y en un futuro a largo plazo la mejor salud bucodental posible. No creo yo, sinceramente, ni creemos en el Partido Popular que esto pueda hacerse al margen de un modelo mixto, un modelo mixto con todas las garantías posibles; la experiencia social en España en los últimos tiempos ha obligado a un diseño de la ley, en el cual de alguna forma se garantice que no se vayan a dar situaciones como se han dado en empresas de atención odontológica masiva. Deseo destacar, además, que el modelo mixto será concertado, pero será concertado con profesionales como personas físicas, no como personas jurídicas, y yo creo que ese es un rasgo de la ley tremendamente positivo y tremendamente garantista de la calidad de las prestaciones que se vayan a ofrecer a los pacientes. De ninguna manera se puede, por tanto, valorar esto como un retroceso. Yo personalmente no tengo imaginación suficiente para concebir que esta ley sea un retroceso, sino un avance enorme en la salud de los millones de madrileños que, de alguna forma, tienen depositada su salud en los servicios públicos de esta Comunidad y, por tanto, el Grupo Popular va a dar su apoyo a esta ley sin reservas.

Quiero agradecer la sintonía con la que todos los grupos políticos han colaborado en la elaboración de esta ley y la severidad con la que se han redactado y revisado todos los artículos. Creo que, desde un punto de vista de salud pública, la ley es francamente irreprochable y yo no le veo vulnerabilidades. También me uno a la felicitación a la letrada de forma muy explícita porque yo creo que hemos ido de su mano; dudo mucho que hubiéramos llegado a algún lado de no haber sido por su ayuda. Por parte del Grupo Popular quiero reiterar nuestro apoyo y felicitar a toda la Comisión por la redacción y presentación de la presente ley. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Raboso. Escuchados todos los Grupos vamos a proceder a las votaciones. ¿Alguna sustitución en los Grupos? ¿En el Grupo Parlamentario de Ciudadanos? (*Denegaciones.*) ¿En el Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid?

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Jacinto Morano sustituye a Clara Serra.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias. ¿En el Grupo Parlamentario Socialista?

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Doña Carmen Martínez Ten es sustituida por don Enrique Rico García-Hierro.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias. ¿En el Grupo Parlamentario Popular?

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: El señor Muñoz Abrines sustituye a la señora Aboín.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Pasamos a la votación. Votamos en primer lugar de forma agrupada las enmiendas del Grupo Parlamentario Podemos que fueron informadas desfavorablemente por la Ponencia. (*Pausa.*)

El resultado de la votación es el siguiente: 15 diputados presentes; 3 votos a favor y 12 votos en contra.

En segundo lugar, sometemos a votación la enmienda del Grupo Parlamentario de Ciudadanos no informada favorablemente por la Ponencia. (*Pausa.*)

El resultado de la votación es el siguiente: 15 diputados presentes; 2 votos a favor, 10 votos en contra y 3 abstenciones.

Por último procedemos a votar el informe de la Ponencia, incluido el anexo, que será lo que se apruebe como Dictamen de la Comisión. (*Pausa.*)

El resultado de la votación es el siguiente: 15 diputados presentes; 12 votos a favor y 3 abstenciones. Quedan aprobados por mayoría el informe de la Ponencia y el anexo como Dictamen de la Comisión.

Se informa a los Grupos Parlamentarios que deseen conservar enmiendas para su debate en Pleno que deben comunicar por escrito presentado en Registro General las enmiendas que desean mantener. El plazo dispuesto en el artículo 147 del Reglamento es dentro de los dos días siguientes a la terminación del Dictamen de la Comisión; como el jueves es festivo y los plazos se refieren a días hábiles, tienen hasta el viernes. Muchas gracias a todos por el trabajo en la Ponencia.

Pasamos al siguiente punto del orden del día.

C-571/2017 RGEF.5491. Comparecencia del Sr. Doctor D. Elías Rodríguez, médico estomatólogo del Centro de Salud Doctor Cirajas y Coordinador de la encuesta "Estudio de la Salud Bucodental de la Población en la Comunidad de Madrid", a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre las conclusiones del citado estudio. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Al tratarse de una comparecencia sustanciada en base al artículo 211, en primer lugar tiene la palabra para hacer la exposición el compareciente, señor Rodríguez; por favor, ocupe su lugar en la mesa. Tiene quince minutos; cuando quiera.

El Sr. **MÉDICO ESTOMATÓLOGO DEL CENTRO DE SALUD DOCTOR CIRAJAS Y COORDINADOR DE LA ENCUESTA "ESTUDIO DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID"** (Rodríguez Alonso): Muchas gracias, señor Presidente. Doy las gracias en nombre de todo el grupo que hemos colaborado en la realización de esta encuesta por la invitación para enseñar los resultados a sus señorías. Esta encuesta fue solicitada por profesionales de salud bucodental y promovida por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Como ven, es un grupo amplio, la coordinamos cuatro personas, pero contábamos con 16 investigadores colaboradores que eran dentistas, higienistas, médicos de familia, enfermeras de seis de las siete Direcciones Asistenciales y contamos con asesores externos de probada experiencia en este campo.

El objetivo era conocer el estado de salud oral de la Comunidad de Madrid, algo que se desconocía porque la última encuesta era de hace veinticinco años, con datos parciales y edades no comparables. Había estudios de áreas pero no se tenía una visión general de toda la población. Fijamos ocho objetivos específicos enfocados sobre todo en las dos enfermedades más prevalentes que ya han comentado sus señorías -la enfermedad periodontal y la caries- y algunos aspectos de hábitos, de frecuentación de visita al dentista; todo ello lo correlacionamos con factores sociodemográficos, de sexo, nivel social, lugar de residencia y país de nacimiento. Las características de la metodología la tienen en el documento que les facilité; es un estudio observacional, ha seguido la metodología de las encuestas de salud oral que propugna la OMS, para que sea comparable y evitar sesgos; el ámbito es toda la Comunidad de Madrid y seleccionamos las edades que promueve este organismo: los 6, 12, 15 años en población infantil; los 35 a 44 años en adultos jóvenes, y 65 a 74 en adultos mayores. Seleccionamos la población infantil en 39 centros escolares mixtos y la población de adultos en 10 centros de salud. En el estudio hicimos una estratificación por zonas, rural y urbana, al ser este un aspecto que puede influir en la variable de estudio por mayor o menor accesibilidad a los servicios de salud bucodental; en concreto, seleccionamos los colegios y los centros de salud por un muestreo aleatorio; en una segunda etapa hicimos un muestreo aleatorio simple de una de las aulas de los colegios seleccionados y un muestreo consecutivo de los 45 primeros pacientes que acudían a los centros de salud. Esta gráfica es una visión general de la muestra donde ven ustedes cada cohorte en número, porcentaje y su distribución con las variables sociodemográficas que les comentaba.

En cuanto al sexo, hay una distribución equilibrada en la población infantil, hay predominancia de sexo femenino en la población adulta, en nivel social más o menos equilibrado en la población infantil pero con un aumento de población de bajo nivel socioeconómico en las cohortes de adultos. La ubicación venía ya estratificada, corresponde a la que existe en la Comunidad de Madrid, un 8 por ciento es rural y un 92 por ciento es urbana o periurbana.

En cuanto a la distribución entre población nacional y de procedencia extranjera es también semejante a la que observamos en la población con el pico máximo en la edad laboral del 26 por ciento de 35 a 44 años.

Vamos a los resultados. En la prevalencia de caries, les tengo que comentar que cuando nosotros analizamos la prevalencia de caries, analizamos tres componentes: la presencia de caries activa, la ausencia de piezas por extracción derivada de caries u obturaciones o número de empastes; cualquiera de estas entra a contabilizar en la prevalencia de caries. El 36 por ciento de nuestros escolares de 6 años tenían caries o experiencia de caries. En cuanto a la dentición permanente, pueden ver ustedes una evolución incremental: los escolares de 15 años con caries han pasado del 8 al 32 y al 50 por ciento, pero a partir de los 94 años solo hay un 6 por ciento de población adulta libre de caries.

En cuanto al componente que más repercusión tiene desde el punto de vista clínico y sanitario, el de caries activa, como ven, sigue una distribución similar, alcanzando también el pico a los 40 años; el 46 por ciento de los adultos tiene alguna caries activa, con lo que eso supone de dolor, infección, etcétera. Cuando lo correlacionamos con las últimas encuestas, las publicadas en los últimos diez años, y con la nacional, que coincidió en el tiempo con la nuestra, como ven, tenemos los datos más altos; en esta población de 6 años, estamos al nivel que estaba Navarra hace 10 años y muy alejados de la encuesta nacional, cinco puntos por encima. En la cohorte de los 12 años estamos en una posición casi próxima a la de Navarra y País Vasco, que son las comunidades que tienen mejores indicadores de salud bucodental. En la cohorte de 15 años ya empeoramos, pasamos a la situación intermedia alta. En la población adulta casi todo el mundo está afectado, y es algo común en todas las comunidades y en la encuesta nacional; en la de adultos estamos todos a la par, todos igual de mal. Y en la de adultos mayores de 65 años estamos cuatro o cinco puntos por debajo del resto de las encuestas publicadas. Como ven, en población adulta solo hay dos en los últimos años, la de Cantabria y la de Valencia.

Otra forma de ver la caries es observar el promedio de dientes que están afectados por niño o por adulto, y ahí vemos que a los 6 años cada niño tiene afectado 1,23 dientes; a los 12 años, baja a 0,79, que es un indicador de severidad de caries muy bajo según la OMS; a los 15 años, sube a 1,57, que es un nivel bajo; a los 35 años, 9,3, y a partir de los 65 años más de la mitad de los dientes están afectados por caries en esta población. Cuando esto lo valoramos en cada componente vemos algo que nos preocupa un poquito: en los niños de 6 años la prevalencia de caries activa casi constituye todo el valor de este índice, 0,90, casi el 90 por ciento; en cambio, es el componente de empaste, de obturado, de tratamiento, el que predomina en el resto de las edades juveniles y en

adultos jóvenes, y en los adultos mayores nos encontramos que ya hemos llegado tarde y son las extracciones, el diente ausente, las que más contribuyen a este valor.

Si valoramos otro índice, que es el índice de restauración, es decir, qué porcentaje suponen las obturaciones, los empastes, sobre el total de este índice, vemos que en las edades extremas es muy bajo, un 26 por ciento. En las edades intermedias alcanza niveles del 56 al 64 por ciento, con la particularidad de que en estas edades y en las edades infantiles podríamos llegar, si se tratara, a ser casi del cien por cien; es muy importante desplazar un componente negativo y clínicamente manifiesto a una situación de tratamiento. Cuando analizamos las cohortes de adultos, en la de adultos jóvenes estamos un poquito por encima, pero no muy alejados de las otras comunidades – datos publicados- de la encuesta nacional y, en cambio, en la de adultos mayores sí estamos dos o tres puntos por debajo de la encuesta nacional y del resto de las encuestas.

El índice de los 12 años es importante porque es el que la OMS utiliza para comparar la salud bucodental permanente, el estado de salud de caries de los niños, porque es un poquito predictor del futuro. En el resto de encuestas publicadas estamos en un nivel intermedio, que la OMS lo ha considerado un nivel muy bajo de caries. Es importante saber de dónde viene el valor de este índice. De los veintiocho dientes que tenemos, cuatro de ellos son los responsables, prácticamente a los 6 años, de la afectación en dentición permanente; como ven, el 90 por ciento, el 0,10 sobre 0,11 de este valor. A los 12 años es más de la mitad y a los 15 años prácticamente la mitad de este índice proviene de estos cuatro dientes. Estamos hablando del total de los veintiocho dientes presentes. Por esto, la mayoría de la prevención va dirigida a este diente, a este molar de los 6 años que llamamos, y una de las medidas estrella es la aplicación de una barrera física, que son los selladores, y encontramos que el 40 por ciento de los escolares de 12 años y el 37 por ciento en los de 15 años estaban sellados y con un promedio de 1,2 o 1,1 dientes sellados, lo que podría explicar en parte esos buenos indicadores que tenemos, que además se refleja cuando comparamos estas edades con los datos que hay publicados en otras encuestas; estamos a un nivel bastante alto.

También podemos ver la influencia de la caries en los dientes de las personas de nuestra Comunidad viendo los dientes que tienen presentes o, lo que es lo mismo, viendo los que faltan. Esto tiene relevancia sobre todo en la edad adulta, porque, como ven, sobre los 28 dientes totales, la media, en los 12 y 15 y, si me apuran, 35-44 años, está cercana al máximo. Donde sí tiene transcendencia es en el tramo de edad de 65-74 años, que ya estamos en que tienen 17 dientes de promedio, y cuando tenemos 15 o 20 ya hay una repercusión funcional, o bien en la articulación temporomandibular o bien en la dificultad para comer. Además, en esta población, cerca del 10 por ciento –un 9,9- no tenía ningún diente presente. Esto es, comparado con otras encuestas, un nivel bajo pero preocupante: estamos por debajo de la encuesta nacional y bastante lejos de la valenciana en este aspecto.

Para ir finalizando este aspecto, también analizamos cómo se distribuye la caries entre nuestra población infantil y juvenil, y lo que vemos es que hay una distribución asimétrica: el 18 por ciento de los niños de 12 años acumulan el 78 por ciento de la patología y algo similar ocurre con los

niños de 15 años, el 25 por ciento acumula el 77 por ciento de la patología de caries. Y esto, cuando lo correlacionábamos con los factores socio demográficos, nos daba que había una asociación clara entre el nivel social y el lugar de procedencia de estos niños, de tal forma que los niños cuyos padres tenían un nivel social ocupacional bajo o eran de procedencia extranjera tenían una prevalencia de caries mucho más alta. Esto se manifestaba en estos diferenciales o desigualdades de salud, comparados con la encuesta nacional o con otras encuestas publicadas, y vuelvo a tomar como referencia los 12 años, aunque aquí he incluido los 6 y los 15 para que vean que en toda la población infantil las desigualdades son muy manifiestas: hablamos de 30, 20 y 29 puntos.

La otra patología que tiene repercusión en la clínica es la enfermedad periodontal, que es el problema de las encías. Esto lo valoramos como: que esté sano, que sangre, que tenga cálculos –el sarro que tienen- o que tenga bolsas, que ya es la forma más grave y la presentan los adultos. Nos encontramos con que, en general, aunque vean que hay una prevalencia de sanos baja, las formas clínicas que hay son las formas clínicas leves, fácilmente tratables y fácilmente prevenibles. Las formas graves se veían en el 5 y el 10 por ciento en concreto en adultos de 30 y mayores de 65 años.

Otros aspectos, y voy finalizando. Analizamos la percepción de salud oral que tiene nuestra población; esto es, si en el último año habían tenido dolor, molestias o dificultad para comer en relación con sus dientes, encías o prótesis, en el caso de los mayores. Encontramos que, en general, en los niños, el 90 por ciento no había tenido ningún problema y solamente un 1 o un 2 por ciento decían que bastante frecuentemente tenía molestias de algún tipo durante ese último año. Esto se correlacionaba también con una mayor prevalencia de esta sintomatología en los niños procedentes de un nivel social bajo y con un país de procedencia extranjera, algo que también coincide con los resultados de la salud general que publica todos los años la Consejería de Sanidad en el Informe de Salud, sobre el estado de salud general de nuestra Comunidad. En los adultos bajaba 15 o 20 puntos.

En cuanto a la frecuencia del cepillado, tenemos que 8 de cada 10 de nuestros niños de 12-15 años y adultos jóvenes manifiestan cepillarse más de dos veces al día y 6 de cada 10 adultos manifiestan lo mismo. Aquí encontramos una asociación con el género femenino, ya que su frecuencia de cepillado presenta mayores porcentajes.

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

El Sr. **MÉDICO ESTOMATÓLOGO DEL CENTRO DE SALUD DOCTOR CIRAJAS Y COORDINADOR DE LA ENCUESTA "ESTUDIO DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID"** (Rodríguez Alonso): Sí. El tiempo transcurrido desde la última visita es mejorable en las edades infanto-juveniles y bajo en las edades adultas: un 50 por ciento acuden una vez al año. Con esto, elaboramos unas conclusiones y nos permitimos hacer unas recomendaciones finales de cara a mejorar la dentición temporal, permanente y en los adultos.

Quiero manifestarles y agradecerles su invitación en nombre de todo el grupo y decirles que esta encuesta es fundamental para tener un punto de partida con el que evaluar los programas y conocer el estado de salud bucodental de la población. También quiero manifestarles la importancia

de repetirla periódicamente, y ya me han adelantado que la Consejería está en ello. Nada más. Muchas gracias. Estoy a su disposición.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Rodríguez. A continuación, 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. Muy buenas tardes, señor Rodríguez. Le agradezco la presentación que nos ha hecho de este estudio sobre la salud bucodental de la población de la Comunidad de Madrid. Hemos visto al inicio de la presentación que va referido a los años 2015-2016. Además, usted ha comenzado su exposición diciéndonos que el último estudio era de hace 25 años, y esa es quizás una de las primeras cosas llamativas. ¿Por qué cree usted que en la Comunidad de Madrid se hace tan pocos estudios o análisis de este tipo de datos dada la trascendencia y la importancia estratégica que tienen para la política de salud pública que se debe desarrollar desde la Consejería? ¿Cómo es posible que se dejen transcurrir 25 años, ni más ni menos, para hacer muy someramente este análisis? Supongo que el análisis es mucho más extenso y más detallado, por supuesto, y lo que usted simplemente ha hecho es, digamos, coger los principales datos -quizá los más llamativos- resultado de esa observación, de ese estudio. Me ha parecido ver que era una encuesta de 2.190 personas, que es, quizás, una de las primeras cosas que nos llamaría la atención.

Además, tengo entendido que la propia Organización Mundial de la Salud recomienda que los estudios deberían hacerse por lo menos cada cinco años, es decir, con periodicidad, precisamente para dar reflejo de la continuidad de la actuación de los distintos profesionales sobre la salud bucodental de su población y porque ese margen de cinco años permite adoptar una serie de medidas para actuar a tiempo, entre comillas, porque, como antes decíamos al hablar de la ley que ahora se quiere tramitar y aprobar, se trata de una ley que tiene una proyección a medio y largo plazo; es decir, las medidas que acordemos ahora se verán a medio y largo plazo, las verán las futuras generaciones, y de ahí, entonces, la dificultad. Decía que una de las cosas que me ha llamado la atención era esa.

Segunda cosa que me ha llamado la atención. En las primeras pantallas de este informe aparece el dato de población viviendo en zona rural y en zona urbana, y me ha parecido entender que la encuesta que se ha realizado en este estudio corresponde a una muestra de casi un 90 por ciento de población urbana y un 10 por ciento de población rural. Pero, además, usted lo ha hilado con un tema que nos interesa especialmente, que es el de la accesibilidad a los servicios, en este caso, odontológicos que presta la Comunidad de Madrid. Sin embargo, ahí he echado de menos una conclusión, por lo que, dado que cada vez hay más población viviendo en zonas o en entornos rurales, le pido su valoración sobre en qué medida tiene eso repercusión en el estado de la salud bucodental de los pacientes.

Ha destacado usted un dato que también es relevante. Ha analizado las dos enfermedades típicas, que son la caries y las enfermedades periodontales. Respecto a la caries ha destacado la

prevalencia de la misma en comparación con otras comunidades autónomas y nos ha dicho que en la población de edad inferior a 6 años tenemos el dato más alto, y yo le pregunto a qué cree usted que se debe este especial resultado.

Ha hablado de un concepto que me interesa también especialmente. Al hablar de los niños de 6 años ha mencionado la llamada caries activa y ha dicho que si se tratara adecuadamente la misma a esa edad se podría alcanzar una cobertura del cien por cien a esta población, a este segmento –esta cohorte– de población de edad inferior a 6 años. Entonces, yo le pregunto: ¿es posible a día de hoy esa cobertura del cien por cien a la población de edad inferior a 6 años con la organización y los medios actuales?

Voy acabando. Me he dejado casi lo mejor para el final, que son las recomendaciones que ustedes hacen en el estudio. Yo estoy seguro de que en su segundo turno va a incidir usted en esas recomendaciones y en esas conclusiones del estudio, que realmente creo que son importantes. Respecto a esto, precisamente le voy a preguntar sobre el feedback; es decir, si ustedes hicieron estas recomendaciones, ¿cuál ha sido la respuesta desde la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid respecto a las mismas? Es decir, ¿se ha hecho algo?, ¿se ha previsto alguna actuación en los presupuestos? Me refiero de cara a 2019, si hay algún tipo de plan especial...

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

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Sí, acabo. Solamente me queda agradecerle su exposición y la claridad de la misma. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Veloso. Señora San José.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Muchas gracias, señor Presidente. En primer lugar también quiero dar las gracias al doctor Rodríguez y a todo su equipo, al equipo que ha elaborado la encuesta. Pensamos que es una encuesta y un trabajo verdaderamente importantes, una encuesta robusta que arroja unos importantes e interesantes datos y que nos sirve, como bien decía usted al principio, para tomar decisiones y poder planificar un programa de atención infantil e indudablemente de atención a los adultos para mejorar la salud bucodental, importante como parte integral de la salud de nuestra ciudadanía.

Ha comentado usted los datos, pero yo quisiera destacar algunos que me parecen importantes, por ejemplo, el dato que usted ha dado de caries en dientes temporales, y digo esto porque, aunque es elevado, usted anota que se debe sobre todo a caries activas; es decir, parece que no está extendido el tratamiento de este tipo de caries en nuestros niños y niñas. Quiero aprovechar para decir que por eso insistía mi Grupo Parlamentario en que dicho tratamiento se debía integrar en el PADI desde esta edad y no desde los 7 años. También comentan los resultados el grado tan bajo de severidad de las caries a los 12 años, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, y también se hace referencia a la importancia de la restauración de la dentición cuando ya es dentición permanente que, sobre todo, es más baja en los 6 años que he comentado y también en las

cohortes de los mayores, superior a 65 y 74 años. También habla de la enfermedad periodontal recalcando que la mayoría es incipiente, es decir, que no es constitutiva de grandes lesiones, podríamos decir. Por lo tanto, nuestra conclusión es que esta encuesta no arroja precisamente un mal estado de la salud bucodental infantil y de adultos.

Me quiero centrar en algunos aspectos como, por ejemplo, el tema del fenómeno 80/20, que además detallan bastante bien en la encuesta. Esto es muy importante porque, a nuestro entender, si no se hace una planificación, esto seguirá pasando; es decir, habrá desigualdades y habrá inequidad si no se hace una planificación en el acceso al tratamiento para los menores, los adultos y las personas de zonas rurales. También quería comentar, porque me ha parecido muy importante, el tema de las embarazadas en cuanto a las recomendaciones que hace, porque es muy interesante y muchas veces los recursos públicos, simplemente por falta de interés y de orientación de salud pública, no hacen suficiente hincapié en el tratamiento de las embarazadas. También me parece muy importante lo que comentan acerca de que los programas de salud infantil debieran extenderse, incluso como subgrupo, entre los 3 y los 5 años; me ha parecido importante. Por último, también es importante el hincapié que hacen en la necesidad de prevención, desde el cepillado correcto a medidas como los selladores, etcétera, o también la importancia que tiene en adultos la visita al dentista o las cuestiones generales en cuanto a riesgos generales para su salud.

Entonces, yo le quisiera preguntar si no le parece que ante los buenos -aunque mejorables- resultados se deberían ampliar los recursos públicos de salud para la atención a la salud bucodental. ¿Por qué digo esto? Porque parecería que las medidas básicamente de promoción y prevención solo serían capaces, también mayoritariamente, de hacerse desde el sector público, porque es el que tiene, entre otras cosas, la capacidad de planificación y no creo que desde el sector privado se planifique de la misma manera la salud de la ciudadanía, porque precisamente la encuesta dice que al ser una medida desarrollada mayoritariamente en el sector público, no se observa su influencia social. Querría saber su opinión al respecto. Por lo demás, vuelvo a felicitarle por la encuesta y por el valor que tiene para poder continuar planificando, que quizá eso es lo que ha faltado en nuestros recursos públicos, planificación y apostar por ellos con suficiente presupuesto, que no lo ha habido. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora San José. Señor Freire, tiene la palabra.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias a usted, doctor Rodríguez, y a todo su equipo, en primer lugar, por comparecer, puesto que no está usted obligado a ello y, en segundo lugar, por el buen trabajo hecho en este informe. Desde mi Grupo quería hacerle un par de consideraciones; en primer lugar, sobre el hecho de que no se haya hecho en veinticinco años esta encuesta evidencia el tipo de Gobierno que hemos tenido. Aunque le agradezco su comentario inicial de que esto evidentemente ha surgido del Gobierno, ya digo que ha surgido del Gobierno después de que en la Legislatura pasada desde mi Grupo le afeáramos repetidas veces al Gobierno precisamente el abandono en el que estaba la salud bucodental; la no existencia de datos y no tener información ponían a la Comunidad de Madrid en una especie de agujero negro en el conocimiento de cuál era la situación dental.

Sobre la encuesta, decir que es muy ambiciosa. Han ido ustedes no solo a ver niños sino también a ver adultos y a ver ancianos. Una de las cosas que me llama la atención de la encuesta, casi preguntas técnicas, pero tienen una notable importancia, es la tabla 5 de la distribución de participantes del estudio que ha proyectado usted y también está en el papel que nos ha enviado, que, por cierto, le agradecemos, porque pocos de los comparecientes han enviado documentación como la que usted ha enviado a la Comisión, con lo cual hemos tenido tiempo de leerlo y verlo. Efectivamente, en esta tabla, si ven el nivel social ocupacional, en el nivel alto, I y II, a los 12 años, que es la edad índice que utiliza OMS, sale una clase social alta, nivel I y II, de un 37,8 por ciento. Dada la influencia que tiene la clase social en el nivel de la prevalencia de enfermedad dental, tener desenfocado este punto nos puede dar una información muy sesgada sobre la realidad.

He chequeado con los colegas de Salud Pública cuál es la distribución por clases sociales de la población de Madrid, y los datos que hay son antiguos, pero son mucho más inferiores a estos. De hecho, en la misma tabla, si usted se fija, cuando empleamos otro tipo de muestreo, que es el muestreo por centros de salud para poblaciones de 35-44 años y 65-74 años, sale que la clase social de esa muestra baja a un 26,8 y a un 10 por ciento, que está mucho más cerca posiblemente a la realidad; está entre el 26 y el 10. Esto es muy importante porque modifica o matiza de una manera muy importante el CAOD de 0,79, que es muy bueno; ciertamente es mucho menor que el del País Vasco, que es top, pero es todavía bueno en comparación internacional.

En relación con esto, la otra cosa que me ha llamado la atención es la distribución de los colegios que muestrean. Si recuerdo bien -se lo iba a decir de memoria, pero lo tengo aquí-, resulta que Madrid ciudad tiene la mitad de la población y tiene mayor porcentaje de clase social alta, y de nueve colegios muestreados en Madrid para Primaria, siete son concertados, lo que sesga población a nivel de clase alta, y cuando vamos a los de Secundaria, para la población índice de 12 años, de los colegios muestreados, que son ocho, de nuevo Madrid tiene ocho. Esto es un matiz, porque la ley que hemos aprobado, o vamos a aprobar, dice que dentro de cinco años -ya se cumple de esto- sería bueno tener una encuesta de base previa a salir el PADI universal, entonces, me imagino que esto lo tendrán en cuenta, incluso podrán incrementar las muestras. Creo recordar, por ejemplo, las muestras de las encuestas del País Vasco, que son decenales, casi duplican... Bueno, duplican realmente. Este es un comentario que tiene que ver con eso.

En otro orden de cosas, otro comentario tiene que ver con el asunto de captar población adulta en centros de salud. Es un procedimiento estándar, pero, dados los objetivos de la ley y de la política de salud pública dental en la mayoría de los países que no tienen financiación al cien por cien pública de servicios dentales, incluso en los países de Estado de bienestar más generoso, concentran sus políticas en los grupos de mayor necesidad. En ese sentido, le pregunto su opinión sobre una futura encuesta que nos permitiera ver el porcentaje de edéntulos en nuestras residencias de ancianos, que nos permitiera ver la salud bucodental de nuestras madres embarazadas, de los pacientes institucionalizados, incluidas las cárceles; es decir, justamente de aquellos colectivos a lo que queremos ayudar, y también de algunos pacientes que hoy no atendemos porque no tenemos servicios dentales hospitalarios. Hay un montón de patologías, como muy bien sabe el doctor Raboso,

como cáncer de cabeza y cuello, que necesitarían un dentista al lado, porque a ver si les estamos curando del cáncer pero les estamos haciendo tremendamente desgraciados porque no les cuidamos la cavidad oral. Este tipo de consideraciones, unidas a lo que han planteado sobre lo que debiéramos hacer en el futuro para ser una Comunidad más ejemplar en salud bucodental, es lo que me gustaría que comentara. Terminó agradeciéndole a usted y a todo el equipo su trabajo; también que haya venido aquí y por su excelente presentación. Muchas gracias.

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

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Doctor Rodríguez, le doy la bienvenida en nombre del Grupo Parlamentario Popular y le felicito a usted y a la Gerencia de Atención Primaria por la brillantísima encuesta que nos ha presentado. Hay una cuestión que me gustaría clarificar, antes de pasar a analizar algunos de los datos y hacer algún comentario, y es que aquí se ha afirmado que no se había hecho ningún estudio ni encuesta de salud bucodental desde hace 25 años, en concreto desde 1991, si no recuerdo mal; lo cual es cierto. El doctor Freire ha parecido atribuir las responsabilidades al actual Gobierno de la Comunidad, pero tengo que decir que en esos 25 años está incluido un amplio Gobierno del Partido Socialista, pero tampoco tiene la responsabilidad el Partido Socialista, ya que la Sanidad se transfirió a Madrid el 27 de diciembre de 2001 y, por tanto, el plazo con el que se ha realizado esta encuesta ha sido de 12 años, que no es tan diferente a las encuestas excepcionales del País Vasco que aquí se utiliza como paradigma de salud bucodental en esta parte del universo, sobre todo por parte del Grupo Socialista. Por tanto, creo que es conveniente clarificar aquí cuál es la situación en este sentido.

Por lo demás, yo creo que la encuesta era, evidentemente, una herramienta absolutamente necesaria y se elabora en un punto de inflexión. Desde el punto de vista de la Consejería, estos 12 años no han pasado en balde; se han revisado el número de zonas básicas asignadas a cada odontólogo para cada Dirección Asistencial; se revisó el servicio 107 de la cartera de servicios estandarizada de Atención Dental a la Infancia, actualizándose a los criterios de buena atención; se realizó un pilotaje de atención al paciente oncológico en la Dirección Asistencial Norte Hospital La Paz y la Dirección Asistencial Oeste en el Hospital Rey Juan Carlos; se realizó una actualización de los documentos de consentimientos informados de las Unidades de Salud Bucodental para exodoncias, obturaciones y cirugía oral, que evidentemente es un documento de referencia para todos; se elaboró un manual de recomendaciones de uso de los consentimientos informados; se revisó el protocolo de registro en la historia clínica informática; se diseñó, desarrolló y se elaboraron 6 talleres de educación para la salud en materia de promoción y prevención bucodental. También en cuestiones docentes y académicas se elaboraron los resultados finales del estudio que acaba de exponer usted, que me parece que es importantísimo y está dentro de ese abanico de actuaciones de la Comunidad, de la Consejería de Sanidad; se realizó un desarrollo del plan formativo específico para las Unidades de Salud Bucodental con implementación de cursos programados desde la Dirección Técnica de Docencia e Investigación de las Gerencias de Asistencia de Atención Primaria; se elaboró la Guía de Higienistas Dentales, que también me parece muy importante para la prevención de la enfermedad bucodental, y

se promocionaron y realizaron diferentes convenios de formación con algunas universidades de Madrid.

Todo esto nos ha llevado a la situación en la que estamos que, como usted ha expuesto, siendo siempre mejorable, no es bajo ningún concepto mala, como usted ha reiterado en varias ocasiones. Yo creo que los datos confirman la necesidad de una ley de salud bucodental en este momento. Además, el estudio nos dice por dónde hay que ir y las poblaciones en las que hay que incidir. Me ha parecido muy interesante la diferencia que hay en salud bucodental entre las poblaciones rurales y las poblaciones urbanas. Me han parecido muy interesantes las diferencias entre población nacional y población extranjera y, por supuesto, confirma lo que ya sabemos desde hace mucho tiempo, y es que la salud bucodental está íntimamente relacionada –de hecho, es un marcador- del estado higiénico sanitario de la población.

Nosotros pensamos que la ley que hemos estado debatiendo y desarrollando en los últimos tiempos va a servir para ecualizar a la población infantil desde un punto de salud bucodental. Es evidente que hay unas diferencias, y creo que la ley que estamos tramitando ahora mismo va a servir para eliminar esas diferencias en función de niveles sociosanitarios y sociales en general. Me gustaría saber si usted opina que, efectivamente, una ley global, estratégica, universal, para la población infantil va a servir al propósito, que para nosotros ha sido una de las líneas fundamentales de la ley, de que todos los niños, independientemente de su condición social, tengan acceso a la salud bucodental en un nivel homogéneo.

El estudio está excelentemente muestreado; la verdad es que me ha gustado mucho. La estratificación me ha parecido magnífica y el estudio ha sido muy amplio. Supongo que los próximos estudios se aprovecharán de la realización de una masiva red de atención bucodental; ya no estaremos hablando de 2.000 personas sino que estaremos hablando, probablemente, de decenas de miles, incluso más personas, y podremos afirmar las cosas con más rotundidad y podremos ver la evolución de los datos con el paso de los años.

Este es el primer paso, pero usted y su equipo serán recordados durante mucho tiempo en esta Comunidad por la labor y el servicio que han prestado ustedes a los ciudadanos y el Grupo Popular se lo quiere agradecer. Muchas gracias, doctor Rodríguez.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Raboso. Para cerrar el debate, tiene la palabra el doctor Rodríguez por tiempo de diez minutos.

El Sr. **MÉDICO ESTOMATÓLOGO DEL CENTRO DE SALUD DOCTOR CIRAJAS Y COORDINADOR DE LA ENCUESTA "ESTUDIO DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID"** (Rodríguez Alonso): Muchas gracias a sus señorías por las preguntas. No sabía que iban a ser tantas y no empecé a anotarlas; con lo cual, si alguno de ustedes nota que falta algo, por favor, me lo comenta.

La primera pregunta era por qué no se habían hecho estudios de salud bucodental. Sí que se han hecho, y muchos; lo que pasa es que se hacían estudios locales o parciales. Estábamos estructurados en 11 áreas sanitarias y casi cada área tenía un programa de salud bucodental con un estudio epidemiológico hecho, algunos con criterios más tipo OMS y otros con criterios diferentes. No se empezaron a homogeneizar los estudios según metodología OMS hasta 1984, cuando las comunidades empezaron a realizar estudios. Habrán observado que he citado pocos estudios anteriores a los años 90 y, además, con metodología OMS pocos; incluso muchos de los que se han publicado en los últimos 15 años tienen sesgos, tanto en la selección de la muestra como en la fuente de luz, como en el criterio de caries, y son sesgos importantes. Yo les he mostrado los que han seguido una metodología más ortodoxa o más comparable, entre los que están los nacionales.

Como comentaba, en el año 1991, el doctor García-Camba y su equipo hicieron un estudio del estado de salud bucodental de la población infantil y lo hicieron con metodología OMS. Está muy bien hecho analíticamente, pero tenía edades que no eran comparables con las que promovió luego la OMS, de 6, 12 y 15 años. Él cogió de 6 a 8 y de 8 a 13, creo recordar, pero nos ha servido para comparar alguna edad que sí coincidía. Luego cada Área tenía su estudio; nosotros del Área 4 tenemos el nuestro, del Área 7 puedo haber visto otro, el Área 9, Leganés, otro, etcétera. Había además estudios locales realizados por compañeros; si buscan en internet García-Camba verán que tiene muchos estudios realizados en la zona de Móstoles. Por tanto, no es que haya ausencia de estudios sino ausencia de un estudio global, con una metodología comparable que nos permitiera saber cómo estábamos como punto de partida, no estudios locales.

Aprovechando el tema, el doctor Freire me comentaba sobre otros grupos. Sí hay algún estudio realizado; recuerdo ahora que hay un documento técnico de salud bucodental de los pacientes institucionalizados, residenciados y aunque no recuerdo el año, sé que lo he consultado alguna vez. Efectivamente, sería interesante hacerlo en grupos también. Ahora se está haciendo en el grupo de 3 a 4 años –contestando ya de paso- o de 3 a 5 años y en población marginal. Porque, claro, me hablaba usted de la accesibilidad, y el problema de la accesibilidad es que legislativamente la tiene todo el mundo, pero no es equitativa. Hay zonas que, por circunstancias y determinantes sociales fundamentalmente, no tienen acceso, porque tienen que atravesar un kilómetro para llegar al autobús o porque están estigmatizados cuando llegan al centro de salud; hay 20.000 condicionantes. El propósito de la Consejería ha sido siempre detectar esas zonas y hay un estudio del Plan de Promoción y Prevención de la Salud, hecho por la Dirección General de Salud Pública en el año 2010 o 2011, que detectó zonas de vulnerabilidad social desde el punto de vista sanitario con la idea de corregir esta falta de equidad, y detectó once zonas básicas con áreas de vulnerabilidad analizando distintos indicadores. El Ayuntamiento también tiene otra hecha por barrios, que también es muy interesante, y aunque lleva otros indicadores, son superponibles. Al final, lo que refleja Madrid es una desagregación social o una desigualdad noroeste-sureste que pueden ver ustedes en cualquiera de esos mapas. En el nuestro, el de la vulnerabilidad sanitaria está hecho con un sistema geográfico de información sanitaria que va superponiendo mapas según distintos indicadores y nos da una idea muy clara de dónde está. En uno de ellos, en el Ensanche de Vallecas –que fue pionero, allí se hizo el primer estudio- participamos, porque el abordaje de estos grupos, o de estos asentamientos que

forman parte de estos grupos, tiene que ser diferente al abordaje de la población general, y la estrategia también tiene que ser diferente. Tiene que ser una estrategia compartida con distintas instituciones, con distintas asociaciones que están trabajando y, además, hay que actuar sobre factores de riesgo comunes; no puede uno llamar al niño para la boca y otro para hacer una actividad lúdica sino que hay que integrarlos y, además, también hay que integrar a los mayores. En ese aspecto, acabamos de finalizar un estudio epidemiológico, en concreto en la Cañada Real y en el Gallinero, donde, lógicamente, los indicadores son altísimos, altísimos, nada que ver con estos. Probablemente parte de esa población es la que captamos luego, en los colegios, y nos refleja estos valores.

En cuanto a la pregunta sobre rural y urbana, claro que hemos encontrado diferencias en algunos indicadores. Por ejemplo, el número de piezas ausentes es mucho mayor en la zona rural, el número de prótesis es mucho mayor en esta zona, porque pensamos que la accesibilidad limita la asistencia sanitaria, hace que tengan que desplazarse cuando el dolor es ya muy grande o la pieza está ya perdida y, mientras tanto, han hecho todos los procedimientos paliativos que tiene a su alcance y eso al final termina con más prótesis que las otras poblaciones.

La caries activa claro que es un factor que nos preocupa, porque es el que más trascendencia sanitaria tiene. Yo les decía que este era un componente muy alto a los 6 años porque un 26 por ciento de la población de niños tiene caries activa. ¡Claro!, esta caries la podemos desplazar a tratamiento y quitar esa sintomatología. Por eso decía que, aunque había un 26 por ciento de tratamiento, en este grupo podemos llegar al cien por cien, porque todos los componentes de caries están volcados en este. En los grupos de 12 a 15 años también podemos llegar al cien por cien. En el grupo de 35 a 44 ya llegamos un poco tarde, y ya el componente de caries es muy bajo, ya hay un componente de ausencias, con lo cual, aunque lo tratáramos, podríamos llegar a un 77. En el grupo de mayores ya está toda la evolución negativa por los tratamientos que no han dado resultados, porque no ha habido cuidados, por todas las extracciones previas y por la evolución de la caries que se traslada a la ausencia de piezas, por eso encontramos tantos casos.

Lógicamente, una estrategia es hacer unos tratamientos –en eso estamos- en la población pero se nos escapa esa edad. Todos los programas, no solo el nuestro sino en todas las comunidades, empiezan a los 6 años; llegamos tarde, en esos niños hay que empezar antes y en esa línea está la Consejería. Nosotros tenemos unos recursos humanos limitados, con lo cual, tenemos que echar mano de otros recursos que tenemos en el centro. ¿Qué recursos son los más fáciles? Pediatras y enfermería. Hay que formarles porque, además, en la edad de 0 a 4 años la asistencia al centro de salud es más del 90 por ciento –igual que en los mayores de 64 años-, luego, tenemos que aprovecharlo. ¿Cómo lo hacemos? Formando a los pediatras. ¿Qué ha hecho la Consejería? Este año hemos dado cuatro cursos a pediatras enfocados sobre todo a la prevención.

No hemos hablado aquí –y es un factor importante en la génesis de la caries- de la alimentación, los azúcares extrínsecos, porque la caries está enmascarada como si fuese una causa multifactorial, pero no, es una causa única. Son los azúcares extrínsecos que están añadidos a todo:

en el zumo que me enseña el niño, en la pizza, en el Bollycao, etcétera. Esta es la verdadera causa de la caries y no lo digo yo, lo decía un preventivista inglés, y lo dice la Organización Mundial de la Salud, que trata cada año de restringir el porcentaje de azúcares aunque siguen siendo altísimos; los últimos datos están en un 10 por ciento, aunque hay un grado de recomendación del 5 por ciento, pero este hombre decía que no debía ser más de un 2 o un 3 por ciento, y en eso ustedes tienen mucho que hacer, más que nosotros. Si se pudiera legislar, no punitivamente sino en positivo, para facilitar a las empresas que cambiaran estos azúcares por unos azúcares no cariogénicos.

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

El Sr. **MÉDICO ESTOMATÓLOGO DEL CENTRO DE SALUD DOCTOR CIRAJAS Y COORDINADOR DE LA ENCUESTA "ESTUDIO DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID"** (Rodríguez Alonso): Sí. Creo que el Ministerio de Sanidad estaba en eso, en clasificar los alimentos en colores, como se hace en Francia. Me parece fundamental, valorando grasas, dietas, azúcares, sal y valor nutritivo. Me parece fundamental.

En cuanto a las recomendaciones, estas las fijábamos en menores de 6 años en la dentición temporal, enfocado en la embarazada. Es fundamental trabajar con ellas porque además hay estudios –el último publicado hace dos años- en los que se demuestra que cuando se trabaja con la mujer embarazada los indicadores de salud en los niños de esas mujeres que han recibido información y formación son mucho mejores que los de los niños de las embarazadas que no los recibieron. También buscamos ver los componentes –que ya los tenemos- en esa edad de 2 a 3 años para ver si se pudiera instaurar un subprograma. Pero, insisto, se necesita una estrategia global. En los últimos diez años se ha hablado más de salud bucodental que en los veinte años anteriores, y todo lo que usted comentaba es cierto.

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que ir terminando, por favor.

El Sr. **MÉDICO ESTOMATÓLOGO DEL CENTRO DE SALUD DOCTOR CIRAJAS Y COORDINADOR DE LA ENCUESTA "ESTUDIO DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID"** (Rodríguez Alonso): Cuando usted quiera me corta.

El Sr. **PRESIDENTE**: Ya.

El Sr. **MÉDICO ESTOMATÓLOGO DEL CENTRO DE SALUD DOCTOR CIRAJAS Y COORDINADOR DE LA ENCUESTA "ESTUDIO DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID"** (Rodríguez Alonso): ¿Ya? No sé qué le iba a decir... ¡Ah, sí! Que en los últimos diez años se está haciendo mucho pero falta una estrategia global, un análisis de la situación con una meta, con una planificación y una evaluación de cada método, objetivos generales, objetivos específicos y objetivos operativos. Todo eso tiene que ir con un porcentaje. Esto es lo que vamos a hacer: vamos a fijar un 30 por ciento de mejoría para cinco o tres años.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Rodríguez, por su comparecencia y por su estudio. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

C-112/2016 RGE.1065. Comparecencia de la Ilma. Sra. Directora General de Salud Pública, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre las actuaciones que desarrolla la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en relación con la leishmaniasis. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

Solicito al Director General de Salud Pública, señor Martínez, que ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Para introducir la comparecencia, en representación del Grupo Popular, tiene la palabra el señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Buenas tardes. Señor Director General, le agradezco su presencia. El motivo por el cual el Grupo Popular ha solicitado que comparezca hoy usted en esta Comisión es para informar sobre los planes y las actuaciones de la Consejería de Sanidad en torno al problema de la leishmaniasis. La leishmaniasis, como estoy seguro que usted comentará, es una enfermedad que afecta a animales, es decir, es una zoonosis, pero también puede afectar a humanos, y cuando afecta a humanos tiene dos dimensiones: una leishmaniasis cutánea, el llamado tradicionalmente botón de Oriente, que es una enfermedad de evolución tórpida y con exacerbaciones periódicas que produce problemas y síntomas más o menos llevaderos; y también existe otra forma, que es la leishmaniasis sistémica, también conocida tradicionalmente como kala azar, que es una enfermedad gravísima, con un índice de mortalidad sustancial, y que afortunadamente no se ve mucho por estas latitudes pero que ocasionalmente aparece en nuestra Comunidad. Desde este punto de vista, la leishmaniasis es un problema de salud pública, evidentemente, que requiere una actuación por parte de la Consejería, y el Grupo Popular solicita de usted que nos informe acerca de las actuaciones, los planes, etcétera, de la Consejería en lo referente al control de esta enfermedad. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Raboso. Señor Martínez, tiene quince minutos para su intervención.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señor Raboso, señores diputados, la leishmaniasis o leishmaniosis, pues de ambas maneras se puede denominar, es una enfermedad potencialmente grave, que afecta a la mayor parte de los países de la cuenca mediterránea, como saben; entre ellos, España. Es una zoonosis -como se recordaba hace un instante- presente en gran parte del territorio peninsular, siendo el principal parásito causante en nuestro país el leishmania infantum, un protozoo, y el principal reservorio conocido es el perro, que puede sufrir la enfermedad o actuar como mero transmisor asintomático, mientras que el principal vector transmisor se llama phlebotomus perniciosus, una mosquita minúscula que es la que transmite la enfermedad. Se trata de una enfermedad de ciclo complejo, que

lamentablemente no podrá ser erradicada de los lugares donde es endémica, si bien lo deseable y lo que estamos consiguiendo es llegar a tener cifras de incidencia humana muy baja.

La leishmaniasis se transmite al ser humano a través de la picadura del vector, exclusivamente a través de la picadura; en concreto, de las hembras infectantes del flebotomo, es decir, las que han ingerido previamente sangre de un reservorio infectado por los parásitos. El periodo de actividad de este insecto comprende los meses de mayo a octubre. Esta enfermedad no se transmite por contacto directo ni por ingesta de ningún alimento ni por cualquier otra vía, siendo siempre necesaria la picadura –como decíamos- del flebotomo infectado. Como se recordaba, son diferentes las formas clínicas en las que puede presentarse esta enfermedad. En primer lugar, la más frecuente es la forma cutánea, consistente en una lesión papular que evoluciona posteriormente hacia una úlcera indolora, y –salvo sobreinfecciones- puede curarse espontáneamente o puede evolucionar hacia la cronicidad; en segundo lugar, la forma más grave, la forma visceral, que es potencialmente mortal, aunque la letalidad es muy baja en nuestro contexto, evoluciona a una enfermedad febril de curso prolongado con afectación de bazo, hígado o medula ósea. El actual alto índice de sospecha de esta enfermedad entre los especialistas hospitalarios y de Atención Primaria, unido a la disponibilidad de pruebas moleculares, como la PCR, permiten confirmaciones diagnósticas rápidas e iniciar rápidamente el tratamiento de los casos.

En la Comunidad de Madrid, la leishmaniasis humana se vigila a través del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria desde el año 1997. Fue en el último trimestre de 2010 cuando se detectó –fundamentalmente en Fuenlabrada, aunque también en Leganés y en otros municipios- un aumento inusual de casos con respecto a años anteriores, iniciándose por parte de Salud Pública una investigación con distintas estrategias. En concreto, se intensificó la vigilancia epidemiológica reforzándose la coordinación tanto con Atención Primaria como con Atención Especializada; se realizaron labores por los epidemiólogos de área que, coordinados con los hospitales de Fuenlabrada, los centros de Atención Primaria y las Concejalías de Sanidad, permitieron mantener informados a los profesionales médicos y de enfermería con objeto de favorecer el diagnóstico y el tratamiento precoz de los casos; se hizo una búsqueda retrospectiva de casos a través de diferentes puntos de información y se profundizó en la investigación epidemiológica de las personas enfermas a través de un cuestionario ampliado con información relacionada de su domicilio o su entorno laboral, hábitos, ocio, etcétera; se realizó un estudio mediante sistemas de información geográfica para detectar pautas espaciales, elaborando mapas que nos permitieran relacionar casos con factores de riesgo asociados, a fin de adoptar las medidas de prevención y control para paliar el problema. Aunque la zona inicial de aparición del brote fue Fuenlabrada, se amplió, al haber nuevos casos, hacia Leganés, Getafe y Humanes de Madrid.

Evidentemente, la situación epidémica o de brote requirió el asesoramiento científico que aún persiste a través del Instituto de Salud Carlos III, que alberga el Centro de Referencia de la Organización Mundial de la Salud para el Control de la leishmaniasis, con la Cátedra de Entomología en la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Complutense de Madrid, con el Laboratorio de Vigilancia de la Facultad de Veterinaria de la Universidad Complutense de Madrid -VISAVET- y, por

supuesto, en coordinación con el Centro de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad y el Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid en su papel coordinador de las clínicas veterinarias de la zona. Se investigaron fundamentalmente y al inicio los perros, por el ser el principal reservorio; se realizaron en colaboración con el Colegio Oficial de Veterinarios detecciones a más de 1.000 perros, en concreto 1.520 animales, encontrándose una prevalencia de leishmaniosis del 2,2 por ciento en global y del 1,2 por ciento en los 1.372 perros mascotas. Por lo tanto, la prevalencia era muy baja y así se pudo descartar que fuera el perro en este brote, lo cual fue una verdadera sorpresa desde el punto de vista científico y desde el punto de vista salubrista, porque lo usual habría sido que fuera el perro.

Por lo tanto, dados estos resultados, se intensificó la búsqueda y, a través del Comité Científico Asesor, se decidió estudiar otras especies abundantes en la zona que pudieran actuar como potenciales reservorios, ya que este brote era absolutamente inusual y no seguía ningún patrón conocido. En agosto de 2011 se inició esta investigación, obteniéndose en los nuestros realizados una prevalencia muy alta en liebres infectadas por leishmania hasta en un 33 por ciento. A partir del año 2012 ya los resultados de la investigación realizada en el Carlos III demostraban que las liebres eran capaces de transmitir la enfermedad al cumplir los postulados de Koch, se vio como a su vez la liebre era capaz de infectar al flebotomo. De hecho, las liebres infectadas podían contagiar a su vez a flebotomos del orden del 6 por ciento porque, prácticamente, todos los flebotomos capturados contenían en su estómago sangre de liebres y conejos. Así que se demostró por primera vez la relación enzoótica de liebre, conejo y leishmania como portadores, reservorios y transmisores de una enfermedad, que generalmente estaba asociada a otros animales como el perro y, desde luego nunca se había producido en el mundo una situación parecida.

Hemos podido reunir una cantidad de información científica suficiente como para ser la principal Ponencia del Congreso Mundial de Leishmaniasis celebrado en Toledo el año pasado, constituida a través de esta obra casi monumental que nuestro, fundamentalmente hecha por científicos y técnicos de la Comunidad de Madrid, sobre el brote de leishmaniasis de Fuenlabrada y los municipios vecinos. Los lepóridos en conjunto demostraron ser capaces de transmitir el parásito a los flebotomos entre el 1y el 5 por ciento.

Asimismo, se intentó y se consiguió realizar la investigación vectorial y el control vectorial. Se desarrolló un Plan de Vigilancia del Vector transmisor de la enfermedad y se han llegado a capturar 141.000 flebotomos en 729 trampas, identificándose en la Facultad de Biología de la Complutense. La situación de la densidad de los flebotomos en la zona es absolutamente inusual, porque la media de todos estos años es de 121 flebotomos por metro cuadrado, cuando por encima de 50 insectos por metro cuadrado es suficiente para mantener la transmisión de la enfermedad.

Las medidas de prevención y control implantadas en esta enfermedad tan compleja, en la que intervienen varios reservorios difíciles de controlar y un vector con un ciclo biológico muy especial, en el que las fases inmaduras se desarrollan en áreas dispersas y de difícil acceso, hace muy difícil realmente su control, pero ya a partir del año 2011 se diseñó y se puso en marcha, con el

asesoramiento de los expertos, un Plan de Control Ambiental que incluyó un Plan de Desinsectación a través de empresas especializadas. Hago el inciso de recordar que la competencia del control vectorial es municipal, con lo cual la labor de coordinación es fundamental a la hora de trabajar desde la Comunidad de Madrid en el ámbito de este fenómeno de salud pública. La coordinación y ejecución de este plan también recayó sobre la Consejería de Medio Ambiente, como es natural, en los parques gestionados por la Comunidad de Madrid.

Estas actuaciones son de gran complejidad no solo por su tipología de naturaleza sino por la gran extensión de la superficie afecta y el número de entidades implicadas, como digo. No solamente interviene los ayuntamientos, la Dirección General de Carreteras e Infraestructuras de la Comunidad de Madrid sino también el Ministerio de Fomento, ADIF, la Confederación Hidrográfica del Tajo, el Canal de Isabel II, Red Eléctrica Española y el campus de la Universidad Rey Juan Carlos de Fuenlabrada.

Estas actuaciones se han mantenido y potenciado en los últimos años. Se han identificado y cartografiado 18 parques y jardines urbanos en el área de Fuenlabrada. Se ha desbrozado la franja de seguridad de más de 200 metros en estos parques. Se ha procedido a la poda, desbroce y retirada de residuos en Bosquesur y Polvoranca, así como el tratamiento, desbroce, limpieza y desinsectación de los márgenes de carreteras, que no les enumero por no aburrir, de la M-406 en adelante; también la limpieza y eliminación de vegetación de los registro pluviales de Bosque Sur y la clausura de registro de la red de alumbrado de Bosque Sur porque eran lugares donde fácilmente proliferaban los flebotomos.

Además, ha habido que hacer medidas de control ambiental basadas en el reservorio; el reservorio son los lepóridos, las liebres y los conejos. Ha habido que destruir vivares o madrigueras, centenares de vivares, en el entorno de los cascos urbanos de las localidades que les menciono y se ha intentado modificar el hábitat del vector a través de la eliminación de vegetación, restos de poda, materia orgánica, etcétera. La desinsectación por nebulización se ha practicado sistemáticamente en Bosque Sur, Polvoranca y las zonas limítrofes. Sin embargo, hay que reconocer que su eficacia en la disminución del vector es limitada por la particular ecología de la zona y porque, evidentemente, tampoco podemos tratar el problema de salud pública desde una insensibilidad al problema de sanidad ambiental, que también existe, es decir, todo tiene que coexistir.

Respecto al control de los lagomorfos, se han retirado 2.748 conejos y 2.128 liebres, a falta de los datos de estos últimos meses. Piénsese que no hay ningún tipo de predador natural en la zona y que, por lo tanto, la proliferación de estos animales ha llegado a tener unas densidades asombrosas que ha habido necesariamente que controlar gracias a la Consejería de Medio Ambiente y a los municipios afectados.

Además, se ha generado un plan de comunicación e información a la población con la producción y distribución de más de 100.000 folletos informativos dirigidos a propietarios de perros y

a las protectoras de animales, a través de las redes sociales, a través del Colegio de Veterinarios, y hacia los profesionales sanitarios.

En fin, no quiero extenderme más. Por supuesto, contestaré con mucho gusto a todos sus comentarios y a todas sus observaciones. Simplemente quiero decir que la situación epidemiológica es francamente favorable. Ya no es esta zona mencionada la principal en aportar casos humanos en la Comunidad de Madrid, puesto que en 2017 se detectaron en conjunto en la Comunidad de Madrid 87 casos, de los que 27 fueron del brote de la zona que mencionan. Por lo tanto, sin ningún tipo de triunfalismo, sino todo lo contrario, trabajando plenamente en colaboración con las instituciones que les he mencionado y gracias a los técnicos de la Dirección General de Salud Pública y también de los ayuntamientos, incluyendo al Ayuntamiento de Madrid -que últimamente se ha incorporado también en algún modo-, podemos decir que se ha producido un descenso muy intenso y progresivo del número de casos humanos, que nos acerca a la normalidad, y hay que indicar también que la Comunidad de Madrid ha contribuido decididamente al conocimiento científico de esta enfermedad y a las estrategias de control, que serán útiles, sin duda, en todos los países afectados de la cuenca mediterránea. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Martínez. A continuación tiene la palabra el señor Veloso por tiempo de siete minutos.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Muy buenas tardes, señor Martínez. Del informe de la situación de la Leishmaniasis en la Comunidad de Madrid usted ha sacado la conclusión de que actualmente no es algo preocupante; pero, efectivamente, usted mismo ha mencionado el brote que se produjo en 2010 en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid. Ese brote tiene dos características fundamentales y que me ha parecido que usted no ha querido recalcar, o no le he oído hacerlo; sin embargo, ahí está precisamente la relevancia de este brote: primero, fue el mayor brote conocido en la cuenca del Mediterráneo, por la amplitud y el número de personas afectadas, y segundo, se produjo un cambio de patrón epidemiológico respecto al que habitualmente sucede en este tipo de enfermedad. Hubo un cambio de patrón, puesto que de una enfermedad rural, ligada principalmente a las mascotas tipo perro y con un número pequeño de casos humanos, pasamos a una enfermedad de tipo más bien urbano y con nuevos reservorios que usted ha mencionado, las liebres y los conejos. Hubo un incremento muy notable del número de casos humanos y de la superficie afectada. Esa es la singularidad en este caso de Fuenlabrada, Getafe o Leganés, de la zona suroeste de la Comunidad de Madrid.

Usted también ha hecho alusión a que la prevalencia de la Leishmania fue alta en Bosquesur, en Parque Polvoranca y en el entorno de la M-50. Lo que nosotros le vamos a plantear específicamente es que, dado que esta enfermedad es difícil de controlar, lo que se puede hacer es prevenirla. Si se detecta a tiempo, es evidente que no es una enfermedad mortal, por lo que lo aconsejable es realizar unos análisis que son rutinarios y periódicos, y que se realizan habitualmente en los meses de invierno para su detección precoz. Fundamentalmente consiste en un análisis de sangre, que tengo entendido que cuesta alrededor de 16 euros; es un test rápido de sangre que, si da

negativo, no se repite hasta el próximo año y, si sale positivo, se tiene que realizar un análisis más completo y sin perjuicio de ponerle tratamiento. Entonces, la pregunta es si ahora mismo en la Comunidad de Madrid, desde la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, se está impulsando algún tipo de campaña de detección precoz de la Leishmania en la Comunidad de Madrid y cómo están promocionando esa campaña.

También me preocupa la vigilancia y el control del reservorio de los animales de compañía y de la fauna silvestre, pero también la vigilancia y el control del vector. Usted dice que existe una coordinación con los municipios de esa zona especialmente, porque supongo que siguen tratando de una forma especial a estos municipios de Fuenlabrada, Getafe, Leganés, sin perjuicio de otras actuaciones que hagan en el resto del territorio de la Comunidad de Madrid, pero lo que me interesa en particular es saber cómo están articulando ustedes esta coordinación con los municipios y si hay algún tipo de coordinación también articulada desde la Consejería de Sanidad con la Dirección General de Medio Ambiente y con el Ministerio de Sanidad, que imagino que también la habrá, pero como usted no ha hecho mención a ello a lo mejor en el segundo turno entra en ese detalle.

También ha hecho usted alusión a un plan de lucha antivectorial y de desinsectación en las zonas de riesgo; entiendo por zonas de riesgo que usted se refería a las escombreras, vertederos, alcantarillado, los parques, las aguas pluviales de todos estos lugares. ¿Cómo se está desarrollando ese plan de desinsectación? ¿Cuánto dinero está invirtiendo la Comunidad de Madrid en este plan?

También me interesa la campaña de comunicación. Usted hace alusión a la misma y, efectivamente, es vital; la educación sanitaria sigue siendo primordial para el control de las enfermedades de tipo epidemiológico. Pero, entonces, claro, la cuestión es quién hace la campaña de información. ¿La hace la Consejería de Sanidad? ¿La hacen los ayuntamientos? ¿La hace el Ministerio de Sanidad?

También nos interesa -y con esto acabo- saber si existe algún tipo de protocolo de vigilancia de la enfermedad en estas áreas en las que se produjo el brote especial en el año 2010 en relación con los médicos de Atención Primaria y médicos de Atención Especializada para considerar el diagnóstico diferencial de leishmaniosis. Nosotros entendemos que si nadie está investigando esta enfermedad es sencillamente porque no es rentable; no es rentable para los laboratorios, los laboratorios no invierten en avances en los medicamentos. De hecho, quizás eso fue lo más llamativo que ocurrió en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas, en mayo de 2018, que se celebró en Bilbao, cuando uno de los ponentes dijo que hoy en día esta enfermedad, que no tiene cura, para ser tratada cuenta con una lista de cincuenta fármacos posibles para su tratamiento, que fue elaborada ni más ni menos que hace setenta años. Este ponente decía que, por tanto, la responsabilidad es de todos para combatirla, poder abordarla y prevenirla para que no nos acabe afectando a los humanos. Entonces, el remedio de esta enfermedad tropical dice que está muy claro: se llama voluntad política, y yo le pregunto, señor Director General, cuál es la voluntad política que manifiesta el Partido Popular, a través de su Gobierno, en relación con el tratamiento de esta enfermedad. Nada más. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Veloso. Tiene la palabra la señora García Gómez por un tiempo máximo de siete minutos.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, Presidente. Señor Director General, bienvenido otra vez a esta Comisión. No voy a ocultar mi asombro por esta comparecencia; entiendo que es importante hablar de las zoonosis, pero no sé si este es el lugar para hablar de todas las zoonosis cuando, según usted nos ha manifestado, no estamos en un momento de especial brote, de especial epidemia o algo similar. Pero, bueno, si nos sirve para hacer un repaso de enfermedades infecciosas y zoonosis, nos viene bien, y también nos sirve para repasar cómo está la Dirección General de Salud Pública.

Usted nos ha hablado del brote del año 2010 y de todas las medidas que se instauraron, los mapas que se hicieron, de los mapas y de los planes de vigilancia. Yo también quería recordar que el año 2010 fue el año en el que se eliminó la Dirección General de Salud Pública. Me gustaría que usted hiciera un análisis de esos años en los que no ha habido Dirección General de Salud Pública ni Instituto de Salud Pública, de cómo ha podido repercutir en todos esos mapas, en todos esos datos epidemiológicos, en todas esas estadísticas que se supone que deberían haber tenido continuidad pero sin las instituciones que deberían haberlo realizado. Le pregunto si usted considera que se han perdido los datos durante esos años, si siguen estando o ha habido una evolución lógica de las estadísticas.

Usted nos ha hablado de que ahora hay una situación epidemiológica favorable y, ya que está aquí, nos gustaría preguntarle cuáles han sido o siguen siendo las medidas de control actuales de los vectores, de los animales, de los reservorios; cuál es la epidemiología actual, cuáles son los estudios, si ustedes tienen suficientes recursos humanos para realizar todos los estudios epidemiológicos necesarios de todas las zoonosis, porque esta es una de tantas zoonosis que tenemos en la Comunidad de Madrid. Seguramente esta está marcada por ese brote que fue famoso, pero, efectivamente, queremos saber si ustedes mantienen una buena planificación de las zoonosis. ¿Qué planes de vigilancia tienen ahora mismo sobre el vector, sobre los animales, sobre los reservorios, sobre las campañas de animales -los animales domésticos, obviamente, porque campañas sobre animales salvajes supongo que no tendrán mucho efecto- y cómo lo están vigilando?

Hablaba el portavoz de Ciudadanos de una campaña de detección precoz de la Leishmaniasis. Espero que me diga que no la están realizando, porque no creo que podamos hacer campañas de prevención, de detección precoz de absolutamente todas las zoonosis. Y quiero que me diga qué indicadores tienen para decir lo bien o lo mal que estamos en nuestra Comunidad con respecto a otras comunidades, lo cual requiere de una coordinación con otras instituciones, otras instituciones estatales y efectivamente municipales; cómo es esa coordinación, que entiendo que no solo será para esta enfermedad sino que tiene que ser para el resto de las enfermedades.

Termino. Voy a ser muy breve, porque nos interesa más lo que usted nos cuente. Concluyo con que, si esto ha servido para que en su comparecencia un miembro del Gobierno hable bien de la coordinación con el Ayuntamiento, pues bienvenida sea esta comparecencia. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García Gómez. Tiene la palabra el señor Freire por tiempo de siete minutos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. Bienvenido a la Comisión, señor Director General. La verdad es que me sorprende tremendamente que el Partido Popular haya puesto en la agenda del día una comparecencia sobre leishmaniosis; solo encuentro un motivo plausible, pero lamentablemente no será el motivo correcto. El motivo plausible para colocar hoy este tema aquí sería que el Gobierno del Partido Popular la Comunidad de Madrid nos pidiera disculpas a los ciudadanos por cómo se gestionó el brote de 2009-2012. Sucede que entonces yo ya era portavoz en la Comisión de Sanidad y en aquel entonces los médicos de la zona de Fuenlabrada que vieron incrementar el número de pacientes -y hablo de una manera muy elogiosa de una médica de familia de Fuenlabrada, doctora Mar Noguerol- tuvieron que luchar no con éxito hasta que tuvieron ayuda externa, porque las autoridades habían suprimido la Dirección General de Salud Pública; por lo tanto, no había responsable informado de este tema, pues la persona que teóricamente era Directora General responsable de esto no tenía cualificación profesional alguna para juzgar temas sanitarios. El caso es que aumentaba el número de casos y no se reconoció oficialmente que había un brote hasta que tomó cartas en el asunto el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III. Y el gran experto mundial en Leishmania, el doctor Javier Alvar, organizó una conferencia mundial en la Escuela Nacional de Sanidad que atiende a todos los expertos mundiales, y fue cuando se puso en el escaparate que había un problema grave, un problema muy grave. A partir de entonces se empezó a solucionar, dando por terminada la epidemia en marzo de 2012.

Lamentablemente, el Director General nos ha contado cosas, pero no nos ha contado cuál es la situación actual. Y ha dado un dato que me llama la atención y me preocupa. He procurado documentarme y he visto el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid número 3, volumen 24, de marzo de 2018, que habla de que en las semanas una a trece había quince casos. Me gustaría saber cuántos de ellos son viscerales y cuántos son cutáneos; no se sabe. Cuando ha dado los datos de 2017 ha hablado de 87 casos, ¿es así, señor Director General? (*Asentimiento por parte del señor Director General de Salud Pública.*) El asunto es que tengo delante el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid número 12, volumen 23, de diciembre de 2017, y en los casos de las semanas una a la cincuenta y dos habla únicamente de 67 casos; 20 casos de diferencia son muchos. Le ruego que compruebe esto que he visto en la copia del Boletín que tengo; me ha llamado la atención.

Entonces, lo que le quería plantear es básicamente lo que ha dicho la portavoz de Podemos; sencillamente, ya que traen este caso aquí, ¿cuál es la situación actual real? Me hablan compañeros clínicos de que por lo menos en un hospital, posiblemente en el de Fuenlabrada, ha habido tres o cuatro casos de leishmaniosis visceral, y me gustaría saber qué otros casos ha habido en otros hospitales, cuál es la distribución y qué planes tienen, por un lado, de vigilancia y, por otro, de

prevención, incluyendo todo lo que hay que incluir desde las medidas de salud pública y qué porcentaje de los casos nacionales existen. Ciertamente, el RENAVE va con retraso, el último publicado es de 2015, página 72, pero cuando uno pregunta a los expertos y le dan datos más recientes resulta que en España ha habido un total de 367 casos en 2017; en 2016, 377; en 2015, 342, y en 2014, 307. La pregunta que yo le hago, señor Director General, es cuántos ha habido realmente en la Comunidad de Madrid en 2017, cómo vamos en 2018, ya que el Boletín Epidemiológico se publica con un excesivo retraso, y cuáles son las políticas de la Dirección General de Salud Pública en relación con esta patología en la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

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

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señor Director General, por su comparecencia. El brote de leishmaniosis al que usted ha hecho mención y que ha expuesto aquí cómo se detectó, cómo se abordó y cómo terminó por resolverse satisfactoriamente, fue un verdadero incidente epidemiológico de relevancia mundial para esta enfermedad. Y la verdad es que no cabe sino felicitar a la Consejería de Sanidad por la forma en la que se detectó la enfermedad y se detectaron las circunstancias epidemiológicas nuevas que configuraban este brote; se detectaron cuáles eran los nuevos vectores y se atacó el problema de una forma evidentemente resolutiva. Los hechos son los que son y vienen definidos por números que son absolutamente convincentes en este sentido. Ahora mismo, la incidencia de la enfermedad en Madrid está en unos límites aceptables para la demografía, el clima, la humedad y la hidrografía de la provincia, que dan lugar a un ecosistema muy peculiar que favorece enormemente la aparición de casos de esta enfermedad en determinadas zonas de nuestra Comunidad, pero ya digo que esto está dentro de límites normales tanto desde un punto de vista de zoonosis como desde un punto de vista de afectación de los seres humanos. Eso no ha sido una casualidad; evidentemente, eso se debe a la acción de la Consejería de Sanidad.

Cuando las miserias inducidas por un Gobierno Socialista, de todos conocidas, nos llevaron a una situación en la cual no cabía otra cosa que aquilatar al máximo los gastos allá dónde deviniera el gasto público, lo que es evidente es que la Consejería supo reaccionar y supo sacar recursos para resolver la situación. No había una vacío de asistencia bajo ningún concepto, y se ha dicho muchas veces a quien haya querido oírlo. Está aquí el doctor Alemany que, por aquel entonces, era Director General de Atención Primaria y podrá atestiguar cómo la Atención Primaria, que, en definitiva, es el brazo ejecutor de la prevención y de la salud pública, supo reaccionar adecuadamente, detectar el brote, las nuevas características y tomar medidas en un tiempo récord, porque, para tratarse de una enfermedad tropical y conseguir un control satisfactorio de la enfermedad en menos de dos años, la verdad es que no cabe otra cosa más que felicitarle.

También hay otra cosa que me ha llamado mucho la atención mientras hablaban los portavoces, y es que probablemente ninguno de ellos tiene perro, porque, si tuvieran perro, como tengo yo!, sabrían que cada vez que va al veterinario, este te aconseja que realices a tu perro una analítica para ver los posibles marcadores o presencia de infección por leishmania. Y, por supuesto,

que te propone no solamente el tratamiento en el caso de que el perro esté infectado por este parásito sino que, últimamente, podemos ver cómo las clínicas veterinarias de la Comunidad de Madrid te insisten y te exponen la posible conveniencia de realizar vacunación. Ahora mismo está disponible una vacuna, posiblemente de eficacia limitada, y, en ese sentido, quiero preguntarle su opinión, pero a todos los propietarios de perro, cuando vamos al veterinario –y aquí hay que recordar que hay que acudir al veterinario para la vacunación obligatoria contra la rabia, como mínimo una vez al año, pero la inmensa mayoría de los propietarios lo hacemos más veces a lo largo del año- nos proponen no solamente la realización de la analítica sino que nos comentan la existencia de esa vacuna. Además, las consultas de los veterinarios están sistemáticamente plagadas de folletos informativos de la Comunidad y posters, en los que informan más que adecuadamente de la existencia de esta enfermedad y previenen a los dueños de la posible aparición de síntomas en sus mascotas, de tal forma que la Leishmania, para todos los propietarios de perros es una enfermedad perfectamente conocida en esta Comunidad, gracias a la acción combinada de los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid y, por supuesto, también de los veterinarios que prestan sus servicios en esta Comunidad. Por lo tanto, afirmar que la Comunidad no ha hecho ni hace nada... Parece como si aquí el brote de Leishmania se hubiera resuelto solo por aburrimiento y que es un verdadero milagro que no tengamos más, porque pareciera, después de las exposiciones de los portavoces, que la Comunidad no llevara a cabo ninguna acción en ese sentido, cuando es rigurosísimamente todo lo contrario. Probablemente, la falta de conocimiento y la falta de mascotas en los domicilios de los portavoces que han expuesto aquí sus opiniones tiene mucho que ver con esto.

Insisto en preguntarle sobre esta nueva vacuna, que ahora mismo se nos está ofreciendo a propietarios de perros. Me gustaría saber un poco si tiene usted alguna opinión al respecto acerca de la efectividad y si se debe recomendar su aplicación en nuestros animales y hasta qué punto cree que puede ofrecer un grado de protección. A mí me han comentado que el grado de protección no llega a ser al cien por cien, como podría ser la vacuna antirrábica por poner un ejemplo, pero que ofrece un grado de protección apreciable, que, sobre todo, hace que la Leishmaniasis sufridas por los perros tenga una sintomatología más leve en los perros vacunados que en los perros no vacunados, pero insisto en que me gustaría saber su opinión.

Me asombra enormemente la acción que han hecho ustedes para la captura y análisis de flebotomos; 140.000 flebotomos es una cifra considerable. La captura de lepóridos era absolutamente necesaria y yo creo que eso es algo en lo que hay que avanzar porque, por desgracia, en la Comunidad de Madrid es muy fácil observar lepóridos en los triángulos verdes de nuestras autovías, de nuestras autopistas. Hay muchos espacios verdes que están completamente aislados al paso de personas y que son sitios en los que han llegado a colonizar los lepóridos con mucho éxito y, efectivamente, la capacidad de reproducción de liebres y conejos es conocida por todos y, posiblemente, actuar contra ellos como doctores es notablemente complejo, máxime teniendo en cuenta, como usted ha mencionado, que se sitúan en las proximidades de los entornos urbanos y, por tanto, la caza con armas de fuego no debe ser una opción.

Me han impresionado las acciones que ha realizado la Consejería en este sentido, y me gustaría saber qué planes de acción tienen para el futuro, así como para el control del flebótomos, que no es fácil, porque el flebótomos es un insecto ubicuo, que se aprovecha de determinadas circunstancias que están presentes en la Comunidad de Madrid: la densidad demográfica, la presencia abundante de ríos, etcétera, y la verdad es que no es sencillo controlarlo.

En cualquier caso le agradezco mucho su exposición. Le felicito por el logro de haber controlado este brote en esta Comunidad y, desde el Grupo Popular, le animamos a seguir con su labor. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Raboso. Para cerrar el debate, tiene la palabra el Director General de Salud Pública por tiempo de diez minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Muchas gracias. Comenzando por orden de intervención, el señor Veloso se ha referido al mayor brote, efectivamente, y además con una epidemiología distinta, como he referido, porque es un ciclo urbano, y eso claramente marca la diferencia con respecto a la afirmación genérica que ha hecho sobre la enfermedad tropical olvidada, todo esto que se menciona reiteradamente en los congresos de enfermedades infecciosas y de microbiología clínica. Cuando se hace referencia a la enfermedad tropical olvidada el entorno del que hablamos en la India, Pakistán, no tiene nada que ver con la circunstancia enteramente nueva que se ha producido en un entorno periurbano y que explotó de una manera inesperada sobre 2011, como se ha mencionado.

No existe, efectivamente, una campaña de detección precoz en humanos que vayamos a emprender, entre otras cosas porque probablemente la seroprevalencia de anticuerpos es alta en la zona de exposición al parásito y, por tanto, sería inútil, no tendría ningún significado clínico; es más, generaría una falsa alarma en las personas que tuvieran algún tipo de anticuerpo. Lo que sí verdad es que se ha intensificado y mejorado la detección a través de las técnicas de PCR, que se han hecho mucho más accesibles, por lo que el diagnóstico es mucho más rápido hoy que nunca en una muestra cutánea, sanguínea o de biopsia visceral.

Se nos preguntaba por la coordinación. Creo que he sido suficientemente explícito; en todo caso, reitero que mantenemos reuniones permanentes todos los años y varias veces con las Direcciones Generales de Medio Ambiente, Agricultura, Ganadería y Alimentación, de la Consejería de Medio Ambiente, y también con la Dirección General de Carreteras y con las Concejalías de Sanidad y Medio Ambiente de los Ayuntamientos de Fuenlabrada, Leganés, Getafe y Humanes de Madrid. Tenemos reuniones de coordinación a nivel técnico, a las que yo procuro ir, o los Subdirectores como mínimo, para mantener un impulso técnico político que dé relevancia al tema, porque, evidentemente, en la medida en que vamos controlando la epidemiología de la enfermedad humana, podría empezar a desgastarse o a perderse la sensibilización clínica que en este momento existe claramente en los Hospitales de Fuenlabrada, Leganés y Getafe. Por eso, en ese sentido –y contestando también a otro

de los intervinientes-, estamos revisando los protocolos de sospecha clínica para poder reforzar ante médicos de familia y médicos de urgencias la sospecha ante posibles casos que pudieran referirse.

Actualmente no se nos escapa ninguna notificación, señor Freire; en realidad, lo que puede suceder es que usted maneje información que está ligeramente desactualizada en relación con la consolidación de los datos epidemiológicos. Los datos que tengo, de esta mañana, extraídos de la Subdirección General de Epidemiología, exactamente son: en el año 2017, 15 casos de leishmaniosis cutánea en la zona del brote y 12 casos de leishmaniosis visceral en la zona del brote; en total, 27 casos. Para el resto de la Comunidad de Madrid: 20 cutáneas y 40 viscerales; un total de 60. Sumadas ambas cifras, son 87 casos en total en el año 2017 de leishmaniosis en la Comunidad de Madrid. Por lo tanto, ya no es la zona del brote: Leganés, Fuenlabrada y Humanes, la más relevante cuantitativamente en cuanto a aportación de casos incidentes a la epidemiología del Estado. Comunidades muy conocidas –no me gusta mencionar ninguna- no vigilaron en absoluto la leishmaniosis hasta el año 2015, de manera que, en ese sentido, también llevamos mucho adelantado.

No puedo estar contento, efectivamente, en cómo se gestionó el principio del brote –que yo también conocí-, lo que sí puedo decir es que este Gobierno la ha recuperado, la ha recuperado para bien, y creo que estamos trabajando muy activamente en todos los frentes, tanto en el ámbito de la sanidad ambiental como en otros que conocen bien.

Respecto de las novedades sobre vectores y sobre sanidad ambiental, como saben, ha aparecido, por primera vez en la Comunidad de Madrid, el *Aedes Albopictus* en algunos municipios del sureste, cosa que era una inevitable novedad, puesto que prácticamente en todo el sureste de la Península Ibérica y en el sur de España está instalado desde hace ya muchos años. Por tanto, era cuestión de tiempo que llegara a la Comunidad de Madrid. Quiero decir que es absolutamente anecdótico todavía el hallazgo, ya que no se ha generalizado, y que en ningún caso transmiten enfermedades en este momento en la Comunidad de Madrid. Solamente ha habido algún caso, concretamente de dengue autóctono, este verano, que implicó a otras comunidades, aunque uno de los pacientes fue diagnosticado en la Comunidad de Madrid.

Yo creo que, de una manera conjunta, he respondido a todos. Nosotros nunca podemos estar satisfechos; la mejor epidemia es la que no se produce, sin ninguna duda, pero, una vez que se produce, una vez que es inevitable, lo importante es actuar decididamente. Yo creo que, exceptuando aquellos primeros meses de un poco de confusión, la actuación, en conjunto –como ha podido ser aquí acreditado-, ha sido ejemplar, con una inversión tanto cuantitativa, en términos monetarios, como humana, en términos profesionales, impresionante, que ha aportado a la Ciencia –como he comentado- y a la resolución de futuras epidemias, muchos datos, puesto que hasta el hallazgo de la presencia de la parasitación en liebres y conejos es un hallazgo que se ha producido en la Comunidad de Madrid, por técnicos de la Comunidad de Madrid.

Creo que lo esencial es trabajar conjuntamente. Trabajamos muy bien con los ayuntamientos, otra cosa es lo que pueda pasar en otras esferas, pero nosotros trabajamos muy bien con todo el mundo, porque nos entendemos con todos en términos técnicos. Y la situación epidemiológica en la Comunidad de Madrid, en esta y en otras enfermedades, es bastante buena.

Respecto de la vacuna, no soy ningún experto en sanidad animal pero, por lo que me comenta mi Subdirector –que es además el Presidente del Colegio de Veterinarios de la Comunidad de Madrid, como saben- es que es una vacuna con una eficacia limitada. Tan importante como la vacunación puede ser la desparasitación de los animales o mantenerlos en condiciones de higiene adecuadas, puesto que, como sabemos, la picadura del vector es lo más importante. Además, los perros pueden sufrir la enfermedad, o sea, que realmente manifiestan síntomas, de manera que no son solo reservorios asintomáticos que transmiten. No, no; tienen síntomas, y graves, de manera que la detección precoz y el tratamiento también se les pueden aplicar a ellos. El tratamiento en España está garantizado, y en la Comunidad de Madrid está garantizado y es óptimo, no es una situación equiparable a la de otros lugares del mundo.

Esta situación epidemiológica, que irrumpió de una manera sorpresiva hace ya ciertos años, hay que decir que está francamente controlada y yo creo que traerlo a la Asamblea es una manera también de reivindicar la labor de la Dirección General y de hacer visible y patente la labor de coordinación de todas las Administraciones que, se diga lo que se diga, funcionan y sirven para mejorar la salud de los madrileños. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. (*Pausa*).

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Pasamos al siguiente punto del orden del día.

C-1024/2018 RGEP.12533. Comparecencia del Sr. D. Ricardo Martino Alba, Coordinador de los cuidados paliativos pediátricos del Hospital Niño Jesús, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre situación de los paliativos pediátricos en nuestra Comunidad Autónoma. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Solicito al señor Martino Alba que ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Al tratarse de una comparecencia por el artículo 211, en primer lugar tiene la palabra el compareciente, doctor Martino, por un tiempo máximo de quince minutos; cuando quiera.

El Sr. **COORDINADOR DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL NIÑO JESÚS** (Martino Alba): Buenas tardes a todos. Quiero agradecer a la Presidenta de la Asamblea la invitación, al Grupo Parlamentario Podemos la solicitud de comparecencia y a todos ustedes que dediquen su tiempo a un tema como este, que es minoritario, y que muchas veces la sociedad se esfuerza en no mirarlo de frente. Me van a permitir que les explique brevemente algunas

cuestiones diferenciales de los cuidados paliativos pediátricos que entiendo que justifican de lo que vamos a hablar y, a continuación, les contaré un poco la situación en la Comunidad de Madrid y hacia dónde pensamos que tenemos que ir.

Lo primero que hay que afirmar en una situación como esta es que hay niños que mueren, y lo digo así porque lo decimos en todos los foros. Cuando muere un niño en cualquier lugar, en un entorno sanitario, todo el mundo busca un culpable e inevitablemente hay niños que mueren. Así que socialmente no hay que tener miedo a decirlo, porque no podemos transmitirle a la población que todo es curable y que todo se puede prevenir.

En la Comunidad de Madrid, en el año 2016, fallecieron unos 300 niños y a partir de ahora nos vamos a referir a menores de 20 años. Para que vayan entendiendo lo diferencial de los cuidados paliativos pediátricos la mitad de esos niños fallecen en el primer año de vida. Si uno pregunta cuándo se pueden establecer los cuidados paliativos es cuando sabemos que la muerte va a acontecer. De todos los niños que mueren en dos tercios de los casos la muerte es previsible, así que si solo nos dedicáramos a los niños que fallecen cada año y que tienen muerte previsible, el año pasado, que atendimos 50 fallecimientos, habríamos llegado al 30 por ciento de aquellos que requerirían cuidados paliativos pediátricos.

Hay un documento del Ministerio de Sanidad del año 2014, que se llama "Cuidados paliativos pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de atención", en el que trasponiendo datos de países europeos con una pirámide poblacional similar a la nuestra -en la que más o menos un quinto de la población es menor de 20 años- se estima que en la Comunidad de Madrid necesitarían cuidados paliativos especializados entre 800 y 1.000 niños.

¿Por qué son diferentes? Primero, por la variabilidad y el grado de desarrollo; cuando hablamos de niños, estamos empezando a hablar desde la atención prenatal hasta niños de al menos 20 años -luego les explicaré que de 20 o de 25-. Cuando se diagnostica una enfermedad durante el embarazo o hay un evento no esperado al nacimiento, hay que dar la mala noticia, hay que ofrecer alternativas y hay que acompañar el proceso. Por eso, algo característico de los cuidados paliativos pediátricos, que no van a atender nunca los paliativistas de adultos, es todo el entorno perinatal. ¡Hay infinidad de enfermedades! Nosotros estamos acostumbrados en los cuidados paliativos de adultos a que estamos hablando de personas con cáncer al final de la vida; ahora se está haciendo un recorrido hacia otro tipo de poblaciones con enfermedades, pero en España solamente un 12 por ciento de los niños que mueren lo hacen por cáncer, la mayor parte fallecen por otras enfermedades.

En relación con la atención precoz, los paliativistas de adultos empiezan a hablar ahora de enfermedades avanzadas para iniciar la atención paliativa antes en la vida de las personas, porque está demostrado que mejoran su vida, y nosotros a veces hablamos de enfermedades iniciadas, porque hay enfermedades que solo con el diagnóstico ya tienen un pronóstico; eso es algo característico en la pediatría.

Hacemos un seguimiento prolongado, porque no atendemos a los niños solo el último año de su vida; atendemos a los niños a partir de un determinado momento en que lo que podemos ofrecer para mejorar su vida en una etapa de declive clínico puede hacer que les sigamos durante varios años.

Tenemos medios diagnósticos limitados y hay que aceptarlo. A veces solo podemos decir a la familia que pertenece a este grupo de enfermedades, que su hijo tiene estas características, pero tenemos que convivir con la incertidumbre, y el manejo de la incertidumbre es algo que también forma parte de nuestro ejercicio cotidiano.

Tratándose de niños, el papel de la familia es absolutamente diferencial, también porque se involucran los hermanos, los abuelos y la familia ampliada. Hay un tema crucial que es la competencia del paciente y de la toma de decisiones; los adultos son supuestamente competentes y los niños, supuestamente, incompetentes. Así que, la toma de decisiones en pacientes no competentes también forma parte del ejercicio diario con la dificultad que tiene.

En Madrid hay aproximadamente 1.300.000 niños menores de 20 años y en los estudios recientes que se han publicado a nivel internacional las cifras de pacientes susceptibles de cuidados paliativos se han incrementado. Con estos estudios internacionales estaríamos hablando de que unos 3.500 niños pueden necesitar cuidados paliativos específicos en la Comunidad de Madrid; con lo cual, las estimaciones previas se disparan no solo para Madrid sino para toda España.

¿Cómo surge la Atención Paliativa Pediátrica en la Comunidad de Madrid? En el año 2007 el Servicio de Oncología Pediátrica del Hospital Niño Jesús plantea un proyecto de atención paliativa para los niños con cáncer del Hospital Niño Jesús, pero la Consejería le dice que no. Busca cómo mejorar el proyecto y se plantea un proyecto de atención paliativa pediátrica para todos los niños con cualquier enfermedad, en todos los lugares de la Comunidad de Madrid, que dé atención 24 horas al día, 365 días al año y que transite y sea transversal a las estructuras organizativas de Primaria y Especializada, y la Consejería, con buen criterio, dice que sí, dotando un equipo que empieza a funcionar en 2008.

En los planes de cuidados paliativos a lo largo de estos años, cuando aparecen los cuidados paliativos pediátricos en el Hospital Niño Jesús, en aquel Plan 2004-2008 estaba expresamente excluida la atención paliativa pediátrica y, sin embargo, gracias a la iniciativa en el Hospital Niño Jesús, se empieza a poner en marcha. Ya en el Plan 2010-2014, cuando se plantea mejorar la accesibilidad a los cuidados paliativos, se reconoce la Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica del Hospital Niño Jesús como el centro de una red y en el Plan 2017-2020, de Cuidados Paliativos Integrales para Todos, está presente la atención paliativa de modo transversal.

¿Quiénes somos en este momento? Un coordinador, que soy yo, cinco médicos, siete enfermeras, una psicóloga, dos trabajadores sociales, una secretaria y una farmacéutica al 70 por ciento.

¿Cuál es nuestro trabajo? ¿Qué estamos haciendo? Atendemos pacientes en el Hospital Niño Jesús, atendemos pacientes en el resto de hospitales de Madrid, atendemos pacientes en consulta externa o en otras instituciones donde están los niños y el grueso de nuestra atención es la atención domiciliaria, que supone el 75 por ciento de lo que hacemos en dedicación.

Con esto, ¿cómo nos organizamos? Somos cinco equipos; cuatro salen cada día desde el Hospital Niño Jesús hacia cualquier lugar de la Comunidad de Madrid y hay otro en el Hospital Niño Jesús que atiende a todos los pacientes hospitalizados, las consultas y toda la consulta externa. Con esos equipos y con los que somos hacemos atención domiciliaria programada, atención domiciliaria 24 horas al día, consulta externa, atendemos pacientes hospitalizados y somos consultores para toda la Comunidad de Madrid en los 26 hospitales públicos que tienen pediatría, en los centros de salud, en los colegios de Educación Especial y en los centros de servicios sociales.

Voy a dar algunos datos de lo que llevamos hecho, aunque siempre están desactualizados, porque esto es dinámico y los incorporamos cada día: llevamos unos 750 pacientes, 400 fallecidos; eso quiere decir que tenemos unos 300 pacientes en activo. En el año 2017 incorporamos 100 pacientes nuevos. ¿Eso es mucho o poco? Bueno, eso es comparable al número de pacientes nuevos de un servicio de oncología pediátrica tan importante como el del Niño Jesús. Como vemos, la proporción de pacientes con cáncer supone el 30 por ciento de nuestra dedicación y la mayor parte tienen otras cosas. El 60 por ciento se están muriendo en sus casas y en el 70 por ciento de todos los casos el equipo está presente en el momento del fallecimiento, y si no estamos presentes, vamos a firmar los certificados de defunción y a ayudar a la familia en los trámites funerarios.

Como somos referencia para toda la Comunidad de Madrid y damos atención a todos, ¿de dónde vienen los pacientes? Pues un 80 por ciento de hospitales públicos; por hospitales, es lógico que los grandes hospitales como el 12 de Octubre, el Gregorio Marañón o La Paz sean los proveedores principales de pacientes, aunque nosotros recibimos pacientes de cualquier hospital público o privado o cualquier institución. Recibir atención paliativa es un derecho y el sistema público debe garantizarlo; nosotros lo único que necesitamos es que tenga una tarjeta sanitaria para poder abrir una historia clínica, pero de dónde proceda el paciente no es indiferente y nos movemos para dar colaboración y servicio a todos los hospitales de Madrid.

Hay una realidad que expongo aquí y es que el 15 por ciento de los pacientes que atendemos son mayores de 18 años. ¿Y eso por qué? Porque hay niños que nacieron niños, que siempre han necesitado pañales, alimentación, vestido y movilización a cargo de otros y, aunque tengan veinte o veinticinco años, pesan quince o veinte kilos y nunca han dejado de ser niños. Así que, por el momento, en esa franja etaria somos nosotros quienes los atendemos, aunque estamos ahora mismo elaborando un programa de transición con la Coordinación Regional de Cuidados Paliativos para incorporar la atención de los paliativistas de adultos.

¿Quién colabora, además del Servicio Madrileño de Salud en la atención paliativa? Básicamente hay cuatro fundaciones que están poniendo su buen hacer y sus recursos colaborando:

la Fundación Porque Viven, que colabora en el transporte domiciliario, hace respiro a domicilio, fisioterapia, voluntariado, colabora en el desarrollo de nuevas tecnologías y ofrece alojamiento y ayuda a familias que vienen también de fuera de Madrid; la Fundación Vianorte-Laguna, que tiene un hospital de día para niños en cuidados paliativos; la Fundación Aladina, que está colaborando en el transporte, y la Fundación de la Obra Social de la Caixa que, mediante un programa nacional de apoyo a las unidades y equipos de cuidados paliativos que tiene, está proporcionando un psicólogo, una trabajadora social y un referente espiritual.

La buena noticia para nosotros y para los niños, por supuesto, es que ahora, en 2019, se va abrir en el Hospital del Niño Jesús una planta de hospitalización dedicada a los niños con cuidados paliativos, porque en otras especialidades hay alternativas, pero en esta no la hay, y todos los niños acuden al Hospital Niño Jesús si requieren ser hospitalizados.

¿Qué falta? Faltan hospitales de día, porque las familias necesitan seguir con su vida. Son niños que no pueden ir a un colegio de educación especial, aunque hayan ido durante muchos años y necesitan cuidados sanitarios, básicamente a cargo de personal de enfermería. Los centros de día tienen un carácter social; sin embargo, los hospitales de día tienen un carácter sanitario.

Son necesarias camas para ingresos por respiro. Piensen que en enfermedades que duran veinte años, la familia o descansa o se ahoga, y a veces es una urgencia, por claudicación familiar, dar un respiro a esa familia ingresando al niño; pero un hospital como el Niño Jesús o cualquier hospital de agudos de la Comunidad de Madrid no es un lugar para ingresar a un niño que está mal, pero estable, para que la familia descanse. En el mundo de los adultos hay alternativas y hay diferentes recursos que se pueden conjugar, pero en el mundo de los niños solo están los hospitales de agudos.

También hacen falta alojamientos para pacientes de fuera de Madrid u hogares para acoger todo el proceso de fallecimiento. Por eso, nosotros esperamos que la Fundación Porque Viven pueda abrir –tiene un proyecto para hacerlo– el primer centro pediátrico de atención paliativa, al modo de los hospices en Reino Unido, que son el gold standard de lo que se ofrece en atención paliativa pediátrica en el mundo.

Ojalá podamos tener la red completa de atención paliativa pediátrica en la Comunidad de Madrid, con el Niño Jesús como centro, porque, con buen criterio, desde el principio se ha podido estructurar y estratificar bien la atención, creciendo desde dentro hacia fuera, aunque ha habido otras iniciativas de hacer unidades en otros sitios, siempre la Consejería, con buen criterio, ha pensado que es mejor que haya unos pocos que tengan mucha experiencia en una patología tan compleja y en unos niños tan diversos, para desde ahí dar atención a toda la Comunidad de Madrid. Esperamos que podamos tener más centros de atención y respiro como un hospital de día; ojalá pueda existir este centro residencial para niños en cuidados paliativos y poco a poco vayamos incorporando referentes de paliativos pediátricos en distintos ámbitos asistenciales de la Comunidad de Madrid.

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

El Sr. **COORDINADOR DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL NIÑO JESÚS** (Martino Alba): Gracias; me sobra. Termino. ¿Cuál es el futuro? Desarrollar el Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad; incorporar los perfiles de competencias en cuidados paliativos a los procesos de selección de profesionales para equipos de paliativos, y ya se está haciendo un trabajo en competencias desde Recursos Humanos y los primeros perfiles que se han elaborado son los de cuidados paliativos; implementar los recursos específicos para dar respuesta a las necesidades; hacer un estudio epidemiológico en la Comunidad de Madrid para conocer las necesidades reales, porque estamos trabajando con datos de otros y con estimaciones de otros, y ya nos estamos moviendo para poder empezar a realizar este estudio; integrar los ámbitos sociales y educativos con las necesidades sanitarias de los niños; utilizar para la atención a domicilio vehículos de energías limpias para no tener dificultades de acceso a los domicilios de la zona urbana de Madrid; integrar los sistemas de historia clínica electrónica y telemedicina para mejorar la atención de los niños en sus domicilios, y también hacer sostenible la atención paliativa pediátrica integral incorporando las iniciativas del Tercer Sector y de la sociedad civil a la red de atención paliativa pediátrica.

Tengan esperanza, porque nosotros nos ocupamos de la vida de los niños, porque morir es solo un día. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Martino. A continuación harán uso de la palabra todos los grupos políticos por orden inverso de representación parlamentaria. En primer lugar, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, don Enrique Veloso Lozano, por siete minutos.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Muy buenas tardes, doctor Martino Alba. Yo creo que usted ha hecho una exposición bastante clara de la situación de los cuidados paliativos pediátricos en la Comunidad de Madrid y, sobre todo, de las carencias que tenemos a día de hoy.

Usted ha empezado dando datos que la verdad es que para mí son difíciles de comprender y de asumir; asumir que hay 300 niños que mueren cada año es difícil. A raíz de su intervención, lo que yo le estoy entendiendo es que lo que es evidente es que es una necesidad creciente. Es una necesidad creciente para la pediatría que existan unos servicios, una atención específica de paliativos pediátricos, porque es algo que debe existir, que debe acomodarse a las necesidades de estos pacientes en cada momento de su vida.

Precisamente ahí es donde está una de las claves que me ha llamado la atención de su intervención, porque dice que ustedes ya en 2007 plantean a la Comunidad de Madrid la creación de esta Unidad, y no es hasta el 2008 cuando se crea, cambiando una serie de planteamientos iniciales, pero en realidad es desde el 2008 cuando tenemos que existe y funciona una Unidad de Cuidados Paliativos en el hospital donde usted trabaja, en el del Niño Jesús, y además presta el servicio para toda la Comunidad de Madrid, desde ese hospital, insisto; es la única Unidad con esos profesionales

que usted ha mencionado de médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, etcétera. Ahí es donde yo le pregunto, por qué usted cree que desde 2008, que han pasado ya 10 años desde la creación de esta Unidad, y a raíz de su actividad, de la asistencia que ustedes realizan no solo a los pacientes sino a las familias, la Consejería no ha creado esos centros de día que usted decía, que es algo que ahora mismo falta, o esas camas que también son necesarias, digo camas de pediatría dedicadas para esos cuidados paliativos, que tampoco existen.

Usted decía que en los presupuestos de ahora, de 2019, se incluía dentro del proyecto de reforma de este Hospital Niño Jesús un apartado para la creación de la unidad de excelencia, que comprende un ala del Hospital Niño Jesús dedicada a paliativos pediátricos. Yo le pregunto si con el ala de ese hospital, que supongo que, por supuesto, es un avance, es un paso más para consolidar esta Unidad, este servicio, realmente es suficiente. Porque usted ha dicho, además, que existen 26 servicios de pediatría en 26 hospitales de la Comunidad de Madrid y, sin embargo, ustedes son la única Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos que presta ese servicio en toda la Comunidad de Madrid. Entonces, ¿a qué se debe esa situación? Porque nosotros hemos tenido previamente una reunión, y nos estuvo comentando que existen unos mecanismos de coordinación claramente con los distintos servicios de pediatría de estos hospitales, y quizás habría que insistir por ahí, por esa labor.

Usted ha hecho mención también al modelo británico de centro de día de cuidados paliativos pediátricos, al modelo hospice, y yo le pediría que en su segundo turno, si puede, nos explicara un poco el porqué de esa apuesta. Cuáles son las ventajas de este modelo; por qué debería ser ese. Yo entiendo que usted apuesta por ese modelo -y sé por qué- básicamente porque es la forma de garantizar una cierta calidad en los cuidados paliativos pediátricos, insisto, no solo para el paciente sino también preocupándose ustedes por los familiares, por el entorno de ese paciente.

Le pregunto también por los fisioterapeutas, que me parece que también es algo importante puesto que, como usted sabe, los pacientes tienen que realizar esos desplazamientos hacia el hospital y quisiera saber si ustedes algún tipo de planteamiento alternativo para poder favorecer la prestación de esa asistencia.

Voy acabando. Respecto a los indicadores, quizás echo de menos un planteamiento al hablar de ese desarrollo del Plan de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, si ustedes también plantearían la necesidad de establecer unos indicadores como garantía de esa calidad en la prestación de esos cuidados paliativos y de la cualificación de los equipos profesionales que deben cubrir todas esas necesidades de los pacientes y de los familiares, porque el objetivo es conseguir el máximo bienestar y calidad de vida, tanto de pacientes como de sus familias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Tiene que terminar.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Acabo simplemente dándole las gracias; mi máximo reconocimiento desde nuestro Grupo a la enorme labor que está realizando todo su equipo como profesionales en este ámbito de los cuidados paliativos de pediatría. Espero que sigan desarrollándola muchos años más. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Gracias. Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, la señora García Gómez.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, señor Vicepresidente. Lo primero, le doy la enhorabuena, doctor Martino Alba, y le agradezco muchísimo la exposición. Nuestro Grupo Parlamentario le ha invitado porque, tras la charla que tuvimos con usted en el Niño Jesús, nos pareció que era importante que la clase política en sede parlamentaria conociera esta realidad, una realidad que es cruda pero que no por ello es menos real y que es bastante invisible. Su primera diapositiva es bastante cruda: los niños se mueren; entonces, con esa realidad hay que trabajar. Ustedes trabajan desde hace mucho tiempo, pero es verdad que es una realidad que igual no se ve en el otro lado. A nosotros nos gusta trabajar lo que hemos venido a llamar: política basada en la evidencia y en la realidad de lo que está ocurriendo. Este es uno de los temas que te hace bajar a la tierra y te hace pensar en las prioridades que tiene que tener un sistema sanitario, y no se me ocurre una prioridad mayor ni un caso más ejemplarizante de una población más vulnerable y donde creo que tiene que estar la base de la pirámide de todos los cuidados y prácticamente de todo nuestro sistema sanitario. Nosotros hemos trabajado con un grupo de trabajo de padres con hijos con discapacidad o con alguna enfermedad y no alcanzamos a entender cómo sigue siendo una población a la que, de alguna manera, ni el sistema sanitario ni los sistemas sociales están llegando al cien por cien de una manera integral.

Usted nos ha dado varios datos; por ejemplo, que va a haber entre 700 y 1.000 casos de necesidades. Yo le pregunto si cree que ustedes están preparados para asumir esas necesidades, esos retos del futuro.

Es verdad que cuando se habla de paliativos a casi todo el mundo le viene a la cabeza los paliativos oncológicos, y es verdad que los niños abren otra realidad muy diferente, que no son los paliativos oncológicos, que requieren de otras necesidades porque son otros procesos y otros procedimientos. También se abre otra realidad, que es la de las familias. Esto pasa con todos los tratamientos y con todos los equipos paliativos, obviamente, pero aquí se abre, digamos, un diagnóstico y un tratamiento que tiene que incluir a la familia. En 2008 surge su unidad, usted nos ha hablado de la Unidad de Atención Integral a Paliativos del Hospital Niño Jesús, y nos gustaría saber - porque nosotros hemos tratado aquí una Ley de Muerte Digna en la que hablábamos de que hubiera no sé si este tipo de unidades pero sí algo muy parecido en los hospitales- si usted considera que este tipo de unidad que tienen ustedes en el Niño Jesús es replicable en otros hospitales a través de una centralización, que puede ser el mismo Niño Jesús, y cómo podemos tener más equipos, porque a mí me llama muchísimo la atención los pocos profesionales que son.

Realmente creo que no debe haber profesionales con mayor eficiencia, porque usted me ha hablado de cinco médicos y siete enfermeras dando una asistencia domiciliaria 24 horas, con todas las complicaciones que ello tiene y asistencia familiar en un proceso muy complicado, y me parece que los recursos son muy escasos; muy escasos cuando estamos hablando de una Comunidad en la que este año hemos propuesto que nos vamos a gastar 312 millones en unos aparatos, en una tecnología

robótica que no ha demostrado que beneficie a la cirugía, como la laparoscópica que ahora tenemos. De esas prioridades, teniendo un gasto contenido y limitado, nos preguntamos por qué siempre dejamos a este tipo de poblaciones con unos recursos que ahora mismo son absolutamente escasos. Porque, con este equipo que usted me dice, deben hacer ustedes una o dos guardias a la semana, ¿no? (*Asentimiento.*) Con todo lo que ello conlleva además de atención domiciliaria que, insisto, creo que es una pata muy importante y muy complicada, más complicada que la propia Atención Hospitalaria. Usted nos ha dicho que ustedes cuando se produce un fallecimiento están en el 70 por ciento, es decir, que acompañan a las familias, acompañan en el proceso, no solamente hacen la parte médica asistencial, sino también la parte social y la parte humana, psicológica, etcétera, todo lo que se podría englobar dentro de la humanización de la asistencia, un claro ejemplo de lo que es el paradigma de la humanización de la asistencia. Usted nos ha dicho que más de un 15 por ciento tiene más de 18 años y hablando con las familias, a las que incluso hemos hecho una encuesta, nos dicen que una de sus demandas efectivamente es sobre la cantidad de copagos que hay, que no solamente tienen que ver con la parte farmacéutica sino que tienen que ver con los pañales, con las sondas de aspiración, con las obras que tienen que hacer en casa para adaptar su domicilio, con los colchones, con las camas, etcétera, y todo eso no está cubierto. Cuando nosotros hicimos la encuesta nos dimos cuenta de que todas las ayudas y subvenciones que hay no llegan a cubrir los gastos que estas familias tienen. Insisto, creo que es una prioridad porque estamos dejando una de las capas más vulnerables de nuestra sociedad desatendida en alguna parte.

Usted nos ha hablado también en una de las diapositivas de que atienden a otras comunidades: Cuenca, Murcia y Ciudad Real, y me gustaría que nos contara cómo hacen esto, porque esas familias requieren alojamiento y una acogida, ya que supongo que no serán procesos cortos sino, al revés, procesos largos. Por lo que he podido entender, parece ser que lo cubren las fundaciones. Estamos cubriendo con fundaciones una asistencia que creo que tiene que ser cien por cien responsabilidad de las Administraciones Públicas. Usted nos ha hablado de cuatro fundaciones que cubren necesidades que no estamos cubriendo ahora mismo en la parte pública, con el añadido de que además el año pasado tuvimos problemas con el IRPF de este Tercer Sector -no sé si a estas fundaciones les llegó, pero algunas tuvieron problemas en la financiación a través del IRPF-, con lo cual se ha añadido en muchas de estas organizaciones sin ánimo de lucro un hándicap mayor. Insisto, usted ha puesto una diapositiva que habla de qué falta. Me parece que lo más importante y creo que es por lo que estamos aquí en sede parlamentaria es para pedirle a las instituciones públicas, a los políticos lo que falta y decirles cuáles son las necesidades.

El Sr. **PRESIDENTE**: Señoría, tiene que ir terminando.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Nos ha hablado de un proyecto de un Centro Pediátrico de Atención Integral Paliativa y me gustaría que nos contara cómo se va a financiar, si algo puede hacer la Comunidad y si ese centro podría ser un centro de la Comunidad, de la misma manera que tenemos residencias para mayores; un centro que sea, básicamente, si no de titularidad pública, financiado o cofinanciado a través de la Comunidad.

Ya termino. Usted hablando de futuro se ha referido a la Historia Clínica Electrónica y a las iniciativas del Tercer Sector, creo que aquí tenemos una tarea pendiente como sistema sanitario, que es cómo integrar bien una Historia Clínica que ahora mismo es poco ágil, poco intuitiva y poco integral para todos los sistemas. Es difícil trabajar con herramientas que no nos sirven a los profesionales y que son propias de todo el sistema. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, doctora García. A continuación tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, don José Manuel Freire Campo, por tiempo de siete minutos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señor Presidente. Doctor Martino, gracias y enhorabuena por su buen trabajo y por su excelente presentación. Le agradezco al Grupo proponente que haya permitido que nos enteremos hoy de que hay un grupo de paliativos en Madrid que hace un trabajo como el que usted ha mostrado aquí. Realmente no tengo más que añadir sino, sencillamente, preguntarle en qué le puede ayudar a usted la acción política a su trabajo o a los cuidados paliativos de los niños de la Comunidad de Madrid que se pueda hacer desde la Asamblea o desde el Gobierno. Ha mencionado algunos aspectos, como la participación del voluntariado o del Tercer Sector en los servicios públicos, con los que nosotros claramente no estamos en contra; es frecuente en otros países, tiene una mayor agilidad y permite llegar a donde a veces es difícil directamente con el sector público. Lo que nos gustaría saber es qué otras necesidades van ligadas estrictamente a los servicios médicos. Usted seguro que sabe que en octubre de este año el Parlamento británico hizo un estudio de todos los grupos justamente en las necesidades de paliativos infantiles. Ahí una de las cosas que vienen es claramente no solamente lo médico porque cuando una familia tiene la enorme carga moral, física y médica de un niño que está en estas circunstancias son muchas las necesidades. ¿Qué opina sobre cómo mejorar la coordinación con servicios sociales, con servicios educativos? Porque, a pesar de que la expectativa de vida sea corta, hay necesidades. He visto que ha mencionado algo en las diapositivas. En definitiva, aparte de felicitarles por su trabajo, lo que quiero decirle es eso.

Hay una pregunta técnica que casi la ha resuelto usted, ¿es mejor tener un equipo especializado como diana en toda la Comunidad de Madrid que quizá muchos equipos? Sería bueno que reiterara esta visión. También le pregunto cuál es el impacto que puede tener la Ley 4/2017, de Muerte Digna, en su trabajo futuro y cómo cree que se debería avanzar en hacer que los principios de esta ley llegaran también, y de una manera muy especial, a la población a la que usted se dedica. Esto es todo. De nuevo, gracias y enhorabuena.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Freire, sobre todo por su brevedad. A continuación tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, doña Pilar Liébana, por tiempo de siete minutos.

La Sra. **LIÉBANA MONTIJANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, doctor Martino, por su presencia en esta Comisión y por esta explicación tan detallada que nos ha dado de cuáles son los cuidados paliativos para niños en la Comunidad de Madrid. Le felicito por esta labor y

también por la solidaridad que manifiestan en su trabajo, puesto que se atienden a pacientes de otras comunidades, concretamente, como les he dicho, Valdepeñas y Cuenca, en Castilla-La Mancha; Murcia, y Barcelona, en Cataluña. Es toda una labor por su parte.

Yo tengo unos datos de la Organización Mundial de la Salud que dicen que cada año más de 20 millones de personas necesitan cuidados paliativos, de estos 20 millones, un 6 por ciento son los que se destinan a los niños. Como usted nos ha explicado, doctor Martino, la atención paliativa no se encuentra limitada únicamente a los últimos días de vida de estos niños, sino que se aplica a medida que la enfermedad progresa en función de las necesidades del propio enfermo y de sus familias. En este sentido, los cuidados paliativos abordan la asistencia del enfermo a través de un equipo multidisciplinar de profesionales de una manera integral, respetando sobre todo la autonomía y la dignidad del paciente en cada momento.

Quiero destacar que esta atención se centra en el cuidado de las necesidades en todas las facetas del ser humano -la física, la emocional, la social, la espiritual- y se consigue gracias a la colaboración de todos los niveles asistenciales y todos los recursos sociosanitarios disponibles.

Según los datos de los que dispongo de la Consejería, nuestra Comunidad dispone de un gran abanico de unidades y dispositivos que trabajan en la atención paliativa. Disponemos de 44 recursos específicos, que están formados por un total de 90 equipos, con un total de 540 profesionales especializados y una dedicación exclusiva a los cuidados paliativos tanto de adultos como pediátricos. También existen unidades básicas, que están constituidas por un médico, un profesional de enfermería, equipos multidisciplinarios formados por médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, personal administrativo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y un largo etcétera. Es muy importante saber que estos equipos se encuentran integrados en todos los casos por profesionales expertos, que trabajan a tiempo completo y en diferentes ámbitos de actuación, tanto a nivel domiciliario como hospitalario y, por supuesto, en las urgencias.

Me gustaría resaltar la existencia de un recurso absolutamente pionero en el mundo, conocido como PAL 24, que impulsa la continuidad asistencial en este ámbito. Esta herramienta proporciona soporte telefónico a los profesionales del SUMMA y de la Atención Primaria con objeto de que los pacientes puedan disponer de una atención paliativa ininterrumpidamente 24 horas al día los 7 días de la semana. También se centraliza la gestión de camas de atención paliativa de media estancia en toda la región, incluida la de los centros concertados, asegurando de esta manera la equidad en el acceso a los recursos. Cabe decir también que este recurso gestiona más de 3.900 ingresos, efectuando 3.170 hospitalizaciones en unidades de media estancia.

Quiero destacar también un recurso de gran relevancia, conocido como el infoPAL, una herramienta que permite articular un historial de paliativos común, de manera que puedan acceder todos los profesionales con el fin de que los pacientes, una vez que han accedido al cuidado paliativo, no sean derivados a otros recursos asistenciales que no se adecúen a su situación.

En relación con los cuidados paliativos pediátricos es necesario resaltar, por supuesto, la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Niño Jesús, que atiende 400 niños y adolescentes, y que, según nos ha explicado usted, doctor Martino, combina la atención domiciliaria con la hospitalaria mediante procesos de interconsulta y asistencia ininterrumpida a todos los niveles. Es una unidad y un modelo a nivel nacional que despliega una atención continuada y, como he dicho antes, atiende a los pacientes 365 días durante 24 horas al día, de forma que un pediatra y un profesional de enfermería se encuentran localizados de manera permanente para hacer frente a posibles demandas de asistencia. Son muy importantes las funciones de esta unidad porque impulsa la coordinación con los profesionales médicos que están al cuidado del niño en cada hospital y en el entorno geográfico en que vive, favorece la formación de los profesionales en cuidados paliativos, impulsa la investigación en cuidados paliativos, difunde una cultura de atención integral centrada en la familia de los niños en situación terminal o con pronóstico letal y forma una red de cuidados paliativos pediátricos en la Comunidad de Madrid. A día de hoy se han desarrollado numerosos cursos de formación tanto en profesionales del ámbito hospitalario como profesionales de Atención Primaria.

En línea con la potenciación de la humanización de la asistencia, el Gobierno de la Comunidad de Madrid ha impulsado desde el inicio de la Legislatura la puesta en marcha del Observatorio de Humanización, cuya principal misión se centra en la promoción de medidas que están dirigidas a la humanización de la asistencia sanitaria y que encuentra en el ámbito de los cuidados paliativos su mayor exponente. Y, por supuesto, no podemos olvidar que en esta Legislatura, como ha dicho el señor Freire, fruto del diálogo de todos los Grupos Parlamentarios, se ha aprobado la Ley 4/2017, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, en la que se establecen los derechos que amparan a los menores y se describen aspectos como el asesoramiento sobre cuidados paliativos o la toma de decisiones sobre tratamientos, siempre respetando la voluntad del paciente y de sus familiares.

Señor Martino, quiero agradecer nuevamente la valiosa labor que están desarrollando los profesionales que atienden a estos pacientes. No cabe duda de que su dedicación y profesionalidad permite aliviar el sufrimiento de estos enfermos, mejorando su calidad de vida y la de sus familiares.

He de decirle a la señora García que a estas alturas de la Legislatura la colaboración público-privada ya tenía que tenerla asumida.

Quiero finalizar mi intervención dando las gracias a todas las fundaciones que colaboran, que, como usted ha dicho, son: Fundación Aladina, Fundación Porque Viven, Fundación La Caixa y una cuarta que no recuerdo el nombre. (El Sr. **COORDINADOR DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL NIÑO JESÚS**: *Vianorte*.) Muchas gracias.

En nombre de mi Grupo Parlamentario quiero manifestar nuestro reconocimiento a la Consejería de Sanidad por el impulso que ha otorgado a las políticas de humanización, que, desde la eficiencia y la optimización de recursos, están contribuyendo a evitar, en la medida de lo posible, el sufrimiento de muchos pacientes. Por nuestra parte, nada más y muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Liébana. Para cerrar el debate tiene la palabra el compareciente, doctor Martino, por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **COORDINADOR DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL NIÑO JESÚS** (Martino Alba): Gracias por sus preguntas. Primero quiero aclarar que no salimos a atender pacientes fuera de la Comunidad, pero Madrid es un lugar de referencia para niños de oncología, de traumatología o de neurología que vienen aquí; a veces entran por la puerta de oncología, salen por la de atrás a los cuidados paliativos y llegan a nosotros. Eso crea un problema de alojamientos que hay que resolver. Las fundaciones tienen su misión; por ejemplo, las fundaciones dedicadas a los pacientes con cáncer tienen pisos compartidos y no quieren que muera un niño en la habitación de al lado donde hay un niño recibiendo tratamiento. Entiendo sus limitaciones, pero ese vacío está por cubrir y por eso esas iniciativas de las que luego hablaremos.

Respecto a que haya un equipo o varios, mire, cuando se puso en marcha la Unidad, en 2008, enseguida levantaron la mano en otros hospitales diciendo: ¡Yo quiero otra, yo quiero otra!; eso, a veces, nos pasa a los médicos, que cada uno quiere lo suyo. Con buen criterio, eso se frenó desde la Consejería manteniendo un equipo central, que ha ido creciendo y formando profesionales de dentro afuera, y cada vez hay más profesionales que se han formado con nosotros que están trabajando en otros hospitales. Pero a lo largo de estos años se planteó: ¿hacemos una unidad para la mitad norte de la Comunidad y otra para la mitad sur? Sin embargo, en el fondo, no son tantos pacientes, lo que pasa es que son muy difíciles y es bueno que la gente tenga experiencia. Por eso, en un determinado momento se planteó: ¿qué hacemos, equipos de soporte descentralizados en distintos hospitales? Puedes poner un médico y una enfermera en un hospital solo, pero poner uno y uno es poco siempre y es más eficiente tener un equipo que se mueva bien, que pueda dar atención 24 horas, en el que todos conozcamos a los pacientes, sobre todo para atención a domicilio, que es el grueso de lo que estamos haciendo.

Entonces, en estos años, ¿somos suficientes? No, pero nunca nos han quitado recursos; es decir, siempre nos han dado más, aunque a mí me hubiera gustado que fuera más rápido, pero nunca hemos ido hacia atrás, en eso debo ser honesto. Ante cualquier valoración e incorporación de recursos, los técnicos responsables de paliativos en la Consejería siempre nos han preguntado y lo hemos estado hablando. ¿Somos suficientes? Pues no; nos movemos muy rápido, es verdad, y trabajamos mucho, es verdad, pero cuando a veces uno dice: hay que poner muchos recursos y cuesta mucho dinero, si miramos, por ejemplo, el absentismo laboral de los padres, la pérdida de los trabajos, lo que cuestan las ambulancias de ida y vuelta a un hospital para fisioterapia, que ha salido antes... La fisioterapia a domicilio resolvería muchas cosas, abarataría muchos procesos y dejaría también libres huecos para otros niños con posibilidad de recuperación, porque la fisioterapia es necesaria en los paliativos, pero tiene otros objetivos diferentes de los que tendría en un colegio de Educación Especial o en una Unidad de Daño Cerebral Recuperable. Bueno, pues esas son mentalidades que hay que cambiar.

Cuando han preguntado: ¿la Unidad de camas es suficiente? Es suficiente para concentrar una experiencia, para hospitalizar pacientes, para diagnóstico, para control de síntomas, para ingresarlos y devolverlos a su casa, pero si un paciente está estable, por ejemplo, en el mundo de los adultos hay Unidades de Media Estancia, Unidades de Larga Estancia, Unidades de Paliativos, hospitales con costes repercutidos menores que un hospital de agudos como el nuestro; eso es más eficiente si se puede hacer, lo que pasa es que en pediatría hasta ahora no existía, porque nadie lo había puesto en marcha. Tampoco vamos tan mal, quiero decirles, porque el primer documento europeo que sale del consenso sobre cuidados paliativos pediátricos es en el año 2007, y nosotros, en ese mismo año, estábamos arrancando. En ese año, en el año 2008, solo existía la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Sant Joan de Déu, de Barcelona, pero con otras características totalmente distintas. Es verdad que cuando el Niño Jesús empieza supone una revolución, y parte de nuestro trabajo ha consistido y sigue consistiendo en ayudar a que se desarrolle esto en el resto de las comunidades autónomas, porque en España no hay equidad en la atención paliativa pediátrica.

¿Cómo está Madrid en relación con el resto de España? En esto está a la cabeza, y parte de nuestra responsabilidad es también ayudar a que otros se desarrollen. De hecho, nosotros estamos participando desde el Ministerio de Sanidad o directamente con las Consejerías de las distintas comunidades autónomas para ayudar a que las iniciativas de los profesionales y las decisiones de los gestores se concilien y se pongan de acuerdo. El mapa ha ido cambiando y ahora estamos mucho mejor que hace ocho años. ¿Quedan cosas por hacer? Sí, claro que quedan cosas por hacer, y agradezco que me hayan permitido venir aquí para contárselo de primera mano, porque a veces la interpretación de la interpretación es peligrosa.

Me han preguntado antes sobre indicadores. Esto es algo que todavía no tenemos y que es nuestro siguiente paso. Vamos a empezar a intentar acreditar un sistema de calidad en la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Niño Jesús, que digamos que es la que tiene más patas de toda España para poder luego ofrecer eso y replicarlo en otras comunidades, y también desde la Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos estamos trabajando en crear indicadores, que hasta ahora no los había.

Respecto a cómo mejorar la coordinación con los servicios sociales y educativos, bueno, es algo por hacer. Nosotros empezamos en 2008 –y pido perdón a los responsables de la Consejería- e inventamos el Área Única antes de que ellos la pusieran marcha, porque nos parecía que era mucho más eficiente que nosotros nos moviéramos donde estaba el niño, y nos daba igual. No le pedimos permiso ni a la Consejería de Servicios Sociales ni a la de Educación, porque seguiríamos negociando. Íbamos a los centros donde estaban los niños e intentábamos dar soluciones al problema, y así lo hemos ido haciendo también con los hospitales de Madrid, derribando barreras que a veces hay entre nosotros, entre los médicos, porque puede que a uno le moleste que otro venga a decirle lo que puede hacer. Entonces, nosotros siempre vamos con: ¿en qué te puedo ayudar?, ¿qué podemos hacer por este paciente? Con esa estrategia, que es una estrategia que forma parte de nuestra cultura de atención, cada vez estamos llegando a más niños y hay hospitales o servicios que ya se han convertido en proveedores habituales, otros todavía no.

Respecto a cómo puede influir la Ley de Derechos y Garantías de las Personas en el proceso de morir, mire, para mí lo más importante es que con que todos tuviéramos conciencia de que el niño es una persona ya tendríamos mucho conseguido; el problema es que a veces, porque es pequeño, porque no habla, porque no vota o porque no se expresa, lo hacemos todo sin contar con él, y el niño es una persona. Esa ley es transversal, y por supuesto que se podría mejorar, pero ya es un punto de partida y por lo menos, con que tratemos al niño como persona, ya es mucho lo ganado. Y esto de la atención integral y de las necesidades sociales solamente consiste en que son las personas las que sufren; los pacientes tienen enfermedades, pero las personas son las que sufren, y uno sufre en todas las esferas de su vida y por eso damos atención integral y por eso tenemos psicólogos, trabajadores sociales, referentes espirituales y ojalá fisioterapeutas y todo lo que haga falta para poder dar lo que los niños necesitan.

¿En qué pueden ayudar ustedes? Me gustaría terminar con eso, si les puedo hacer una petición. Cuéntenles a la sociedad y a sus votantes que esto es importante, que esto existe y que merece la pena dedicarle tiempo y esfuerzo. Uno de los problemas por los que existen barreras de atención en esto es porque le tenemos miedo, los propios profesionales de la pediatría le tenemos miedo. A veces digo que nadie en su sano juicio hace pediatría para dedicarse a esto, porque la pediatría es una especialidad con potencial de futuro, pero alguien tiene que hacerlo, en este caso nosotros. Si la sociedad no es consciente de un problema, no se mueve para resolverlo. Tenemos suerte con las fundaciones que han decidido colaborar con nosotros y en algún caso hemos impulsado nosotros que se cree alguna porque no había nadie en ese grupo -por ejemplo, la Fundación Porque Viven-, porque el mensaje de los paliativos es siempre: muerte, muerte, muerte, y nosotros decimos: no, la muerte no es nuestro negocio, nosotros nos ocupamos de la vida de los niños. Y es de eso de lo que se trata.

Respecto a lo del centro que usted ha preguntado antes, es un centro de iniciativa privada que ojalá a los poderes públicos, sean los que sean, les interesara y así ayudaran en la construcción, en la concertación o en lo que sea necesario si se considera de interés público para hacerlo funcionar. Por ahora es un proyecto en el cual ya se han dado algunos pasos; si en algún momento alguno de ustedes tiene interés, yo les pondré en contacto para que tengan un conocimiento más directo.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Martino, de verdad. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

C-1018/2018 RGE.12397. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre criterios de elaboración de los nuevos pliegos para la contratación de la gestión por concesión del servicio público de atención sanitaria de laboratorio clínico correspondiente a la protección protegida de los Hospitales Infanta Sofía, Infanta Leonor, Sureste, Henares y el Hospital del Tajo. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

En aplicación de lo dispuesto en el artículo 209.4 del Reglamento de la Asamblea, el Consejero de Sanidad ha delegado la cumplimentación de esta comparecencia en el Viceconsejero de Sanidad, don Fernando Prados Roa. Para introducir la comparecencia, en representación del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, tiene la palabra doña Marta Marbán de Frutos por tiempo de cinco minutos.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Muchas gracias, Vicepresidente. Bueno, concluimos la Comisión maratónica de hoy con esta última comparecencia del señor Prados, Viceconsejero de Sanidad. Le hemos pedido comparecencias en esta Comisión, en la de Vigilancia, también hubo una iniciativa en el Pleno en el mes de junio de 2018, y todo esto era antes de finalizar el contrato y antes del 30 de noviembre, pero, por las circunstancias que ha habido, nos encontramos con la necesidad de activar esta comparecencia. Es verdad que es curioso -cuando la ha leído el Viceconsejero-, porque hablamos sobre los criterios de elaboración de los nuevos pliegos, pero es que sigue estando en vigor esta comparecencia. Por eso queremos también introducir una serie de cuestiones y de preguntas en esta argumentación de por qué le pedimos la comparecencia para ver si puede resolvernos todas las dudas que, aunque ya se las he introducido pues hemos tenido bastantes comparecencias, no se han resuelto.

En primer lugar nos gustaría que nos explicara con precisión la situación concreta en la que se encuentra el contrato ahora mismo y qué medidas tiene la Comunidad de Madrid pensadas respecto a la situación actual de este contrato: si piensan licitar nuevamente, revertir el servicio o prestarlo mediante empresa pública, ya sea gestión directa o gestión indirecta; todo esto recogiendo un poco las comparecencias que usted ha tenido en esta Cámara y que ya explicó que se licitaría nuevamente -esto fue en el mes de junio de este año-. También querríamos saber si tienen ustedes fijado un calendario concreto al respecto y, en ese caso, en qué situación nos encontramos ahora mismo y sobre todo los pliegos. ¿Es consciente de que este contrato afecta a más de un millón de madrileños, que son al final los seis hospitales con sus seis gerentes y que esta situación de inseguridad también tiene en vilo aproximadamente a 250 trabajadores? Más de una veintena están hoy con nosotros y quiero agradecerles la paciencia que han tenido para llegar a esta Comisión; sobre todo, que tengan en cuenta que esta es la Asamblea de Madrid, la Cámara de representación de todos los madrileños y por supuesto pueden estar aquí presentes para escuchar al Gobierno, para sentirse apoyados por el mismo, para escuchar de primera mano al Viceconsejero de Sanidad -ahora mismo el máximo responsable de la Sanidad en la Comunidad de Madrid en esta Comisión- y que también escuchen a todos los Grupos y el planteamiento que tenemos que al final es también cómo se va a gestionar el futuro y la situación de estos trabajadores. Cuando usted quiera, le escuchamos atentamente, señor Prados.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, señoría. A continuación tiene la palabra el Viceconsejero de Sanidad, don Fernando Prados, por un tiempo máximo de quince minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE SANIDAD** (Prados Roa): Muchas gracias, Presidente. Muchas gracias, señorías. En primer lugar quiero agradecer a todos los diputados y miembros de esta

Comisión su presencia en esta larga sesión y el trabajo de control de acción del Gobierno. En especial quiero agradecer a la señora Marbán su petición de comparecencia para informar sobre los criterios de elaboración del nuevo pliego para la contratación de la gestión, por concesión de servicio público, de la atención sanitaria del laboratorio clínico correspondiente a la población protegida de los Hospitales Infanta Sofía, Infanta Leonor, Infanta Cristina, Sureste, Henares y del Tajo. Por supuesto, también quiero agradecer la presencia de los trabajadores que actualmente realizan esta actividad.

Como sin duda es de su conocimiento, el pasado 5 de junio se produjo una comparecencia por mi parte ante la Comisión de Vigilancia de las Contrataciones, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, para dar cuenta de la naturaleza, formalización y desarrollo del contrato de gestión de los servicios públicos, modalidad de concesión de referencia GSP-CO-1, para la atención sanitaria del laboratorio clínico correspondiente a la población protegida de los hospitales que antes he mencionado. Por otra parte, el Director General de Coordinación de Asistencia Sanitaria, don César Pascual, asistió a esta misma Comisión, con fecha de 17 de octubre de 2017, para facilitar información exhaustiva relativa al mismo contrato.

El Diario de Sesiones es reflejo de lo manifestado por los representantes de la Administración sanitaria, por lo que, por no distraer más a sus señorías con información de la que por supuesto dispondrán, omitiré gran parte de la esencia de dicho contrato, dando por argumentada y conocida su naturaleza. Igualmente, los Grupos Parlamentarios Socialista y Podemos nos han hecho partícipes en numerosas comparecencias de su opinión al respecto de la modalidad de gestión, por lo que no creo necesario repetir los argumentos que sostienen esta opción para ofrecer los mejores servicios posibles al ciudadano. Porque ese y ninguno más es el motor que impulsa todo el ámbito de gestión del SERMAS: ofrecer la mejor organización y prestación de los servicios sanitarios, basada en los principios de racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia. En este sentido, el modelo de participación público-privada para el desarrollo de la gestión del servicio de atención sanitaria del laboratorio nos pareció el más apropiado y eficiente para la mejor cobertura de la población.

Resumiendo, señorías, con fecha 11 de diciembre de 2008 se formalizó el contrato de gestión de servicio público en la modalidad de concesión de atención sanitaria del laboratorio clínico, que se ejecuta a riesgo y ventura de la entidad adjudicataria al objeto de prestar el servicio público de atención sanitaria del laboratorio clínico correspondiente a la población referida. Este servicio se estructuró en laboratorios periféricos ubicados en cada uno de los hospitales y en un laboratorio central que se ubica en el Hospital Universitario Infanta Sofía, y en su conjunto constituye una única organización que es independiente de la del resto de los servicios hospitalarios, con un importe de licitación que ascendía a 172.726.038,26 euros y una cápita inicial de 22,05 euros/persona, por procedimiento de pluralidad de criterios.

La empresa que resultó adjudicataria de dicho contrato fue la UTE BR Salud, formada por Ribera Salud S.A., Balague Center S.A. y Asistencia en Medicina para las Entidades de Seguros S.L., con un importe de adjudicación de 124.890.587,01 euros y una prima adjudicada por persona de 15,90 euros, con una población protegida a fecha de 2009 de 1.068.674 personas, con un plazo de

ejecución de ocho años, prorrogables en su caso hasta la duración total de diez años, a contar desde la adjudicación de la concesión administrativa. La adjudicación de la concesión administrativa se produjo el 1 de diciembre de 2008, iniciándose la prestación el 16 de junio de 2009 y con un plazo de finalización de contrato de 30 de noviembre de 2016.

Por acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha de 22 de noviembre de 2016, se aprobó la prórroga de contrato por un periodo de dos años más, previos informes preceptivos favorables de la Dirección General de Presupuestos y Recursos Humanos de la Consejería de Economía, Empleo y Hacienda, así como de la Intervención General de la Comunidad de Madrid para la propuesta y aprobación del gasto plurianual, con un importe de la prórroga con cargo al Programa 312A, subconcepto 25209, que ascendió a un total de 37.791.111,72 euros, con un plazo de ejecución de dos años, finalizando la vigencia del contrato el 30 de noviembre de 2018.

La entidad adjudicataria del contrato ha estado gestionando el servicio y se está garantizando el principio de igualdad efectiva en el acceso a la ciudadanía a los servicios sanitarios bajo una actividad prestacional de calidad individual y personalizada, sometida a un intenso control por el actual Hospital Universitario Infanta Sofía.

Considero oportuno recordarles, como informo en su momento el doctor César Pascual –leo textualmente-, que “el papel de regulador por parte de la Consejería se ha mantenido siempre a través de las reuniones periódicas de la Comisión Mixta, presidida actualmente por la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria, y en la que están designados como miembros la Subdirectora General de Análisis de Costes de la Dirección General de Gestión Económico-Financiera y de Infraestructuras Sanitarias y los Directores Gerentes de los respectivos hospitales como representantes de la Consejería de Sanidad, asistiendo los representantes de la empresa concesionaria e incluyendo también a la Dirección Técnica y Financiera. Adicionalmente a las Comisiones Mixtas y con una periodicidad mensual, las Direcciones médicas de cada hospital mantienen una reunión con la Dirección Técnica del Laboratorio en la que se revisan el cuadro de mando, la evolución de la actividad y todas aquellas cuestiones de interés o novedades que el Laboratorio introduce. Estas reuniones también son mantenidas con la misma periodicidad con los representantes de las Direcciones Asistenciales Norte, Sur y Sureste, de Atención Primaria”.

El área de influencia de los seis hospitales objeto de este contrato incluye tres áreas de asistencia primaria, lo que supone más de 200 puntos de toma de muestras, con un circuito establecido de tres recogidas diarias a través de 11 rutas de transporte. La población protegida a 31 de diciembre de 2017 ascendía a un total de 1.233.982 personas, por lo que ha habido un incremento poblacional -según la tarjeta sanitaria individual- entre 2007 y 2017 de 165.308 personas, lo que supone un incremento porcentual del 13,39 por ciento. Asimismo, señorías, quiero destacar que el número total de peticiones realizadas en 2017 fue de 1.934.826, con un total de 22.858.534 determinaciones, lo que supone que en los últimos cinco años se ha producido un incremento porcentual del 12,11 por ciento en el número de terminaciones, de las cuales el 39,91 por ciento de las solicitudes procedían de Atención Primaria, y el 60,09, de Atención Hospitalaria. Si me permito

recordar estos datos a sus señorías es para constatar que la prestación del servicio por parte de la empresa adjudicataria del contrato que he mencionado ha sido diligentemente ejecutada, con resultados muy satisfactorios para los intereses previstos, que no son otros que la asistencia a los ciudadanos.

Como he señalado y es de conocimiento, el contrato finalizó el 30 de noviembre de 2018, por lo que paso a darles razón de las acciones emprendidas por el SERMAS para la renovación del mismo. Tal y como les informé en junio, en cuanto a las condiciones del nuevo pliego de prescripciones técnicas, la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, a través de la Gerencia Adjunta de Ordenación e Innovación del servicio Madrileño de Salud, puso en marcha el procedimiento administrativo para la elaboración del nuevo pliego de prescripciones técnicas del Laboratorio Central, programando sesiones de trabajo entre las Direcciones implicadas a los efectos de precisar los aspectos de mejora a ser incorporados en el nuevo contrato de gestión. Se celebraron reuniones el 5 y el 23 de abril y el 9 de mayo de este mismo año con los Gerentes de los laboratorios periféricos de los hospitales Infanta Cristina y Sureste y la Gerente del centro donde está ubicado el Laboratorio Central -que es el Infanta Sofía-, que aportaron la información y la experiencia durante estos años y las innovaciones sugeridas por los profesionales respecto al servicio.

Se concluyó en la necesidad de que existan cinco laboratorios periféricos ubicados en cada uno de los hospitales mencionados. Estos laboratorios periféricos deberán atender la demanda de pruebas generada en los mismos e incluidas en el catálogo de pruebas contenidas en el anexo correspondiente al pliego de prescripciones técnicas que requieran respuesta en menos de seis horas. El Laboratorio central atenderá el resto de la demanda; los espacios físicos donde se presta la actividad están completamente equipados y en funcionamiento, contando con los servicios generales, que son prestados por el hospital.

Fruto de las sesiones de trabajo entre los diferentes responsables y usuarios de este contrato, se consideraron mejoras en diferentes aspectos técnicos y administrativos a ser incluidas en el redimensionamiento de los sistemas de comunicación y conectividad informática con el laboratorio central y los periféricos, la capacidad adaptativa de las posibles modificaciones que puedan surgir de la cartera de servicios del laboratorio -porque, lógicamente, y más en estos últimos tiempos, la evolución de las innovaciones es rápida y hay que contemplar que van a ser necesarias nuevas determinaciones y nuevas pruebas que tiene que asumir la empresa que vaya a hacerse cargo del mismo- y la adaptación del personal facultativo y técnico a las necesidades del incremento de la población. Se ha propuesto la modificación de la redacción del texto relativo al concepto y necesidad de la jornada ordinaria y de atención continuada para evitar confusión, porque esta se había generado con la empresa anteriormente adjudicataria. Se han propuesto nuevos tiempos de respuesta de los resultados analíticos, tanto rutinarios como, especialmente, en los laboratorios periféricos y en el Laboratorio Central. Se valoran determinados criterios para introducir un posible cambio en la relación del peso de los criterios económicos y técnicos, antes en el 60/40, y se valorará la posibilidad de que los criterios técnicos puedan tener un mayor peso, aspecto que requiere la prestación de este servicio.

También se han revisado cuestiones relacionadas con la subcontratación, los plazos de vigencia o las penalizaciones.

Lamento que, por razones obvias, no puedo ser más explícito con sus señorías hasta que el pliego se haga público, que no tardará. Sí puedo manifestarles que la propuesta incluye criterios de mejora técnica de adjudicación relacionados con la calidad del servicio, que se van a basar en tres criterios: en la seguridad del paciente, en la calidad de la prestación, y en la iniciativa de apoyo a la clínica.

Existen algunas circunstancias que han provocado la dilatación del periodo de tramitación del nuevo pliego para la licitación del servicio. Con motivo de la exclusión de la modalidad de contratos de gestión pública en la nueva Ley 9 del año 2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo de 2014, la 23 y la 24 de la Unión Europea, de 26 de febrero de 2014, se recibieron instrucciones de los órganos fiscalizadores indicando la necesidad de que los contratos tramitados se adecuasen a los pliegos tipo definidos por la Junta Central de Contratación, dada la complejidad de la nueva normativa, para evitar o minimizar los posibles recursos de las empresas durante el proceso de licitación.

Los pliegos tipo correspondientes al concurso abierto o simplificado de servicios con pluralidad de criterios, aprobados por la Junta Central de Contratación, tuvieron entrada en SERMAS con fecha 19 de abril de 2018, lo cual hizo imposible el inicio de cualquier trámite administrativo antes de esa fecha. Solo me resta agradecer a sus señorías su atención, y ponerme a su disposición para escuchar con el mayor interés sus palabras, e intentar despejar con posterioridad cualquier duda que haya quedado. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Viceconsejero. Seguidamente harán uso de la palabra todos los Grupos, en orden inversa a la representación parlamentaria. A continuación, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, doña Marta Marbán de Frutos, por un tiempo máximo de siete minutos.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Gracias, señor Vicepresidente, y gracias también, señor Viceconsejero, por su intervención. Es verdad que le hemos hecho una batería de preguntas, que a veces es difícil contestar o ser muy, muy conciso. En ese resumen o en esa explicación de la situación usted ha dado una serie de fechas que nosotros también queremos poner en evidencia; es decir, la adjudicación de la concesión administrativa se produce el 1 de diciembre de 2008. Todos sabíamos que era un contrato de ocho años con posibilidad de prórroga de dos; es decir, finaliza el contrato el 30 de noviembre de 2016, y con esa prórroga finalizó el contrato finalmente el 30 de noviembre de 2018, pero han tenido ustedes avisos anteriores para haber preparado la licitación y los pliegos. Por eso no entendemos, por el resumen que hace, sino ha habido tiempo de licitación, o no han tenido ustedes tiempo para llegar a tener esos pliegos de contratación antes del 30 de noviembre.

Primer punto, ¿hay contrato? ¿El contrato está en prórroga tácita, y entendemos que la Consejería va a pagar este servicio con convalidaciones de gasto? ¿Convalidaciones de gasto que se pagarán de manera mensual, o cómo han negociado ustedes estas convalidaciones de gasto? Por sus palabras, entendemos que la Consejería está trabajando en estos nuevos pliegos de condiciones, y que parece ser que es la nueva Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público, la que ha dificultado el desarrollo de esos pliegos de condiciones; pero, como le queremos volver a hacer hincapié, han tenido ustedes tiempo, a la finalización del contrato, o incluso con la propuesta que hicieron aquí otros Grupos, en octubre de 2017, y la posibilidad de revertir este servicio. Finalmente, llegó el 30 de noviembre, y creo que ninguno teníamos en mente que llegaría esta fecha y que no tendríamos contestación por parte de la Consejería.

Nosotros no entendemos que la nueva Ley de Contratos complique más las cosas, no lo entendemos nada más que porque sea nueva, pero desde el momento que se publica la Ley, y que los técnicos se la saben, no tiene mayores inconvenientes; de hecho, en la nueva Ley de Contratos tienen ustedes más herramientas, porque tienen más criterios que el único criterio/precio, y tienen posibilidad de incluir cláusulas sociales, técnicas y de innovación. De hecho, la Ley recoge una cláusula abierta, que viene ejemplificada con un número bastante amplio de casos de sostenibilidad social de los contratos, como el fomento de contratación femenina o la conciliación de vida laboral personal y familiar -sabemos que este servicio es mayoritariamente femenino- y nos han contado, que la aparición de prescripciones técnicas, como la flexibilidad de la empresa para acordar jornadas reducidas o cambios en horarios laborales facilitarían mucho las cosas para sacar adelante este concurso. Pero además tienen la capacidad de hacer una prospección de mercado para habilitar mecanismos de mejora del servicio, porque así lo cubre la nueva Ley; el mantenimiento de la plantilla, porque se presenten proyectos de estabilización de empleo; es decir, la nueva Ley de Contratos permite que ustedes, como Administración Pública, mejoren el servicio, para que siga prestándolo una empresa, y se mantenga la plantilla. Por eso le preguntamos qué están haciendo, y por eso le solicitamos que concrete más sobre esa exclamación que ha hecho usted en cuanto a que no tardará.

Lo que queremos dejar claro, lo hemos dicho siempre, es que desde Ciudadanos no criminalizamos -nunca lo hemos hecho- la colaboración público-privada. Cuando el Grupo Socialista presentó aquí la iniciativa respecto a la reversión, fuimos también muy claros, fuimos el único Grupo que explicamos que la reversión no garantizaba la estabilidad de los trabajadores, que aquellos contratados por la empresa a posteriori quedaban fuera de esa propuesta de reversión. La enmienda del Grupo Podemos, que pedía, de alguna manera, que solucionara o se paliara ese problema de los nuevos trabajadores, no nos pareció tampoco una solución correcta; de hecho, incluir en las plantillas públicas personal que no ha superado una prueba de mérito y capacidad en igualdad de oportunidades con los demás, era abrir la puerta de atrás de una contratación, y entendíamos que los sindicatos y las Mesas de negociación iban a denunciar; por lo tanto, tampoco era una solución y no obtuvieron nuestro apoyo.

Se ha hablado mucho de revertir este servicio, pero, al final, revertir es que lo absorba la Administración, y la Administración, desde luego, puede volver a licitar o puede crear una empresa

pública con gestión directa o indirecta, como lo hemos visto en muchos casos en sanidad, pero, de verdad, nunca nos planteamos que el Gobierno, que al final es el poder ejecutivo -nosotros, como oposición, solo podemos preguntar y fiscalizar, pero ejecutar solo lo puede hacer el Gobierno-, iba de alguna manera a dejar sus funciones y permitir que este contrato no saliera a licitación antes de su finalización.

Pedimos que no deje en el limbo y en la incertidumbre, en primer lugar, a los madrileños, porque usted nos dio la fecha en otras comparecencias: el 31 de diciembre de 2017 hay más de 1.230.000 madrileños que dependen de este servicio. En segundo lugar, a los trabajadores, a más de 250 personas que están en vilo, y no porque no vayan a cobrar su nómina, porque sabemos que la empresa lo hará y con lo que hemos dicho de las convalidaciones de gasto también, sino porque hay muchos proyectos a futuro, certificados de calidad, crecimientos necesarios de servicio, profesionalización, mejora, y ahora mismo nadie sabe hacia dónde mirar. Hay seis gerentes, hay seis hospitales públicos que están satisfechos con este servicio, que quieren que sigan prestando este servicio y que desean que los trabajadores estén tranquilos y centrados. ¿Usted cree que ahora mismo lo están? ¿Que están tranquilos? ¿Qué están centrados si su futuro y su trabajo, desde luego, no están definidos? ¿Sabe qué sensación tienen? Pues nos han transmitido que tienen la sensación de que han perdido derechos, de que han perdido la oportunidad de estar seguros en su trabajo, que si les hubiera tocado el proceso de consolidación de los trabajadores de los hospitales privados -que ha ocurrido hace unos años-, a lo mejor, otro gallo les cantarían. Estamos hablando de facultativos, de técnicos especialistas, de gente profesional y precisamente su profesionalidad es por su bagaje y por sus años de experiencia.

A los que estuvimos ayer en el desayuno del Consejero, nos explicaba cómo dentro de diez o quince años se jubila aproximadamente el 30 por ciento de la plantilla de Atención Primaria y también muchos en Atención Hospitalaria; por lo que no podemos prescindir de ningún trabajador y menos de estos trabajadores, que son personal cualificado, y que su experiencia es su mayor cualificación -vamos, que no son barrenderos, con todo el respeto a estos oficios- que hemos traído muchos contratos a Vigilancia de las Contrataciones, pero este es especialmente delicado y no podemos perder ni un segundo más.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Tiene que ir terminando, señoría.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Sí. Respecto a su calendario, usted ha dicho que no tardará, pero yo se lo adelanto, estamos a final de Legislatura, mejor dicho, estamos a final de año. En el próximo año, en tres meses, están disueltas las Cámaras, en mayo hay elecciones, el panorama político no está claro y después del verano no creemos que el contrato esté firmado... *(Pausa por falsa alarma de incendios)*.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Concluya, señoría, por favor.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Último minuto.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: No, último minuto...

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Vale, 30 segundos. Finalizo diciendo que, en Ciudadanos, como grupo político leal al Gobierno, siempre hemos apoyado y creemos que en este caso el Gobierno se ha retrasado y, desde luego, tiene una serie de trabajadores a los que hoy desde aquí también quiero decirles que se vayan con la tranquilidad de que la Cámara, la Asamblea, está abierta para ellos y esperemos que el Gobierno también les reciba para plantearles las soluciones que necesitan escuchar. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Marbán. A continuación tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Podemos, la doctora San José, por un tiempo máximo de siete minutos.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Gracias, señor Vicepresidente, y también gracias por su exposición al doctor Prados. Agradezco al Grupo de Ciudadanos que haya pedido esta comparecencia, porque nos ayuda a tratar de saber qué piensa hacer a estas alturas la Consejería de Sanidad, y por eso yo pienso que la razón o el título de la comparecencia bien habría podido ser preguntarle a la Consejería por qué incumple lo que firma, los pliegos que firmó con BR Salud, porque hemos hablado varias veces ya de esta concesión administrativa, porque en la cláusula 21 de los pliegos venía la reversión de este servicio.

Entonces, la primera pregunta que nos hacemos, que se hace mi Grupo Parlamentario, es por qué se incumple esto. Se les avisó y se les hicieron preguntas a finales de 2017, hemos presentado una PNL y tanto el PSOE como nosotros hemos formulado preguntas a lo largo de este año y lo único que se nos dijo -la contestación más clara- fue que veían que se estaba dando un servicio con calidad y que se debía seguir dándose, cuando, desde luego, como Administración Pública se tenía que decir más, por ejemplo, contestar a la pregunta siguiente, ¿no está en condiciones de dar este servicio la Consejería de Sanidad? Para empezar esta es una pregunta que nos gustaría que respondiese, porque ya le digo que no es respuesta decir que como se ha hecho bien, que lo sigan dando. ¡Claro que se ha hecho bien! Se ha hecho bien, porque pensamos que ha habido controles, que son competentes los profesionales que trabajan, los facultativos, los técnicos, etcétera, y cada uno ha hecho su trabajo, pero eso no es óbice para que si se firma que se revierta a los diez años, la Consejería lo incumpla. Una vez dicho esto también quiero añadir que creo que había un compromiso, señorías de Ciudadanos y del partido Popular, para no privatizar en esta Legislatura.

Pues, bueno, lo único que ha sucedido en esta Legislatura es que se va privatizando a buen ritmo, y no pueden decir que esto es en mejora de los profesionales, porque todavía no lo sabemos; ni tampoco se puede decir, señora Marbán, que una reversión de un servicio no lleva consigo a los profesionales; eso no se puede decir. De todas maneras, mi Grupo Parlamentario lo introdujo en la proposición no de ley, pero era reiterativo, porque no se tiene por qué no considerar en una reversión del servicio los recursos materiales y los recursos humanos. Y no es entrar por la parte de atrás, porque eso es desconocer entre otras cosas las últimas sentencias que dicen que hay diferentes

figuras; nadie está pidiendo que entren y sean estatutarios fijos, nadie está diciendo eso! Pormenorizamos sin decir cosas que no son ciertas.

Efectivamente, cumplen los profesionales con la calidad; es decir, es un servicio que se está dando con calidad y los profesionales están cumpliendo perfectamente, pero han subido las cargas de trabajo. Usted mismo ha leído los porcentajes de analíticas, los porcentajes que han ido subiendo en cada hospital, desde el 5 al 7 por ciento en algunos hospitales, incluso, en hospitales como el del Henares, ha seguido subiendo a un porcentaje mayor; es decir, con la misma plantilla, las cargas de trabajo han subido.

El problema ahora mismo de los trabajadores, entre otras cosas, es que tienen diferentes retribuciones, algo que no se debería de dar porque hay desigualdad. Lo están sufriendo algunos de ellos con contratos más nuevos y esto no se debería dar en un trabajo idóneo. No todo es maravilloso porque, si no, además, no nos lo hubieran contado los propios profesionales; unos hacen 1.533 horas, otros 1.600 horas, hay suplentes que van de un lado a otro, es decir, de un servicio de un hospital a otro y a otro y tampoco parece que sea lo más idóneo con esas jornadas.

Dice que todavía no nos puede comentar nada. ¡Claro! No nos va a decir nada porque no han salido los pliegos y, entonces, efectivamente, no nos lo puede decir. Lo que sí le quiero decir es que, si esa va a ser la decisión de la Consejería, ¿están asegurados sus puestos de trabajo? No lo sabemos, no lo sabemos! ¿Está asegurada una jornada razonable y no las diferencias que ahora sufren unos y otros? ¿Está asegurado que van a prevalecer las cláusulas sociales? De esto no nos han hablado; es decir, no lo sabemos. Los profesionales siguen absolutamente con la misma preocupación y la Consejería no dice nada.

Por último, quiero decir que claro que sabíamos que no iba a revertirse. En los presupuestos para 2019 metieron 20 millones, es decir, sabíamos que su voluntad no era cumplir con lo que firman. Ahora solo nos cabe preguntarle si tampoco van a cumplir con prontitud en responder a estos profesionales sobre cuáles van a ser sus condiciones, si su puesto de trabajo está asegurado. Esto es lo que estos compañeros y compañeras quieren oír de la Consejería después de todos sus incumplimientos. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, señoría. A continuación por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el doctor Freire por un tiempo máximo de siete minutos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. Gracias, señor Viceconsejero por sus explicaciones. Este tema ha venido aquí, a la Asamblea, tantas veces que uno se pregunta en qué situación estamos. En primer lugar, quiero saludar a los representantes de los trabajadores del laboratorio que están aquí con nosotros. Quiero dejar en primer lugar claro que no ha explicado usted la falta de respeto que significa a estas alturas, hoy, que se tengan que enterar de cuáles son los planes de la Administración y a medias empiecen a tener una idea de plazos. ¡Me parece inaceptable!

Mire, señor Viceconsejero –y usted lo ha dicho-, en octubre de 2017, ¡octubre de 2017!, mi Grupo trajo aquí este tema y preguntó por ello, y ya sabíamos que se había hecho un contrato en el 2016, que era de dos años, que terminaba el 30 de noviembre de este año. Volvimos a preguntar luego en distintas circunstancias. Ha pasado el plazo de dos años, ¿cómo es posible que todavía no tengan previsto nada? ¿Cómo es posible eso? Muestran una incompetencia y una falta de respeto a los contratos y a la normativa que no son aceptables. Se lo repito, ¡falta de respeto al cumplimiento de los contratos y a las personas implicadas en esas cosas!

Volvamos al fondo del asunto. Cuando ustedes montaron el laboratorio de esta manera, aquí hubo dos decisiones: de un lado, hacerlo en formato PFI, con cápita referida a la población atendida. ¡Eso fue de un enorme riesgo! Una decisión temeraria que nunca ha estado fundamentada en nada, y prueba de ello, señor Viceconsejero, es que cuando yo pedí los cálculos analíticos en base a los cuales establecían esa cápita de cuánto se gasta un ciudadano medio en análisis, no me lo supieron decir, porque no tienen datos. Fue, sencillamente, un brindis al sol. ¡Vale! Había otra decisión, que era centralizar cinco o seis laboratorios. Bien, esa decisión tiene un cierto fundamento técnico, fue avalada por profesionales, y se ha mostrado razonablemente buena o, por lo menos, no hay grandes argumentos en contra; casi al revés.

Vista la situación, mi Grupo les plantea a ustedes que, con las elecciones a cinco o seis meses de distancia, no tiene sentido que comprometan ustedes el futuro, ¡no lo tiene!, y menos con un contrato cuya razón de ser no se justifica, porque no pueden ustedes demostrar, como le dije al Consejero en Pleno, que la Comunidad de Madrid no tiene capacidad para gestionar el Laboratorio Central. ¡Los laboratorios de nuestros grandes hospitales son más complejos! Les planteamos la opción más sensata y razonable para dar agilidad a la Administración, para hacer las cosas bien, para dar seguridad y perspectiva a los trabajadores, que era hacer una empresa pública que se subrogara en todo, que tirara del artículo 21 del contrato y, además, la nueva Ley de Contratos lo permite como medio propio. ¡No hay, señora portavoz de Ciudadanos, ningún problema en garantizar por esta vía la continuidad del personal!

Lo que le planteamos a Ciudadanos ahora es que se van a poder retratar. Nosotros vamos a llevar a los presupuestos una enmienda, exactamente la P355, con la propuesta de añadir una nueva actividad con la siguiente redacción: aplicar la cláusula 21 del pliego de condiciones administrativas particulares del contrato de concesión del servicio correspondiente a esta población y, de conformidad con la misma, revertir al órgano de contratación la propiedad de todo el equipamiento, en perfecto estado y libre de cargas, y se proceda igualmente a la reversión del servicio en condiciones normales de prestación, para poder prestar este servicio de atención sanitaria de laboratorio clínico en forma de gestión directa a través de una empresa pública, subrogando a la misma todo el personal que viniera prestando sus servicios al Laboratorio Clínico Central.

Nos parece que esta es una propuesta razonable o, cuando menos, sería más razonable - como le planteé al Consejero y le he planteado siempre que he tenido ocasión al equipo directivo de la Consejería en privado- que, ya que ustedes van a pagar esto durante unos meses por

convalidación, por acuerdo del Consejo de Gobierno, iextiendan esto hasta el mes de junio o julio, que haya un nuevo Gobierno y decida el futuro! ¡Extiéndanlo! Habrá un nuevo Gobierno en junio o julio, y ese Gobierno dirá qué es lo que se quiere hacer; no están ustedes en condiciones de hacerlo, y su incumplimiento es flagrante, tanto en términos administrativos como, le repito, en términos de personal. No se explica que habiendo traído aquí nosotros este tema, irecordándose cuando faltaba un año!, cuando realmente dice el pliego que había que empezar a hacer, ustedes no lo hicieran.

Señores de Ciudadanos, explíquense, infórmense. ¿Qué es lo que quieren? ¿Que salga de nuevo este contrato en base al esquema PFI, capitando los análisis clínicos para una población sin ningún dato de contabilidad analítica que nos diga que esto es razonable? ¿Es que la Comunidad de Madrid es incapaz de gestionar un laboratorio -ieste Laboratorio Central!- cuando gestiona los laboratorios más complejos de nuestros grandes hospitales? ¿No tenemos ese know how en la Administración? Yo, en nombre de mi Grupo, afirmo: ilo tenemos! Podemos, si queremos. Les instamos a ustedes a que en las enmiendas al presupuesto voten esta iniciativa. Y como mal menor, señor Viceconsejero, absténganse y, ya que van a llevar a convalidación esto durante el tiempo que necesiten llevarlo, extiendan la convalidación a junio o julio y el nuevo Gobierno que decida. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. A continuación tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, doña Pilar Liébana.

La Sra. **LIÉBANA MONTIJANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señor Viceconsejero, nuevamente, por su presencia en esta Comisión –en la que le vamos a poner ya fijo en plantilla-, por sus explicaciones sobre este contrato de la elaboración de los nuevos pliegos del Servicio de Atención Sanitaria del Laboratorio Clínico Central. También quiero saludar a todos los trabajadores que nos acompañan en esta sesión de la Comisión de Sanidad.

Señorías, como saben ustedes, con objeto de atender las necesidades del servicio de los laboratorios de hospitales incluidos en el Plan de Infraestructuras Sanitarias de 2004-2007, se desarrolló bajo los principios de racionalización, eficacia y optimización de los recursos, un sistema de gestión que está basado en la colaboración público-privada, que da respuesta a la demanda de los hospitales Infanta Sofía, Infanta Cristina, Infanta Leonor, Sureste, Henares y al Hospital del Tajo. Según esta fórmula, el adjudicatario asume todas las inversiones necesarias para la correcta prestación del servicio, adaptando su inversión a la evolución tecnológica que sea considerada necesaria, para lo cual debe presentar de manera bienal un plan de inversiones de innovación tecnológica para que sea aprobado por la Administración.

En la actualidad, este Laboratorio Clínico Central de la Comunidad de Madrid está formado por una infraestructura situada en el Hospital Infanta Sofía, que actúa como laboratorio central de cinco laboratorios periféricos –uno en cada hospital- para atender las pruebas de respuesta rápida que solicita cada hospital. El servicio que presta se refiere al conjunto de las actividades que son necesarias para satisfacer de manera integral las necesidades asistenciales y preventivas en el área de

análisis clínicos: la bioquímica, la hematología analítica, la microbiología, la parasitología, la inmunología, la genética, así como las pruebas de compatibilidad de sangre y los componentes sanguíneos para la población que corresponden a estos hospitales.

Este servicio es un servicio público que se encuentra sometido a diversos mecanismos de control con la finalidad de asegurar los elevados niveles de calidad y, sobre todo, que se establezcan las correspondientes penalizaciones si no se cumple escrupulosamente con las condiciones de este contrato. Quiero resaltar que el número de peticiones realizadas durante el pasado año fue de 1,9 millones, y el volumen de determinaciones superó los 22 millones, aumentándose hasta un total de un 44 por ciento en los últimos cinco años, estando este aspecto debidamente incluido en el contrato de concesión. En la actualidad, este servicio está atendiendo a más de 1.200.000 personas y cabe destacar la gran actividad que desarrolla el laboratorio, con una relación coste-eficiencia reconocida a nivel nacional. Señor Freire, ¡qué fácil es hacer discursos cuando se está en la oposición! No sé si le va a servir este dato, pero, mire, el valor de la cápita se ha visto disminuido desde el inicio del contrato en un 1,1 por ciento, a pesar de que la población de referencia ha aumentado en 150.000 personas; datos que tiene usted que tener en cuenta, sin lugar a dudas, a la hora de evaluar el rendimiento del contrato. *(Protestas en los escaños del Grupo Parlamentario Socialista.)* Es muy importante resaltar que este servicio se está gestionando de manera eficiente, que se están cumpliendo en todo momento los principios de accesibilidad y de igualdad efectiva en el acceso a los recursos públicos. Se mantienen los tiempos de respuesta inferiores a una hora para peticiones urgentes, inferiores a tres días para solicitudes rutinarias, encontrándose este valor en menos de un día para peticiones procedentes del ámbito de la Atención Primaria.

En cuanto a la calidad, quiero destacar que la actividad desarrollada por el Laboratorio Central mantiene la acreditación ENAC, de acuerdo a la normativa internacional específica para los laboratorios clínicos y que certifica y acredita la competencia técnica y, por tanto, la fiabilidad de los resultados obtenidos.

También me gustaría valorar la voluntad de innovación y colaboración a todos los niveles que han demostrado los responsables de este servicio. El Laboratorio participa en ensayos clínicos, jornadas de formación, proyectos científicos, habiendo introducido recientemente una línea de trabajo que está relacionada con la seguridad del paciente; un claro reflejo de la motivación que tienen sus profesionales. Estamos convencidos de que la centralización de los servicios del laboratorio garantiza la optimización de los recursos, al utilizar un menor número de equipos y de licencias necesarias, permitiendo, por otro lado, que la revisión y la actualización de los sistemas sea mucho más rápida y más ágil. También se establecen fuertes sistemas de control de la información, evitando el acceso de elementos externos que no dispongan de las autorizaciones pertinentes. Quiero decir también que estos hospitales actúan bajo el mismo modelo de historia clínica electrónica, comparten la misma estructura de red tecnológica y, por lo tanto, precisan que los equipos y aplicaciones que utilicen en el laboratorio estén integrados en la misma, circunstancia que no se produciría si se mantuvieran varios suministradores, puesto que la integración es muy compleja a nivel técnico. Además, con el objetivo de cubrir las necesidades actuales con el mayor nivel de calidad, se ha puesto en marcha la

formalización de una nueva licitación al amparo de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de la Ley de Contratos del Sector Público. Por lo tanto, señor Viceconsejero, quiero trasladarle nuestro apoyo a usted y a la Consejería de Sanidad por la puesta en marcha de actuaciones responsables que permiten hacer frente a la demanda de un servicio tan relevante desde la eficacia y desde la optimización de los recursos. Nada más y muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, señoría. Para cerrar el debate tiene la palabra el señor Viceconsejero de Sanidad por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE SANIDAD** (Prados Roa): Gracias, Presidente. Paso a relatarles algunos puntos de los procedimientos seguidos hasta la fecha en la gestión de este contrato que es complejo y en el que han sido necesarias muchas sesiones de trabajo interdisciplinar.

La unidad promotora del contrato, la Dirección General de Coordinación de Asistencia Sanitaria, tras las tareas de análisis, coordinación y mejoras que les he señalado en la primera parte de la intervención, remitió un borrador del pliego de prescripciones técnicas y de las Memorias justificativas con fecha 29 de junio de 2018 a la Dirección Económico-Financiera, órgano que es responsable de la tramitación. Con fecha 17 de julio de 2018 se remitió el expediente del contrato del laboratorio al servicio jurídico con el pliego de las condiciones administrativas particulares, Memoria Económica, orden de inicio y todas las demás, además de los borradores enviados, lógicamente, por la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Con fecha 27 de julio de 2018 el servicio jurídico informa favorablemente el contrato y con fecha 30 de julio se envía el expediente a la Intervención Delegada para su aprobación por el Consejo de Gobierno. Lo que pasa es que con fecha 27 de septiembre de 2018 la Intervención Delegada del Consejo de Gobierno remite un escrito de reparos a los distintos documentos. Durante los meses de octubre y noviembre se ha estado intercambiando múltiples escritos y borradores del pliego de prescripciones técnicas y del pliego de condiciones administrativas particulares, y se han mantenido dos reuniones con la Intervención General a instancias de la Dirección General de Gestión Económico-Financiera del SERMAS.

Me permito recordarles que lo promovido por el SERMAS a la hora de reformular los pliegos de condiciones pretendía, entre otras cosas, atender algunas de las indicaciones formuladas por sus señorías en mi última comparecencia del pasado 5 de junio. De esta forma, el propio señor Chamorro insistió en que se asumiera la subrogación de los actuales trabajadores manifestando -y cito textualmente- que las condiciones especiales del mantenimiento de la plantilla nos parecen fundamentales para la buena continuidad de la empresa. Por otro lado, usted, señora Marbán, señalaba que hay una serie de trabajadores que se han contratado a posteriori por parte de la empresa y, en el caso de que se revirtiera el servicio, qué pasaría con este tipo de trabajadores, si pueden pasar de alguna manera a través de una OPE... En fin, cómo se podría gestionar esto.

Pues bien, tanto por sus sugerencias como, por supuesto, porque nosotros teníamos ese mismo convencimiento, hemos intentado generar un mecanismo que al mismo tiempo respetase los principios de la Ley de Contratación y la Directiva Europea en el mantenimiento -evidentemente

porque era nuestro objetivo- de la plantilla actual, lo que resultó reparado por la Intervención, aunque dejando la posibilidad de reformular la propuesta en unos términos que fueran compatibles con la norma, y ello ha determinado un retraso adicional al procedimiento que no esperábamos.

En cualquier caso, con fecha de ayer firmé los nuevos pliegos para dar respuesta a los servicios del SERMAS, a todos los reparos que habían formulado la Intervención, y estamos pendientes de su aprobación final por parte de la Intervención, que esperemos que no dure más de dos semanas, para iniciar los trámites de publicación. Con lo cual, si todo va bien, lo intentaremos pasar al Consejo de Gobierno antes de finalizar el año –en el Consejo del día 18 de diciembre- , el 11 de febrero estará la presentación de las ofertas y, si todo va bien, y esperemos que no haya más complicaciones, la firma de contratos se podrá hacer en mayo y el inicio de la ejecución de los contratos a finales de mayo. (El Sr. **FREIRE CAMPO:** *Con las elecciones.*) La verdad es que el periodo de Gobierno es evidentemente hasta antes de las elecciones, sí. Podríamos dejar de gobernar un año antes o dos, pero no está así especificado.

Con respecto a la convalidación, quiero decirle que es una solución extrema, pero en modo alguno carece de marco legal y de regulación procedimental. El artículo 29 del Decreto 45/1997, de 20 de marzo, por el que se desarrolla el Régimen de Control Interno y Contable ejercido por la Intervención General de la Comunidad de Madrid, especifica cuál es ese procedimiento, el cual precisa de informe de Intervención y aprobación de la Consejería de Hacienda y del Consejo de Gobierno, y así lo haremos. Por tanto, es una herramienta que se encuentra dentro del marco normativo de nuestra Administración y a la que resulta evidentemente necesario recurrir cuando sucede lo que nos ha sucedido en estos casos.

Con respecto a la gestión del expediente y a los términos administrativos que, como dice el señor Freire, hemos hecho mal, me permito defender el trabajo de los funcionarios del SERMAS, quienes realizan su trabajo bajo los principios de rigor administrativo compaginado con la máxima diligencia. En ocasiones, se cruzan actitudes igualmente rigurosas y diligentes por parte de la Intervención y se generan disparidades en la interpretación de la norma, lo que conlleva que los trámites, según en qué casos, se prolonguen más de lo necesario. No obstante, creo que la eficacia de la Administración sanitaria queda sobradamente evidenciada si comprobamos que, a fecha 30 de noviembre, se ha dispuesto del 93,4 por ciento del presupuesto anual de 2018, y más concretamente, con respecto al Capítulo Segundo, "Bienes e inversiones", en la misma fecha se encontraba dispuesto ya el 96 por ciento de lo presupuestado.

De todas maneras, le digo que desde la oposición es fácil agrandar o decir obviedades que halaguen a los trabajadores, pero no duden de que trabajamos y vamos a seguir trabajando para que estos tengan las mejores condiciones y lo antes posible. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE:** Muchas gracias, señor Viceconsejero. Concluido este punto, pasamos al 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.

(Se levanta la sesión a las 19 horas y 36 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