

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 836

5 de febrero de 2019

X Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilmo. Sr. D. José María Arribas del Barrio

Sesión celebrada el martes 5 de febrero de 2019

ORDEN DEL DÍA

1.- PNL-182/2018 RGE.P.13964. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno Regional a:

1. Llevar a cabo cursos formativos de RCP en toda la administración pública regional a fin de promover y mejorar la formación de los empleados que trabajen en estos centros contando con la colaboración de los sindicatos y representantes de los trabajadores a la hora de impartir y diseñar estos cursos.
2. Trasladar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), al Consejo Escolar del Estado y a la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE) la necesidad de que este tipo de cursos se realicen, también, tanto en las administraciones dependientes de las mismas como en los centros educativos y universitarios.
3. Trabajar e impulsar con la CEIM Confederación Empresarial de Madrid-CEOE y los sindicatos más representativos, para que instauren cursos de formación en materia de RCP en los centros de trabajo.

2.- C-1204/2018 RGEP.14717. Comparecencia del Ilmo. Sr. Director General de Salud Pública, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre las inspecciones realizadas por su departamento en la Residencia pública para personas mayores "Francisco de Vitoria" de Alcalá de Henares. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

3.- PCOC-28/2019 RGEP.230. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.ª Pilar Sánchez Acera, diputada del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre motivos para el desmantelamiento del Centro de Especialidades Blas de Otero de Alcobendas.

4.- PCOC-29/2019 RGEP.293. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.ª Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Gobierno de la Comunidad del cese de la Comisión de Docencia del Hospital Ramón y Cajal por parte de su Director Médico.

5.- PCOC-30/2019 RGEP.294. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.ª Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Gobierno de la Comunidad de la situación de las fracturas de cadera en los hospitales de la Comunidad de Madrid.

6.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 15 horas y 32 minutos.....	50177
— PNL-182/2018 RGEP.13964. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno Regional a: 1. Llevar a cabo cursos formativos de RCP en toda la administración pública regional a fin de promover y mejorar la formación de los empleados que trabajen en estos centros contando con la colaboración de los sindicatos y representantes de los trabajadores a la hora de impartir y diseñar estos cursos. 2. Trasladar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), al Consejo Escolar del Estado y a la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE) la necesidad de que este tipo de cursos se realicen, también, tanto en las administraciones dependientes de las mismas como en los centros	

educativos y universitarios. 3. Trabajar e impulsar con la CEIM Confederación Empresarial de Madrid-CEOE y los sindicatos más representativos, para que instauren cursos de formación en materia de RCP en los centros de trabajo.	50177
- Interviene el Sr. Veloso Lozano, en defensa de la proposición no de ley.	50177-50179
- Intervienen, para fijar su posición, la Sra. García Gómez, el Sr. Freire Campo y la Sra. Liébana Montijano.	50179-50183
- Intervienen la Sra. García Gómez y el Sr. Freire Campo comunicando las sustituciones en sus Grupos.	50183
- Votación y aprobación de la proposición no de ley.	50183
 — C-1204/2018 RGEP.14717. Comparecencia del Ilmo. Sr. Director General de Salud Pública, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre las inspecciones realizadas por su departamento en la Residencia pública para personas mayores "Francisco de Vitoria" de Alcalá de Henares. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).	 50184
- Interviene el Sr. Gómez-Chamorro Torres, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.	50184-50185
- Exposición del Sr. Director General de Salud Pública.	50185-50189
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Marbán de Frutos, la Sra. San José Pérez, el Sr. Gómez-Chamorro Torres y el Sr. Raboso García-Baquero.	50189-50195
- Interviene el Sr. Director General, dando respuesta a los señores portavoces.	50196-50199
 — PCOC-28/2019 RGEP.230. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.ª Pilar Sánchez Acera, diputada del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre motivos para el desmantelamiento del Centro de Especialidades Blas de Otero de Alcobendas.	 50199
- Interviene la Sra. Sánchez Acera, formulando la pregunta.	50199
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, respondiendo la pregunta.	50199-50200
- Intervienen la Sra. Sánchez Acera y el Sr. Director General, ampliando información. .	50200-50202

<p>— PCOC-29/2019 RGEF.293. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.^a Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Gobierno de la Comunidad del cese de la Comisión de Docencia del Hospital Ramón y Cajal por parte de su Director Médico.</p>	50202
<p>- Interviene la Sra. García Gómez, formulando la pregunta.</p>	50202
<p>- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, respondiendo la pregunta.</p>	50202
<p>- Intervienen la Sra. García Gómez y el Sr. Director General, ampliando información. . .</p>	50203-50206
<p>— PCOC-30/2019 RGEF.294. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.^a Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Gobierno de la Comunidad de la situación de las fracturas de cadera en los hospitales de la Comunidad de Madrid.</p>	50206-50207
<p>- Interviene la Sra. García Gómez, formulando la pregunta.</p>	50207
<p>- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, respondiendo la pregunta.</p>	50207
<p>- Intervienen la Sra. García Gómez y el Sr. Director General, ampliando información. . .</p>	50207-50210
<p>— Ruegos y preguntas.</p>	50210
<p>- No se formulan ruegos ni preguntas.</p>	50210
<p>- Se levanta la sesión a las 17 horas y 25 minutos.</p>	50210

(Se abre la sesión a las 15 horas y 32 minutos).

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Buenas tardes, señorías. Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad convocada para el día de hoy. Empezamos con el primer punto del orden del día.

PNL-182/2018 RGEP.13964. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno Regional a:

- 1. Llevar a cabo cursos formativos de RCP en toda la administración pública regional a fin de promover y mejorar la formación de los empleados que trabajen en estos centros contando con la colaboración de los sindicatos y representantes de los trabajadores a la hora de impartir y diseñar estos cursos.**
- 2. Trasladar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), al Consejo Escolar del Estado y a la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE) la necesidad de que este tipo de cursos se realicen, también, tanto en las administraciones dependientes de las mismas como en los centros educativos y universitarios.**
- 3. Trabajar e impulsar con la CEIM Confederación Empresarial de Madrid-CEOE y los sindicatos más representativos, para que instauren cursos de formación en materia de RCP en los centros de trabajo.**

Tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos al ser una PNL, el autor de la misma, el representante del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, señor Veloso.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, les presentamos una proposición no de ley para la promoción y mejora de la formación de la ciudadanía en la reanimación cardiopulmonar. Según las estadísticas, en España fallecen en torno a cien personas al día por parada cardíaca. La realización de un masaje cardíaco y el uso del desfibrilador en los cinco minutos posteriores a la parada cardíaca aumentan hasta un 90 por ciento las posibilidades de supervivencia. Para que las posibilidades de supervivencia ante un paro cardíaco repentino sean óptimas se debe realizar de forma inmediata una resucitación cardiopulmonar, una RCP, que permita mantener el flujo necesario de sangre oxigenada en el cerebro hasta que se restablezca el ritmo cardíaco normal mediante la descarga eléctrica suministrada por un desfibrilador.

Sin embargo, pese a estos datos, España es el país de Europa con menos desfibriladores y solo el 3 por ciento de la población conoce los ejercicios de reanimación RCP. Según la Sociedad Española de Cardiología, en España hay solo tres aparatos por cada 10.000 habitantes, una cifra que sitúa a nuestro país como el farolillo rojo de Europa: tenemos cinco veces menos que en Alemania, Reino Unido o Italia, ocho veces menos que en Francia o Suecia, que son los más punteros en Europa, y hasta veinticinco veces menos que en Japón, que es el país más desarrollado en este aspecto. Por eso, el objetivo de esta proposición no de ley es concienciar del elevado número de muertes que causa el paro cardíaco y también de que podríamos reducirlo drásticamente si formáramos a la población en resucitación cardiopulmonar. El paro cardíaco mata alrededor de 30.000 personas cada año y la supervivencia actual se sitúa en torno al 5 por ciento, pero podría aumentar

hasta el 15 por ciento si se practican las maniobras de RCP y hasta el 30 por ciento si además existiera un programa de desfibriladores en el área, lo que significaría entre 4.500 y 9.000 muertes menos al año solo en nuestro país, más del triple de la cifra de fallecimientos en accidente de tráfico anuales.

¿Saben por qué la tasa de supervivencia en Europa llega a alcanzar una media del 30 por ciento? Sencillamente porque nuestros vecinos europeos invierten en la formación de sus ciudadanos. La escasa formación que tenemos en España y la heterogeneidad de normas reguladoras de las diferentes comunidades autónomas vienen a ser prácticamente los dos principales motivos por los que la tasa de mortalidad es tan elevada en nuestro país.

El Consejo Europeo de Resucitación ha creado un programa para promover y mejorar el aprendizaje de herramientas de RCP entre los más pequeños, como su Programa Kids Save Lives, consistente en llevar a cabo cursos anuales de entrenamiento de maniobras de RCP para escolares mayores de 12 años, que ha demostrado tener gran éxito según los expertos; un éxito significativo entre los más jóvenes puesto que son muy receptivos a la hora de interiorizar la teoría y ponerla en práctica y ayudar así, además, a su sentido de responsabilidad desde edades muy tempranas. De hecho, la Organización Mundial de la Salud apoya este tipo de programas de educación en los centros escolares y en los institutos ya que posee beneficios para el conjunto de la sociedad.

En la Comunidad de Madrid el 70 por ciento de la población no sabe qué tiene que hacer para socorrer a una persona que está en parada cardíaca y 2 de cada 3 establecimientos manifiestan que su personal no ha recibido ningún tipo de formación en RCP, a pesar, como decíamos, de que cada año se producen más de 30.000 paradas cardíacas en todo nuestro país fuera del ámbito hospitalario.

En la Comunidad de Madrid lo único que existe es un decreto, el Decreto 78/2017, porque es una de las 17 comunidades autónomas en las que se establece ese carácter obligatorio para disponer de un desfibrilador en determinadas superficies. El objetivo de este decreto de 2017 es crear espacios cardioprottegidos que estén conectados, pero para la creación con éxito de esas zonas o espacios cardioprottegidos se exige contar al menos con un desfibrilador, con su mantenimiento garantizado y con personas que estén adecuadamente formadas para poder garantizar una rápida actuación en caso de paro cardíaco repentino hasta la llegada de los servicios médicos de emergencia. Pues bien, para que las posibilidades de supervivencia ante un paro cardíaco repentino sean óptimas se debe realizar de forma inmediata una resucitación cardiopulmonar: el tiempo máximo para aplicar la desfibrilación a una persona que ha sufrido paro cardíaco repentino es de cinco minutos.

En España, como decimos, no existe una legislación única en materia de cardioprotección. Sí disponemos de un decreto ley desde el año 2009, que se limita a establecer unos caracteres mínimos de calidad y seguridad en el uso de estos aparatos fuera del ámbito sanitario; a partir de ahí, cada comunidad autónoma, incluso cada ayuntamiento, puede redactar su propia normativa. En el caso de Madrid se aprobó ese decreto de cardioprotección y se han invertido 1,6 millones de euros para

comprar 2.100 máquinas; sin embargo, no se concreta el número de usuarios potenciales. Para darnos cuenta de la importancia que tiene esta proposición no de ley, diremos que la poca sapiencia en materia de muerte súbita queda reflejada en el número de personas que sabrían, o dicen saber, qué hacer en caso de encontrarse a alguien al que se le ha parado el corazón: según el Estudio de Cardioprotección del año 2016 solamente el 3 por ciento sabría realizar esa reanimación cardiopulmonar al afectado. Si se tiene en cuenta que el tiempo máximo es de diez minutos, que a partir de ese tiempo ya no hay nada que hacer con esa persona que está en parada cardiaca y que, además, las ambulancias en Madrid tardan una media de entre once a catorce minutos en llegar a la emergencia, cualquier prevención tiene todo el sentido.

Por todo ello, nuestro Grupo Parlamentario presenta esta proposición no de ley que tiende a distinguir entre tres ámbitos a los que quiere llevar la formación de maniobras de RCP: en primer lugar, en el ámbito de la Administración Pública Regional, para todos aquellos empleados que trabajen en esos centros, como, por ejemplo, los polideportivos, para que puedan saber hacer ese tipo de maniobras de RCP; estos cursos deben ser realizados en colaboración con los sindicatos y los representantes de los trabajadores. En segundo lugar, en el ámbito educativo, se trata de trasladar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, al Consejo Escolar del Estado y a la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas la necesidad de este tipo de cursos para que se realicen también en el ámbito de estas Administraciones que dependen de estos organismos, así como a los centros educativos y universitarios. En tercer lugar, y por último, se trata de trabajar e impulsar, junto con la CEIM, la Confederación Empresarial de Madrid, CEOE y los sindicatos, para que se instauren estos cursos de formación en materia de RCP también en los centros de trabajo.

En definitiva, como ven, es una PNL que busca salvar vidas mediante una formación adecuada de la ciudadanía a través de esas maniobras de reanimación cardiopulmonar. Por todo ello, vamos a solicitar el voto favorable a los distintos Grupos. Muchas gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Veloso. A continuación tiene la palabra la señora García Gómez.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, Presidente. Hoy nos trae el Grupo Parlamentario de Ciudadanos una proposición no de ley para instaurar lo que se llama RCP básica, para que haya formación de la RCP básica en la ciudadanía, y nos parece absolutamente fundamental. Hay que decir que hay grupos dentro de los hospitales que ya lo están haciendo dentro de sus posibilidades y, por supuesto, a coste cero, y que es imprescindible instaurarlo en las Administraciones. La RCP básica es muy básica, es decir, es muy fácil aprenderla; es muy básica, ipor eso se llama básica! Es tan básica que llama la atención que no se hayan instaurado antes programas en colegios y en Administraciones para que todo el mundo sepa hacer unas maniobras que son esenciales y muy poquitas.

Con respecto a los desfibriladores, es verdad que puede haber pocos o muchos, pero lo que tiene que haber es gente que los sepa manejar; aunque sean desfibriladores automáticos, si no hay gente que los pueda manejar no se puede llenar la Comunidad de desfibriladores -como decía, creo,

la campaña de la señora Cifuentes-, hay que atenerse a la legislación, a las normativas que hay respecto a los espacios donde hay una gran afluencia de público. El tercer eslabón, como ha dicho el portavoz de Ciudadanos, tiene que ser una pronta actuación de los servicios médicos, porque parte de la RCP básica consta en su primer punto de llamar para que venga alguien a hacer lo que se conoce como una RCP avanzada y sin esa RCP avanzada tampoco avanzamos mucho. Ahora mismo acaba de decir que hay una media de entre 11 a 14 minutos y, si hablamos de media, significa que hay alguien a quien atienden a los 30 o 40 minutos; eso según los registros que tiene la Consejería, pero nosotros tenemos otros registros en los cuales esos tiempos se alargan.

Con lo cual, estamos de acuerdo con la proposición no de ley, nos parece interesante. No sabemos muy bien de dónde vamos a sacar el dinero, porque esto alguien lo tendrá que hacer, alguien tendrá que hacer los cursos, y supongo que serán los profesionales, pero supongo que a los profesionales cuando hacen una formación se paga. Ahora mismo en formación en la Comunidad de Madrid estamos destinando un 0,07 a la formación de los profesionales; si estamos destinando eso a los profesionales, ¡qué no destinaremos a la formación del resto! Entonces, no me cuadra mucho invertir más en esto, que me parece esencial, innovador e imprescindible en una sociedad, con estas campañas de reducir impuestos, de reducir las Administraciones Públicas, etcétera, etcétera. Con lo cual, no sabemos de dónde va a salir el dinero pero, mientras buscamos el dinero para hacer esta proposición no de ley, nosotros vamos a votar a favor de que se haga esta formación. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García. A continuación tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. En relación con esta proposición no de ley de Ciudadanos, lo primero que tengo que decir es que mi Grupo va a votar a favor; dicho esto, quería hacer una serie de precisiones. En primer lugar, esta es una proposición no de ley que insta al Gobierno, a tres meses de terminar la Legislatura, a hacer una serie de cosas; desde un cierto punto de vista estamos más en época de cosecha que en época de decirle al Gobierno lo que tiene que hacer. En segundo lugar, en relación con el tema mismo, efectivamente, la parada cardiaca fuera del hospital es un tema que tiene una gran implicación de salud pública por las personas a las que afecta y, en este sentido, esta iniciativa sobre resucitación cardiopulmonar está bien traída, pero a los autores de esta PNL, que, por cierto, han replicado en todas las Asambleas de España y en tres Comisiones del Congreso de los Diputados, creo que les podía haber dado tiempo a plantear este problema en su auténtica dimensión, o sea, enfatizar en los tres puntos.

No hemos hecho enmiendas porque, como digo, estamos en una época de la Legislatura en la que no se trata de hacer enmiendas sino de decirle al Gobierno si ha cumplido o no aquello con lo que se ha comprometido. Lo que creemos que debe ser hecho irá en nuestro programa o en nuestras perspectivas de acción de Gobierno pero, si alguna organización o alguna persona de verdad intentara que la parada cardiaca fuera un problema de salud pública menos importante en nuestro país, lo primero que tendría que hacer es revisar los temas y, una vez que uno revisa el tema, se encontraría con que en relación a este problema lo que realmente sirve es lo que llaman los textos –en concreto

el último informe de The Lancet, de marzo del año pasado, que dedica casi todo un número monográfico al tema- cadena de supervivencia. En la cadena de supervivencia un eslabón, ¡un eslabón!, y no el más importante, es la formación de las personas en resucitación cardiopulmonar básica; entre los otros eslabones de la cadena está, en primer lugar, la concienciación para llamar por teléfono a los servicios de emergencia, disponer de servicios de emergencia, etcétera.

Si realmente los autores de esta iniciativa, en pro de un buen abordaje de la parada cardiorrespiratoria en nuestro país, hubieran hecho bien su trabajo, hubieran propuesto reforzar o construir la cadena de supervivencia en relación a este tema, verían, por ejemplo, que esto es lo que plantea el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar –que preside un médico del antiguo Hospital 12 de Octubre, el doctor Frutos del Nogal-, hubieran visto también los trabajos que sobre este tema ha hecho el introductor de estas técnicas en España, el doctor Narciso Perales –también del Hospital 12 de Octubre-, y hubieran visto que en los congresos anuales que se están haciendo –el último también creo que de octubre del año pasado en el Hospital 12 de Octubre- lo que se plantea es todo un abordaje integral –de nuevo insisto- en la cadena de supervivencia; no únicamente en un eslabón. Una cadena es tan fuerte como fuerte sea el más débil de los eslabones que la componen. En ese sentido, quiero manifestar el interés público que tiene esta iniciativa que traen hoy, pero también su fallo; el fallo de que se fija en un aspecto extraordinariamente parcial que, sin tener en cuenta el conjunto, no aporta nada.

Otro tema importante que habría que incluir es la necesidad de registro de datos. Cuando uno revisa lo que hay publicado sobre esta materia, encuentra muchas cosas de por ahí fuera, pero no encuentra apenas datos epidemiológicos de lo que sucede en España: de incidencia, de análisis por casos y, como bien saben las personas que llevan esto en el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar, hay unas guías internacionales, exactamente las de Utstein, que es el monasterio noruego en el que en 1990 se reunieron las asociaciones preocupadas por este tema, que crearon unas guías para hacer los registros que nos permitan saber qué está pasando en este tema.

Como digo, bienvenida esta iniciativa; siento que sea tan parcial y que llegue al final de la Legislatura. Creemos es que es un problema de salud pública que requiere un abordaje cuidando el conjunto de la cadena y, dentro de la cadena, cada uno de los eslabones de la cadena de supervivencia en este tipo de situaciones. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Tiene la palabra la señora Liébana.

La Sra. **LIÉBANA MONTIJANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, buenas tardes. En relación con la proposición no de ley que nos ha presentado el Grupo Parlamentario de Ciudadanos hemos de hacer las siguientes precisiones: primero, que el sentido de nuestro voto va a ser favorable; sin embargo, hay que tener en cuenta que las competencias para ofertar este tipo de cursos corresponden a la Dirección General de la Función Pública, de Vicepresidencia, Consejería de Presidencia y Portavocía del Gobierno.

En la parada cardiorrespiratoria, como ha dicho el señor Veloso, es muy importante actuar a tiempo porque la posibilidad de supervivencia depende de la atención que el paciente reciba en los primeros minutos; es más, está demostrado que una respuesta asistencial rápida ante una parada cardíaca puede ser esencial a la hora de salvar una vida, y es por ello que el Gobierno Regional aprobó un Decreto para regular la instalación y el uso de desfibriladores en ámbitos extrasanitarios donde hay gran afluencia de personas. Esta norma convirtió a Madrid en una región cardioprotegida porque se marcó como obligatoriedad la instalación de estos dispositivos en lugares de gran afluencia. Los centros que deben tener desfibriladores automáticos o semiautomáticos son los grandes establecimientos comerciales, los aeropuertos, las estaciones de autobuses y ferrocarril; las poblaciones de más de 50.000 habitantes; las estaciones de Metro, ferrocarril y autobús donde hay una afluencia media diaria igual o superior a 1.000 personas; también los establecimientos públicos con un aforo igual o superior a 2.000 personas y los establecimientos dependientes de las Administraciones Públicas en las poblaciones de más de 50.000 habitantes y que tengan una afluencia media igual o superior a 1.000 usuarios. Además, también hay desfibriladores en las instalaciones, centros o complejos deportivos donde el número de usuarios diarios sea igual o superior a 500 personas y en los centros educativos; en los centros de trabajo con más de 250 trabajadores, en los establecimientos hoteleros con más de 100 plazas y en los centros residenciales con más de 200 plazas. Asimismo, cabe señalar que pueden utilizar los desfibriladores externos el personal sanitario y los técnicos de emergencias sanitarias, pero también cualquier ciudadano podrá utilizar un desfibrilador automático, siempre siguiendo las instrucciones, previo contacto con el 112, con los servicios de emergencias, que le vayan iniciando en las actuaciones que debe llevar a cabo.

El texto de la proposición no de ley dice "llevar cursos formativos de reanimación cardiopulmonar", cabe destacar que el SUMMA 112 brinda una formación continuada mediante talleres a los madrileños para que sepan reaccionar ante una parada cardiorrespiratoria y realizar una reanimación cardiopulmonar. El objetivo que se persigue cuando se termina este taller es alcanzar la capacitación de los alumnos para que reconozcan los signos de un PCR, que activen el sistema de emergencia y que realicen una RCP hasta que lleguen los servicios de emergencia extrahospitalaria. Los alumnos formados en esta edición son de alrededor de 200 y se realiza un día a la semana, con la posibilidad de montar este escenario en distintas ubicaciones en la misma semana. Los talleres son impartidos por profesionales del SUMMA 112, técnicos en emergencias sanitarias -los llamados TES- que tengan una contrastada experiencia laboral en situaciones de riesgo vital producido por parada cardiorrespiratoria. Esta actividad de los TES es supervisada y coordinada por los enfermeros del SUMMA 112, que son integrantes de los dispositivos de urgencia y emergencia del servicio, quienes participan también como docentes en la enseñanza de los alumnos.

Nos parece de interés que conozcan que para cada taller se despliega un módulo de intervención rápida del SUMMA 112, que consta de un camión que transporta un contenedor metálico y mediante mecanismos hidráulicos y eléctricos se despliegan dos salas asistenciales en cuyo interior se dispone de la equipación y aparataje electromédico de uso propio de una UVI de hospital, incluyendo la climatización del espacio asistencial; el módulo tiene una capacidad asistencial para 18 pacientes. Como complemento imprescindible, también se dispone de maniqués de entrenamiento

que están destinados al aprendizaje de las técnicas de reanimación cardiopulmonar básica, tanto en los niños como en los adultos; cada monitor dispondrá de un maniquí para adiestrar a un máximo de cinco alumnos. Además, en la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, de la Consejería de Sanidad, se han llevado a cabo otras actividades para realizar en distintos centros.

Señora García, el pasado año se realizaron en 24 de los hospitales públicos un total de 158 actividades formativas, con 2.983 plazas ofertadas y 1.908 horas de formación. Para ello, se destinó al presupuesto de los propios centros un importe de 112.866 euros. También, y al margen del presupuesto de los centros, se impartieron 4 en los hospitales públicos; un total de 19 actividades, con 440 plazas ofertadas y 128 horas de formación. En cuanto a las actuaciones que se han realizado en las Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad, tenemos que destacar la realización de 32 actividades, con 700 plazas ofertadas, un total de 360 horas de formación y un presupuesto de 26.280 euros.

En relación con el punto 2 de la proposición no de ley, donde dice: "trasladar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, al Consejo Escolar del Estado y a las Conferencias de Rectores de Universidades Españolas la necesidad de este tipo de curso", nuestra posición naturalmente es favorable.

Y lo mismo respecto al tercer punto, donde dicen: "impulsar con CEIM, la Confederación Empresarial de Madrid, y los sindicatos más representativos que se instauren cursos de formación en materia de reanimación cardiopulmonar en los centros de trabajo".

Por todo lo expuesto, y como les he anunciado, vamos a votar a favor. Nada más y muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Liébana. Se procede a votar la PNL. Con carácter previo, solicito a los portavoces que nos indiquen las sustituciones en sus respectivos Grupos Parlamentarios. ¿En el Grupo Parlamentario de Ciudadanos? (*Denegaciones.*) ¿En el Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid?

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Sostituimos a Beatriz Gimeno por Alejandro Sánchez.

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

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Doña Carmen Martínez Ten por doña Isabel Andaluz Andaluz.

El Sr. **PRESIDENTE**: ¿En el Grupo Parlamentario Popular? (*Denegaciones.*) Muchas gracias. Pues procedemos a votar la PNL. (*Pausa.*)

El resultado de la votación es el siguiente: 15 diputados presentes; 15 votos a favor. Por tanto, queda aprobada por unanimidad la PNL 182/18.

Pasamos al segundo punto del orden del día.

C-1204/2018 RGEF.14717. Comparecencia del Ilmo. Sr. Director General de Salud Pública, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre las inspecciones realizadas por su departamento en la Residencia pública para personas mayores "Francisco de Vitoria" de Alcalá de Henares. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

Solicito al Director General que ocupe su lugar en la mesa. *(Pausa.)* Bienvenido. Al tratarse de una comparecencia vía artículo 210, tiene la palabra, para introducir la comparecencia el señor Gómez-Chamorro por tiempo de cinco minutos.

El Sr. **GÓMEZ-CHAMORRO TORRES**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señor Director, por comparecer. Pedimos la comparecencia al Director General de Salud Pública a la vista de los informes y las actas que obran en poder del Grupo Socialista respecto de la Residencia Francisco de Vitoria, de Alcalá de Henares. Recordarán ustedes que fue motivo de comparecencia de la Consejera el día 8 de noviembre de 2018 ante las noticias que tenía mi Grupo no solamente de no proceder a ocupar las 200 plazas libres que había por problemas de equilibrado de las tuberías y equilibrado del agua sino porque había antecedentes importantes de trazabilidad de legionela en la propia residencia. Es más, en aquel Pleno, la Consejera dijo más o menos que, bueno, no tenía nada que ver lo que yo estaba diciendo o lo que estábamos diciendo. Es más, la portavoz del Grupo Popular, señora Liébana, dijo que creía que, después de pasar cuatro Consejeros, con un problema de salud pública, a estas alturas no se ha contagiado nadie. Pues bien, vamos a ver los antecedentes y si se ha contagiado alguien o no. Los antecedentes datan del año 2012, cuando el Hospital Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares, detecta una muerte motivada por contagio de legionela en dicha residencia. No le voy a relatar todos los informes sucesivos que se produjeron, pero sí me voy a centrar en los informes que se han producido en esta Legislatura, por razones que el señor Director General de Salud Pública entenderá lógicas.

Ayer compareció el Gerente de la AMAS y hoy queremos saber qué dice la autoridad sanitaria en esta materia y cuál es la información que usted nos puede dar sobre el estado actual, a esta hora del día de hoy, de esta residencia, ya que lo que ayer se nos vino a decir fue que los informes que estábamos aportando en la Comisión, a juicio de la portavoz del Partido Popular, eran de un señor que no sabía muy bien quién era, a pesar de que referí en dos ocasiones que quien firmaba los informes era el Jefe de Sección de Sanidad Ambiental del Área Única 3, como usted bien sabe. En cuanto a la importancia de los informes –lo digo ahora porque ayer no tuve tiempo para contestar-, me parece de muy mal gusto que por parte de los políticos cuestionemos los informes de los técnicos, sobre todo en esta materia tan sensible. Supongo que usted los asume perfectamente.

En ese sentido, señor Director General, supongo que tiene usted conocimiento del informe de Inspección que se hizo en la residencia con fecha 6 de julio de 2017, que insta a la residencia a una serie de medidas correctoras y que establece un plazo de quince días para subsanar las deficiencias detectadas. Se ha hecho el trabajo adecuadamente y ha sido bien informado y bien requerido; luego, seguramente entraremos en el fondo. Lo que nos sorprende es que, desde esa

fecha y habiendo dado quince días de plazo para acometer las medidas correctoras, no vuelva a haber un informe –salvo que no se me hayan remitido los informes que he pedido oficialmente- hasta el 8 de junio de 2018. Este viene a decir que no se ha acometido ninguna de las medidas correctoras planteadas en el informe del año anterior, en el que se dieron quince días; es más, en ese mismo año, en agosto, se vuelven a reiterar los problemas que hay y la falta de medidas correctoras en dicha residencia.

En definitiva, señor Director General, independientemente de que luego entremos en la materia de los informes, lo que queremos es, por una parte, que usted, como autoridad sanitaria en esta materia, nos informe sobre la situación a día de hoy y nos explique por qué hubo esa pasividad, de forma que transcurrió un año sin reclamar las medidas correctoras, cuando se habían dado quince días de plazo; por otra parte, conocer cuál es la situación actual de la residencia y qué medidas entiende usted que habría que tomar, y si están solucionadas las deficiencias le rogamos que nos lo diga. Esa es la introducción, porque nos parece un tema sensible e importante; lo llevamos ayer a la Comisión de Políticas Sociales y lo traemos hoy a la Comisión de Sanidad, ante los responsables que forman parte de la AMAS, que es la responsable de ejecutar las medidas correctoras...

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, señor Gómez-Chamorro.

El Sr. **GÓMEZ-CHAMORRO TORRES**: Y ante usted, que es el responsable de supervisar que esas medidas correctoras se han tomado. Lo hacemos sin querer alarmar, simplemente queremos información clara y concisa sobre la situación actual de la residencia. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Gómez-Chamorro. Tiene la palabra, por tiempo de quince minutos, el señor Director General de Salud Pública.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Muchas gracias, señor Presidente. Ha habido tantas comparencias y tan recientes que ya dan ganas de empezar directamente por la segunda intervención, porque veo que ya todo el mundo sabe mucho de esto, pero, si me lo permiten, voy a empezar por la primera intervención, para centrar un poco la cuestión y aclarar algunas cuestiones que parece que están un poco nebulosas, a pesar de todas las intervenciones y opiniones vertidas con anterioridad.

Señorías, la Dirección General de Salud Pública ha realizado, mediante los recursos del Área Única de Salud Pública, numerosos controles oficiales en la residencia de personas mayores Francisco de Vitoria con objeto de comprobar las condiciones relativas tanto a la higiene y seguridad alimentaria como a la sanidad ambiental. Como es natural, me voy a referir a las inspecciones efectuadas por esta Dirección durante esta Legislatura, pues con anterioridad habría que citar las efectuadas por otras unidades administrativas dentro del Plan Integral de Inspección de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Esa enumeración de datos, de los que también disponemos y seguramente se los hemos trasladado mediante peticiones escritas, convertiría esta intervención en innecesariamente redundante y onerosa para los potenciales oyentes a través del streaming, que supongo que son muy pocos, pero a los cuales creo que también debemos un respeto.

Dentro de los programas de seguridad alimentaria de la Comunidad de Madrid el servicio de restauración de los centros públicos con finalidad social y su población destino es una de las prioridades, ya que la población destinataria es, en general, considerada como vulnerable, en nuestro caso personas mayores, al encontrarse dentro de los perfiles de mayor riesgo. Trataré solo brevemente esta cuestión porque, a pesar de la formulación un tanto confusa de la petición de comparecencia, entiendo que su interés principal no es este en absoluto. A través del programa de evaluación de la seguridad alimentaria de centros dependientes de entidades y organismos públicos con finalidad social se pretende conseguir que estos centros puedan garantizar la inocuidad de los alimentos suministrados mediante la implantación de sistemas de autocontrol basados en los principios de análisis de peligros y puntos críticos de control y en las prácticas correctas de higiene.

Como se recoge en el artículo 10 del Reglamento Comunitario 882/2004, las tareas relacionadas con los controles oficiales se efectúan por medio de métodos y técnicas adecuados, como es el caso de la vigilancia, la verificación, la auditoría, la inspección, el muestreo y el análisis - traigo aquí esto, y hago un inciso, porque me parece necesaria la analogía, y ya verán por qué más adelante-. Los controles oficiales se realizan mediante auditorías en las que se evalúan los sistemas de autocontrol basados en principios de APPC, como acabo de decir, que deben desarrollar de forma obligatoria en los centros públicos con finalidad social, según este artículo 5 del Reglamento 882.

En el caso de la Residencia de personas mayores Francisco de Vitoria, de Alcalá de Henares, el último control oficial realizado fue en noviembre de 2018, siendo el resultado de la misma "favorable condicionado", que es una situación muy habitual en la práctica, porque implica un proceso de mejora continua al encontrarse pequeñas deficiencias que no implican merma de la seguridad alimentaria. Esta es una primera aclaración; hay a veces deficiencias que no implican merma de la seguridad, tanto en higiene alimentaria como en la sanidad ambiental.

En cuanto al programa de inspección anual de las instalaciones de riesgo frente a legionela que tiene implantado la Comunidad de Madrid, está dirigido fundamentalmente a la vigilancia y control de las instalaciones con mayor probabilidad de proliferación y dispersión de legionela, como son las torres de refrigeración y los condensadores evaporativos, así como los sistemas de agua caliente sanitaria en instalaciones que pulverizan agua al ambiente, considerándose por todos los expertos que son las primeras, es decir, las torres, las instalaciones de mayor riesgo, teniendo el resto un papel secundario. Como aclaración, quiero indicar que la Residencia Francisco de Vitoria carece de equipamientos de alto riesgo: carece de torre de refrigeración y carece de condensador evaporativo; es decir, carece de instalaciones de alto riesgo y me parece importante remarcarlo.

En lo que se refiere a los dispositivos de provisión de agua caliente sanitaria -de los que obviamente sí dispone-, en 2018 se han realizado por técnicos de la Dirección General de Salud Pública 833 inspecciones, de las cuales 319, el 38 por ciento, corresponden a residencias de personas mayores. En concreto, en 2018 se han inspeccionado 274 residencias, de un censo total de 401; es decir, el 65 por ciento de cobertura. En algunas residencias se ha realizado más de una inspección ya que al tratarse de una población vulnerable se realiza un seguimiento para que se adopten las

medidas necesarias por el centro para evitar riesgos a los residentes ante cualquier incumplimiento observado. Observen que hacemos aproximadamente el 65 por ciento de inspecciones de todas las residencias del censo, es decir, que aproximadamente cada año y medio hacemos un recorrido por todas las residencias de ancianos de la Comunidad de Madrid; no estamos yendo todos los días, salvo que sea estrictamente necesario.

La legionela es una bacteria gram-negativa, ubicua y no erradicable -esta es una cuestión importante: no es erradicable-, cuyo hábito al natural implica ambientes lacustres, humedales o simplemente concreciones de materia orgánica en ambiente de humedad, donde conviven en equilibrio y simbiosis con protistas, como las amebas, proliferando especialmente bien a temperaturas parecidas a las de interior del cuerpo humano, es decir, sobre los 37 grados. En nuestras edificaciones estas condiciones se pueden reproducir en el interior de las instalaciones de agua caliente sanitaria, donde se produce inevitablemente una suerte de mucílago con fuerte carga biológica conocida biofilm. Este biofilm se coloniza muy frecuentemente con legionela; si eso sucede, como es habitual en infinidad de edificios públicos, no se puede aspirar a la erradicación, solamente al control.

Segunda aclaración de la tarde: los inspectores de salud pública ni autorizan centros ni certifican la ausencia de legionela. No estamos aquí para eso, para lo que estamos es para verificar el cumplimiento de lo exigido en el Real Decreto 865/2003; insisto, el objetivo es el control, no la desaparición completa de la bacteria, y por supuesto proteger la salud pública.

Como tercera y última aclaración, para contextualizar la cuestión, dado que inevitablemente toda la referencia a legionela puede generar alarma, hay que insistir en que no ha habido ningún brote de legionela en Alcalá de Henares ni en su residencia Francisco de Vitoria. La legionelosis, para mayor abundamiento, no se transmite por agua de bebida, que quede absolutamente claro, solamente por los aerosoles que eventualmente puedan ser inhalados y que contengan la bacteria. Habría que remontarse nada menos que a 2012, como usted bien ha recordado, año en el que se detectó un caso de enfermedad en un residente -que se restableció favorablemente- y que no se asoció a ningún brote; quedó clasificado entonces -y ya son años- como caso esporádico, y cada año se producen decenas de casos esporádicos en la Comunidad de Madrid y en toda España, como es natural.

Centrado ya el tema y para concretar, el conjunto de inspecciones de los dos últimos años, años en los que la reforma integral de la residencia ha tenido una gran intensificación, es -y reproduzco las palabras de mi jefe de sección, naturalmente, como no podía ser menos- la constatación de incumplimientos, que ahora verán cómo han ido evolucionando. A 30 de mayo se produce esta constatación: el suministro de agua caliente no alcanza la temperatura de 50 grados en numerosos puntos de la instalación; en los módulos muestreados existen deficiencias en cuanto a temperatura; no existían entonces instrucciones escritas en el procedimiento de medición de temperaturas ni se tomaban correctamente los registros de temperatura; la empresa encargada de la desinfección no parecía tomar adecuadamente las temperaturas en los puntos terminales, y se carecía también de planos actualizados. Bueno, pues todo eso queda recogido en actas; efectivamente, son

actas de inspectores, naturalmente. Son deficiencias; deficiencias que ya verán cómo han ido evolucionando.

Asimismo, en los cultivos realizados por la propia empresa gestora se encontraron evidencias de presencia de legionela en diferentes proporciones y en diferentes cuentas de colonias. Pero esta situación no representaba peligro, y es muy importante que ustedes lo sepan y lo tengan claro; esta no es una situación que represente peligro para los residentes, es una situación de incumplimiento de un reglamento. Lo que sí implican es un amplio recorrido de mejora, eso sí, que en el ámbito de nuestras competencias, que son la vigilancia y el control de la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica..., que, por cierto, no pretende ni puede sustituir el asesoramiento técnico ni de los gabinetes de ingeniería de los que dispone la AMAS ni de las empresas especializadas en el control de legionela, que están integradas en ANECPA, en la Asociación Nacional de Empresas de Control de Plagas.

Realizamos numerosos contactos y reuniones desde el verano pasado, que son constantes porque la colaboración es óptima entre la Dirección General y la AMAS, y su resultado ha sido muy bueno en la medida en que se están corrigiendo los desequilibrios hidráulicos detectados en la instalación mediante la eliminación de los innecesarios retornos, que dificultaban la obtención de temperatura en los puntos terminales. Se ha procedido desde hace ya varios meses a la repetida desinfección nocturna por hipercloración de toda la instalación para evitar cualquier problema; además, se declara el agua, porque también podría plantearse la cuestión de, si se hiperclora por la noche, qué pasa con el agua de día; pues se han instalado decloradores para evitar que haya problemas y se ha analizado esa agua, que es absolutamente potable y reúne todas las condiciones exigibles por los reglamentos.

La AMAS nos ha comunicado la inminencia del cambio de contrato de empresa de eficiencia energética y además ha certificado que ha efectuado la contratación de personal específico para corregir esos pequeños problemas que se habían detectado en cuanto al purgado de grifos, el control de temperatura, los registros, etcétera, constatándose una evidente mejoría. Fíjese si se constata la mejoría que el viernes a mediodía estuve por ahí y pude verificar personalmente que los registros de temperatura son correctos en este momento: por encima de 50 grados. Por parte de la AMAS se han llevado a cabo reestructuraciones en la red en varios módulos, aparte de una reforma integral que es verdaderamente impresionante -les invito a que la conozcan porque creo que hay que destacarla-; han contado con empresas expertas en la aplicación de medidas preventivas y de control; han realizado un gran esfuerzo de análisis de numerosos puntos terminales para poder tener un seguimiento del estado de las mismas y poder realizar los tratamientos correctivos de choque, tal como indica el real decreto, y también -muy importante- han adoptado medidas de control de los residentes, de manera que hay módulos que mientras estuvieron en reforma estuvieron vacíos y aún continúan vacíos o no ocupados hasta que se verifiquen los aumentos de caudal y, definitivamente, el control de las temperaturas. El control de las temperaturas es esencial para el control de la bacteria; la bacteria no va a desaparecer, pero va a mantenerse en niveles bajos de colonización si las temperaturas son superiores a 50 grados en los grifos, para entendernos. Además se han instalado los

costosos e importantes filtros antilegionela en los puntos en los que se ha detectado legionela; filtros antilegionela que se han ubicado en todos esos grifos, etcétera. Y además se han eliminado los difusores de ducha, que son los principales generadores de bioaerosoles.

Quiero insistir en algo muy importante, porque se ha insinuado y las insinuaciones siempre pueden generar de alguna manera sospecha o miedo, y es que no ha sido preciso adoptar medida cautelar alguna, que, señorías, quiero que sepan que, si hubiera habido que adoptarla, se habría adoptado tanto en un centro público como en uno privado o en uno concertado, porque para eso está la autoridad sanitaria, para proteger la salud de los residentes en este caso. No ha sido necesario en ningún caso, porque en ningún momento ha habido peligro para los residentes; de hecho, a día de hoy, sigue habiendo módulos que estaban cerrados hasta la verificación de esas condiciones.

Por último quiero destacar que hay una estrechísima relación de colaboración entre la AMAS y la Dirección General de Salud Pública, sin menoscabo de las funciones que, como autoridad sanitaria, les acabo de mencionar en aras de proteger la salud de los residentes y de los trabajadores.

Creo que con esto he hecho un esbozo; por supuesto en mi segunda intervención contestaré a más cuestiones. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. Tiene la palabra la señora Marbán por tiempo de siete minutos.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Gracias, Presidente. Buenas tardes, señor Director General. Ha comenzado diciendo que la iniciativa era confusa. Lo que tenemos nosotros y nos ha hecho llegar además el portavoz del Partido Socialista –al que se lo agradecemos- es una documentación y una serie de informes que no nos resultan para nada confusos. Lo que queremos es preguntarle acerca del contenido de los informes. Lo que está claro es que tiene que haber un control ya que esto es un problema de salud pública. Nos sorprende que usted diga que exista el favorable condicionado y que, aun así, usted lo apoya, porque, cuando hay legionela, nosotros entendemos que tienen que haber un control absoluto; no estamos hablando de otras circunstancias sino nada más y nada menos que de legionela. Si usted dice que carece de torres o de instalaciones de alto riesgo, entonces, ¿dónde está el origen de este problema? Si es la temperatura del agua –aparentemente algo fácil de solucionar-, desde luego nosotros entendemos que hay que poner todo el énfasis sobre ello. Cuando vemos y leemos en los informes que la AMAS no ha puesto las medidas correctoras oportunas –y en este caso es un informe de agosto de 2018 referido a las medidas que estaban solicitadas en agosto de 2017-, creemos que los tiempos no acompañan a la vehemencia con la que usted nos está demostrando la actitud y la actividad de su Dirección de Salud Pública.

Y en ese conjunto de medidas, lo más importante que usted tiene que entender también a través de los portavoces políticos es que estamos hablando, en calendario, de que esto empieza en el año 2012 –estamos en el año 2019-. Es muy importante que usted se lleve la idea de que no gozamos de muchas plazas de residencias como para que tengamos sin ocupar ese volumen de plazas y que se esté dilatando tanto en el tiempo la apertura de estas plazas en un centro de mayores de Alcalá de

Henares. Además se dice también en uno de los informes que el origen de este problema quizá pudiera deberse a un conflicto en el que priman los criterios económicos de sostenibilidad del edificio sobre los criterios sanitarios, cuando estamos hablando de una obra que se está realizando y que para nada podemos pensar que son los criterios económicos los que priman por encima de los suyos. En conclusión, nos gustaría saber si va a haber sanción, puesto que usted representa al órgano de Salud Pública que está haciendo el seguimiento y tienen capacidad para que sancionen a la empresa y para que esto se cierre correctamente, se abran esas plazas y se controle al cien por cien. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Marbán. Señora San José, tiene la palabra.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Señor Director General, ahora nos dice en su comparecencia que no ha habido ningún brote, que tenemos que estar tranquilos porque aunque la legionela no se puede erradicar ustedes vigilan y controlan, y además que, por eso mismo, no se ha adoptado ninguna medida cautelar. Lo que no sabemos es lo que ha pasado esta semana, pero lo que conocemos –y por eso el portavoz del Grupo Socialista pidió esta comparecencia– son todos los informes que hay hasta el año pasado. Indudablemente, usted ahora nos habla de que ahora mismo está todo muy bien y que no hay ningún riesgo. Ya sabemos que no ha habido ningún brote, lo sabemos, pero todo esto empieza en 2012 cuando sí hubo un caso; es verdad que no un brote –lo sabemos–, pero sí hubo un caso. Si uno se preocupa de repasar todos los informes de la inspección, ¡todos desde entonces!, las auditorías que ustedes pasan anualmente, como ha dicho, todas han tenido ítems, ya sea de vigilancia de la alimentación o del agua fría o caliente sanitaria, y siempre han estado condicionados; como se encontraba legionela en las muestras, se daban unas pautas para su mejora, y eso no se ha hecho en estos últimos años. Hablo de la auditoría de octubre de 2013, en la que aparece legionela nada menos que en 31 de las 34 muestras. Se hace otra auditoría en 2014 e igualmente el resultado volvía a ser favorable en una serie de ítems –de agua, alimentación, etcétera, etcétera–, condicionada a un plan de medidas correctoras. Todo esto son los informes de la Dirección de Salud Pública del Área 3. Así, llegamos a octubre y diciembre de 2014, cuando vuelve a detectarse legionela en el agua caliente de los módulos de la residencia, ¡módulos donde hay residentes!, donde están los usuarios. Seguimos hasta enero de 2015 y se vuelve a constatar lo mismo, recordando en el informe de Salud Pública que la responsable es la AMAS, que es de quien depende esta residencia. Saltamos de nuevo a junio de 2015 y lo mismo, y en 2017, más recientemente, se vuelve a ver que las temperaturas no son las idóneas y, por tanto, se vuelve a detectar legionela.

Hemos podido leer una serie de informes en los que se determina, como usted también ha hecho referencia, que no parece que las personas que tomaban las temperaturas o que desinfectaban y cloraban las aguas lo hicieran conforme al reglamento, igual que parece que en 2017 se hizo otro plan de medidas para que esto mejorase. Y en 2018 dice el inspector que cabe considerar que la elevada prevalencia de legionela en el edificio, en determinados tramos, continúa. Comprendemos, porque también lo hemos leído, que se han tomado ciertas medidas, pero esos edificios siguen manteniendo un riesgo, ¡siguen manteniendo un riesgo! No creo que de verdad se quiera esperar a que haya un brote de legionela que afecte a estos usuarios. Se continúa diciendo en el informe de la

inspección que el origen de este problema quizás pudiera deberse a un conflicto en el que priman criterios económicos de sostenibilidad del edificio sobre criterios sanitarios. Explíqueme si esto, que es de mayo del año pasado, quiere decir algo. ¿O es que todo se ha arreglado desde finales del año pasado a hoy? Porque yo creo que aquí, aunque ustedes desde Salud Pública nos digan que solo tienen que vigilar y controlar, hay una responsabilidad del Gerente de la AMAS, ¡hay una responsabilidad! Y en este edificio, de manera reiterada, en las muestras del agua caliente sanitaria y del agua fría, se encuentra un riesgo, y es en lo que queremos insistir, porque no parece que esto dé seguridad a esos usuarios, a esas personas mayores y vulnerables. ¿Es que estamos esperando a que haya un brote de legionela que afecte a decenas de personas? ¡Habría que cumplir el Reglamento para evitar ese riesgo, aunque hasta ahora no haya habido un brote! Por lo tanto, pensamos que hay responsabilidad –repito– en el Gerente de la AMAS y que Salud Pública, con estos informes de sus técnicos, no puede asegurar lo que nos dice: que no sucede nada. Muchas gracias.

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

El Sr. **GÓMEZ-CHAMORRO TORRES**: Muchas gracias. Gracias por sus explicaciones, señor Director General. Espero que ahora se centre, en su segunda intervención, más en la residencia por la que le hemos preguntado concretamente. Nos ha hecho un repaso por todas las inspecciones que hace por las residencias de la Comunidad de Madrid, de lo cual le felicitamos, porque nos alegra y nos tranquiliza que se estén supervisando, pero estamos hablando de la residencia de Alcalá.

En la residencia de Alcalá –lo he acotado precisamente a esta Legislatura, porque no voy a encuestarle a usted sobre algo que no era de su responsabilidad en 2013 y 2014– hemos visto, como han dicho los portavoces que me han precedido en el uso de la palabra, que durante 2012 todos y cada uno de los informes que tenemos vienen advirtiendo sobre lo que pasa. Es más, en los informes, en septiembre de 2015, en octubre de 2015 y en diciembre de 2015 ya se advierte de las circunstancias, de la responsabilidad de garantizar la salud de los residentes y de los trabajadores, que deberán mantener en el tiempo las medidas que se vienen aplicando, porque algo estaba pasando. Por último, el técnico de su departamento, que es el Jefe de Salud Pública del Área 3, lo que dice es que le parecen bien las medidas de traslados horizontales que vienen haciendo por plantas. ¿Por qué dice esto? Porque lo que se detecta aquí claramente es que, cuando iban a hacer el muestreo en aquellas plantas que estaban en peores condiciones, automáticamente trasladaban a los residentes a las plantas que estaban en mejores condiciones. Muy bien, ¿pero eso elimina los problemas de la residencia? A mi juicio, no; a mi juicio, no.

Lo más preocupante para nosotros es que el informe de julio de 2017 es contundente –lo han relatado los portavoces anteriormente–, es contundente: el resultado técnico del edificio indica un muy elevado riesgo de proliferación microbiana y particularmente de legionela, entre otras cosas que dice el informe, como pueden suponer. Reconocemos que hay cuestiones que han mejorado, claro, pero el fondo, la realidad, el problema, persiste, y la única medida que tomaron es quitar las alcachofas de las duchas –buena medida–, claro, para que no haya vaporización, pero seguimos con

un riesgo -que viene en todo el informe- constante. Las personas encargadas de estas tareas de control carecen de formación como personal encargado de las operaciones de mantenimiento higiénico-sanitario de las instalaciones con riesgo de legionela. Eso lo detectaron en 2017: "A la vista de lo anterior, no se puede asegurar que el agua para beber que llega a los residentes en los comedores se haga con niveles adecuados". Es un relato constante; podría estar aquí media hora leyendo todos los informes.

Bien, se hace una inspección y Salud Pública dice todo lo que tiene que decir. Se da un plazo -que lo dan el Técnico Superior de Salud Pública y el Jefe de Sección Ambiental- de quince días. Si yo me tengo que guiar por la documentación que ustedes me han mandado, entiendo que entre el mes de julio de 2017 y el mes de junio de 2018 ino se ha vuelto a decir nada en la residencia!, o al menos no me han remitido a mí los informes que les pedí oficialmente. Y nos enteramos de que en 2018 ino se ha acometido ninguna medida correctora de las que se habían indicado en 2017! ¿Usted cree que desde la Dirección General de Salud Pública no se debe tomar ninguna medida cautelar cuando una empresa hace caso omiso a las medidas correctoras con el plazo que ustedes dan? ¿Usted no es la autoridad sanitaria en esta materia? ¿Usted no tiene que velar por las condiciones higiénico-sanitarias, más allá del porcentaje de riesgo? Es que aquí ha habido una desobediencia clara de una empresa, aunque sea pública, a la autoridad sanitaria. ¿Por qué no tomó ese mismo criterio en la cafetería de la piscina de Zarzalejo este verano, que la cerraron inmediatamente? Lo digo por poner un ejemplo. Ahí, como no acometieron las medidas correctoras, la cerraron; medidas cautelares: cierre hasta que se ejecuten las medidas correctoras.

En agosto de 2018 vuelven ustedes a repetir lo mismo, sigue todo igual. Leo textualmente: "Las medidas correctoras de agosto de 2017" -es agosto de 2018- "no se han puesto en marcha. Las medidas correctoras se deben llevar a cabo por la AMAS y su departamento de mantenimiento. Entiendo que todas las sustituciones de tuberías que se están haciendo deberán ser tenidas en cuenta. En lo que respecta a la temperatura del termo, estamos a la espera de que nos indiquen cómo han hecho las medidas". Es que en todos los informes -usted lo sabe igual que yo porque no me creo que usted no se lo haya leído todo antes de venir, no digo que lo tenga que saber al dedillo todos los días porque para eso tiene sus áreas-, en todos los informes los técnicos, los funcionarios de Salud Pública dicen que una de las empresas, Hermo, parece que no está enterada de lo que pasa allí. En otro informe dicen que parece que no se ajusta o no es la metodología de coger las muestras y en otros -y ese no nos lo han mandado- que habría que equilibrar primero los módulos nuevos, que sí los he visto y felicité al Consejero por la obra que hicieron allí, le felicité porque se ha hecho una obra extraordinaria y ojalá pudiéramos en dos o tres años hacer esa misma obra en todas las residencias que están en peores condiciones. Pero permítame que desde mi ignorancia no entienda cómo se puede conectar una obra nueva a tuberías viejas con trazabilidad de legionela. Desde luego, entenderá que no le estoy culpando a usted, ¿no?

Esto es lo que está pasando en la residencia. Nosotros tenemos la obligación, como representantes políticos, no lo traemos aquí por gusto para la bronca, para decir qué hemos dicho o qué hemos dejado de decir. ¡Claro! Ayer le tuvimos que decir al Gerente de la AMAS que el

responsable de que en ese periodo no se haya hecho la obra que dijeron ustedes es él. ¿O no es él? ¿O es el peón de mantenimiento? ¿O es usted? Usted no tiene capacidad para hacer la obra, usted dice lo que hay que hacer o su departamento, pero el responsable de no haber acometido las medidas correctoras es quien es.

Entonces, el objeto de su comparecencia hoy es que necesitamos desde la oposición, desde los representantes legítimos de la ciudadanía, no seguir diciendo lo que nos parece pero... Es decir, queremos saber qué valor da usted a los informes y a los incumplimientos de su departamento. ¿Considera usted que el riesgo es bajo para no tomar ninguna medida? Y, por último, ¿garantiza usted el principio de precaución? La seguridad absoluta no se la voy a exigir ni a usted ni a nadie, pero el principio de precaución que permita...

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando por favor, señor Gómez-Chamorro.

El Sr. **GÓMEZ-CHAMORRO TORRES**: No una actitud de inacción, nos lo deberá garantizar usted al menos. Es lo menos que se puede pedir ya que entendemos que habría que ser más agresivos en la resolución de los problemas de la residencia, pero como ustedes no se inmutan por nada pues, como decía la doctora San José, esperamos y deseamos que esto se quede en esta comparecencia. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Gómez-Chamorro. Señor Raboso, tiene la palabra.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señor Presidente. Creo que conviene clarificar algunas cuestiones desde un punto de vista técnico-médico. La legionela, si no recuerdo mal, es una bacteria que se identificó a mediados de los años setenta por un brote en una convención de la legión americana en un hotel, y el brote se produjo por una bacteria hasta entonces desconocida que causó la muerte de bastantes miembros de la legión americana –por eso se llama legionela- y, ya digo, costó encontrar cuál era el responsable y cuál era el mecanismo de transmisión, y al final se encontró en las torres de refrigeración del hotel donde se estaban reuniendo y el mecanismo de transmisión era el aire acondicionado.

La legionela produce una neumonía, no produce otro tipo de infección, y es necesario, para contraer la legionelosis, aspirar un aerosol con la bacteria, no hay otro mecanismo de transmisión: no se puede tragar, es decir, es inocuo por deglución, por contacto o por cualquier otro tipo de entrada en el cuerpo humano; es necesario aspirar legionela para que produzca problemas. Y en la mayoría de los casos los pacientes son personas con una situación de salud comprometida, como pueden ser efectivamente ancianos, enfermos crónicos, enfermos con inmunosupresión, con inmunodepresión, o niños en la primera edad, si no recuerdo mal. Pero es muy importante insistir en que legionela hay que aspirarla; no existe, en general, otra forma de contraer la legionelosis y lo que produce es una neumonía. Entonces, en las infraestructuras en las que hay que vigilar la legionela son fundamentalmente aquellas que pueden producir un aerosol, que son las torres de refrigeración y los intercambiadores de calor, los condensadores por evaporación, que son los que de alguna forma

pueden generar aerosoles contaminados por legionela. Porque la legionela es una bacteria ubicua, es decir, que existe en nuestras fuentes, existe en nuestros estanques, existe en nuestros charcos, existe prácticamente en cualquier acúmulo de agua que tenga una temperatura adecuada, que tenga unas condiciones apropiadas, que tenga algo de corrosión y que tenga algo de materia orgánica; no hay posibilidad de eliminar legionela porque legionela está en todos lados. Esta situación se da en medicina en muchas circunstancias.

Se está hablando aquí de que si hay legionela en el agua, de que si hay legionela en el agua sanitaria, etcétera, pero lo cierto es que el agua sanitaria es cultivo casi puro de pseudomona y, si legionela puede ser una bacteria peligrosa, pseudomona especie es una bacteria muchísimo más peligrosa que legionela; lo que pasa es que para que pseudomona genere problemas se requieren determinadas condiciones que no suelen darse a través del agua corriente sanitaria y, por tanto, pues tampoco produce enfermedad. También tengo que recordar que, por ejemplo, en la tierra, en el suelo, existen patógenos que son verdaderamente letales, pero, salvo determinadas circunstancias, nuestros hijos juegan en los parques, tocan la tierra, etcétera, y no se producen infecciones como por ejemplo mucor, que en otras circunstancias son verdaderamente terribles. Así que, tan importante como la existencia de bacteria –en este caso legionela- es si esas bacterias tienen acceso, por así decirlo, a un vector que tenga la capacidad de generar la enfermedad en el humano.

Por tanto, yo creo que hay que desdramatizar un poco el hecho de que haya legionela en el agua sanitaria, porque, hombre, es verdad que, por ejemplo, en las duchas podría generar un problema -por eso se cambiaron las alcachofas de las duchas, para controlar la cuestión-, pero legionela donde puede dar problemas es en aquello que genera un aerosol que podamos aspirar, no en un agua que nosotros utilicemos para lavarnos habitualmente, etcétera, etcétera. Y eso yo creo que es una cosa que hay que considerar importante; de hecho, en la Comunidad de Madrid, en la que hay un plan de control de las torres de refrigeración y de los intercambiadores de calor, los condensadores por evaporación, etcétera, pues la verdad es que yo creo que nuestra incidencia de legionela es muy baja, porque está entre 0,6 y 2 casos por cada 100.000 habitantes y año, lo cual yo creo que es una tasa de incidencia muy razonable.

En el entorno de Alcalá de Henares y Torrejón en los últimos cinco años ha habido 17 casos; ninguno en la residencia de la cual estamos hablando, lo cual yo creo que es un dato importante. Con respecto a esta residencia, consta que se han hecho controles, como se hacen en todas aquellas instalaciones que tienen torres de refrigeración y que tienen intercambiadores por evaporación y como se hacen regularmente, y se hacen además desde hace muchos años, es decir, que esto es una medida de salud pública muy básica: la de controlar el nivel de legionela y las condiciones de crecimiento de legionela en estas instalaciones, que la verdad es que es una medida nada excepcional y que se hace con suma regularidad en todos los países civilizados del mundo sin ningún tipo de problema y, por supuesto, en la Comunidad de Madrid.

Consta que en esta residencia en el año 2018 hubo dos inspecciones y que en esas dos inspecciones se detectaron defectos en el control de la temperatura del agua caliente sanitaria y

algunos errores en la forma en la cual se tomaban las temperaturas del agua. Hombre, a ver, es cierto que son cuestiones que hay que corregir, pero no suponen una amenaza y menos una amenaza inmediata para las personas que viven en esa residencia, porque decimos que es algo que afecta a la temperatura del agua caliente sanitaria, es decir, que no se estaba detectando legionela en las torres de refrigeración ni en los intercambiadores por evaporación, porque esa instalación, además, carece de torres de refrigeración y de evaporadores, que son las instalaciones verdaderamente peligrosas y bajo estrecha vigilancia de que pueda haber legionela en ellas. Que esta bacteria se encuentre en el agua caliente sanitaria no es deseable, como no es deseable que existan muchas otras bacterias que seguro que también estaban en esa agua caliente sanitaria, pero no es un problema dramático bajo ningún concepto y, por tanto, creo que no se debe dramatizar.

Además, sobre estas cuestiones se tomaron una serie de medidas, que fueron la eliminación de los retornos de agua para corregir los desequilibrios hidráulicos que dificultaban conseguir la temperatura correcta en la instalación. Si nosotros tenemos una instalación en circulación permanente que de vez en cuando para, cuando vuelve el agua, si no existe una válvula antirretorno, vuelve otra vez agua al depósito central y eso, evidentemente, dificulta mucho el mantenimiento de la temperatura; se resuelve con la instalación de válvulas antirretorno en todo el sistema. Es una cosa sencilla de hacer y que no tiene mucho problema desde el punto de vista de mera fontanería; se tomó una medida para corregir esta situación.

También comenzó a hacerse desinfección nocturna mediante hipercloración de las instalaciones, aunque probablemente tampoco es una cosa necesaria y no va a acabar con la legionela, porque pueden disminuirse el número de colonias de legionela en cada muestra pero no vamos a terminar con la legionela, porque la legionela siempre va a estar ahí, como siempre está en cualquier volumen de agua suficientemente grande y sometido a unas condiciones ambientales que puedan favorecer la aparición de la bacteria.

Se cambió la empresa que gestionaba la eficiencia energética, que este también es un dato importante. La contratación de personal que va a llevar el control exhaustivo de las temperaturas de todas las zonas de la instalación tendrá que hacer hincapié, además, en las zonas más críticas, es decir que habrá personal adicional para realizar controles adicionales, y luego se reestructurará la red de agua caliente sanitaria y se van a instalar o se están instalando filtros antilegionela en puntos concretos de la red, lo cual probablemente es más que suficiente para controlar una situación que en ningún momento ha supuesto un riesgo para la salud de las personas que estaban allí.

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

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Creo que eso es algo que hay que resaltar. Por lo demás, nos parece que las medidas tomadas son suficientes para una cuestión que es un problema menor y que no ha supuesto un riesgo para las personas que viven allí; como tal, desde el Grupo Popular, queremos reconocérselo al Director General. Muchas gracias.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Muchas gracias, señor Presidente. Intentaré ir por orden; no obstante, haré alguna alusión cruzada porque igual es más útil en la medida en que en parte se han repetido las observaciones.

Al hablar de inspecciones, señora Marbán, me refería a que nosotros hacemos inspecciones en el ámbito de sanidad ambiental y también en el de seguridad e higiene alimentaria. Por eso lo he traído aquí, aunque suponía que, en el fondo, lo que esencialmente querían era hablar de sanidad ambiental y de legionela, obviamente, pero me ha servido de percha, como dicen los comunicadores, para contarles el programa que hacemos en relación con las mejoras en higiene y seguridad alimentaria en las cocinas hospitalarias -tenemos aquí al Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria-. Nosotros hemos avanzado mucho más en estos últimos cuatro años, y en concreto en los dos años de los que yo puedo hablar, en el ámbito de las mejoras, desde luego, desde el punto de vista de inversión es algo impresionante y desde el punto de vista de los resultados también, con la colaboración y con la auditoría, es decir, ayudando, mejor que con la cachiporra. Esto es así. Todos somos sector público, la empresa pública también es pública, es financiada por el dinero de los madrileños, y es mucho más útil ayudar a mejorar que el mero procedimiento sancionador, que parece que se sugiere como algo sumamente importante y que hemos dejado de hacer.

El señor Gómez-Chamorro iba muy bien, desde mi punto de vista, porque, por supuesto, estaba respetando el hecho de que llevamos una Legislatura -en concreto, yo dos años- y que la visión un poco durantista de Podemos... El durantismo es la doctrina filosófica que dice que todo está a día de hoy presente como si no hubiera pasado el tiempo. En el tiempo de las redes sociales, el durantismo es casi la norma porque nada prescribe, todo está siempre ahí. El 2012 hace mucho que pasó, las circunstancias de 2012 ya no existen en absoluto; le he dicho a usted que el caso quedó calificado como esporádico, no hubo un brote, y desde entonces hasta acá se ha hecho una intensísima inversión y reforma en la residencia que el señor Gómez-Chamorro reconoce, como yo también, que es verdaderamente encomiable.

Durante todo este tiempo, como lo recordaba el señor Raboso, no ha habido realmente peligro para los residentes y además la medida cautelar la ha adoptado la propia AMAS, porque cautelarmente AMAS ha decidido tener a los residentes en lugares en los que no se había detectado ninguna cuenta de colonias de legionela. Iba todo muy bien, hasta que nos dijo esto, que para nosotros es como una daga en el corazón: no se inmutan ustedes por nada. Pues, eso no se lo puedo aceptar; nosotros estamos pendientes, muy pendientes, absolutamente pendientes, de la seguridad de la salud de los madrileños, y lo cierto es que no ha habido casos en la residencia, no ha habido casos en la ciudad de Alcalá de Henares, no ha habido ninguna epidemia en estos tiempos recientes en la Comunidad de Madrid. Y estamos pendientes porque las instalaciones, como les decía, no son susceptibles de la erradicación de la bacteria, la bacteria va a persistir, va a colonizar instalaciones; de hecho, alguien mencionaba la evidencia científica y existen artículos que hablan de hasta el 85 por

ciento de edificios públicos colonizados por legionela, es decir, que es una realidad, es una realidad incómoda, pero es una realidad con la que hay que convivir.

En cuanto a las medidas que han aplicado las empresas que han pasado por ahí, tampoco podemos calificarlas de inútiles integrales o de displicentes. Mire, es tan compleja la realidad de legionela que la innovación, la tecnología, sugiere opciones desde la fotocatalisis, la pasteurización, el uso de radiaciones ultravioletas, infinidad de mejoras potenciales, pero que, en definitiva, tienen un impacto a veces menor cuando las circunstancias son las que son: instalaciones colonizadas con presencia de una fuerte carga de biofilm, que es difícilísimo que desaparezca la bacteria. Nosotros no nos dedicamos a hacer asesoría de ingeniería y el que quiera aprender eso que vaya al Colegio de Ingenieros o que consulte a la consultora. Han tenido oportunidad de preguntarle reiteradamente a los servicios sociales, y yo creo que ha contestado ampliamente también la AMAS, pero, en todo caso, no es nuestra competencia. Nosotros verificamos el cumplimiento del reglamento, del Real Decreto, y, efectivamente, los incumplimientos que ha habido se han constatado reiteradamente; por esa razón a partir de agosto intensificamos todas las acciones, y la respuesta ha sido óptima y la colaboración es ejemplar. Creo que en ese sentido solo puedo redundar sobre lo antedicho.

Efectivamente, ¿las cuestiones de eficiencia energética pueden entrar en conflicto con las cuestiones de seguridad y sanidad ambiental? Potencialmente, sí; en la práctica, nunca, porque prevalece siempre la seguridad de las personas sobre cualquier cuestión de ahorro, o eficiencia energética o ambiental, aunque si estuvieran aquí los responsables de Medio Ambiente les dirían que estamos comprometidos a nivel europeo e internacional por el marco de referencia de emisiones, que también tiene su importancia; nosotros no somos los únicos en lo público, las cuestiones de eficiencia energética y de control de emisiones de CO2 están, como saben, bien, bien, de manifiesto. Me gustaría mostrarles este gráfico simplemente para que vean cómo, efectivamente, a medida que la temperatura de los puntos de la red aumenta por encima de 50 grados el recuento de colonias disminuye linealmente; es decir, que esa es la clave del control, y tan es así que es en lo que está trabajando activamente la AMAS en los últimos tiempos de una manera muy activa.

No ha habido, insisto, necesidad de ninguna medida cautelar; quizá no han entendido lo que significa una medida cautelar. Una medida cautelar es cerrar la instalación, con el consecuente daño para los residentes que, como usted bien recordaba, son familias que requieren imperiosamente ese recurso asistencial sociosanitario. Nosotros no hemos constatado peligro para los residentes ni para los trabajadores, por eso no se ha tomado ninguna medida cautelar. Este edificio tiene torre de refrigeración, si tuviéramos que cautelarmente cancelar la habitabilidad durante unas semanas hasta que se realice la limpieza de esa infección lo haríamos, por supuesto, pero no lo hemos tenido que hacer ni en este ni en otros edificios públicos porque no se ha constatado ese alto riesgo para los residentes.

Creo que es redundar un poco sobre lo mismo, pero, en fin, como conclusiones: la presencia de legionela en grandes circuitos hidráulicos del agua caliente sanitaria es un hecho ampliamente conocido y documentado debido a la gran ubicuidad de la bacteria. Por ello, el hallazgo de legionela

en instalaciones como la de la residencia de personas mayores Francisco de Vitoria es un hecho que debe ser aceptado como algo no inusual sino, al contrario, como un hecho habitual.

La particular ecología microbiana -como nos recordaban hace un minuto- de la legionela le confiere una gran capacidad de persistencia en las instalaciones, y el resultado de la misma es que hay una alta reincidencia una vez que parece que está erradicada y, pese a los numerosos tratamientos de choque y actuaciones, la erradicación de la legionela en instalaciones contaminadas no será posible; por tanto, el objetivo será mantener bajo control la contaminación dentro de unos niveles aceptables que supongan un bajo riesgo.

Como ya habrán constatado por las intervenciones, las medidas de prevención y control de legionelosis que en general se proponen van en dos direcciones: evitar las condiciones que favorecen la supervivencia y multiplicación de la bacteria en las instalaciones y, luego, controlar la emisión de los aerosoles. En el primer caso, las condiciones estructurales deficitarias, el inadecuado caudal y temperaturas de mantenimiento del agua caliente sanitaria -o bajas- hacían que estas medidas fueran inabordables pese a actuaciones como el mantenimiento de niveles altos de desinfectante residual o la instalación de un sistema complementario de desinfección, como la ionización cobre-plata. Se demostraban poco eficaces la puesta en marcha de los tratamientos mediante hipercloración o pasterizaciones reiteradas sobre instalaciones que tenían recuentos positivos, pero la reforma integral que se ha efectuado en la residencia ha permitido ahora aproximarnos a la situación óptima; es ahora cuando podemos verdaderamente aumentar flujos y caudales, insisto, metiéndome en un tema que es estrictamente de la AMAS, que es ingenieril, que es puramente constructivo, que no depende de la Dirección General, pero que, como digo, está mejorando ampliamente.

En cuanto al control de las emisiones, lógicamente lo que se ha hecho es ubicar a los residentes en zonas libres constatadas como libres, o bien la supresión de los dispositivos de aerosolización, que son los difusores de las duchas, y el control de los equipos de alta respiratoria o la instalación de filtros antilegionela.

También hay que indicar que se ha constatado que la bacteria contaminante de la red es Legionella Pneumophina del serogrupo Olda, que es una cepa de baja virulencia y está identificada, según datos del Centro Nacional de Microbiología, como raramente ocasionante de brotes nosocomiales, es decir, que no es una bacteria de alto riesgo.

Bueno, se pueden preguntar por qué, si aparecen casos positivos de legionela en la red, no se han producido nuevos casos humanos. Pues precisamente por lo que les estamos comentando: porque las medidas efectuadas, aunque hayan sido parciales, han sido suficientes para evitar esos contagios y porque, además, la instalación es en su conjunto de bajo riesgo. *(La señora San José Pérez pronuncia palabras que no se perciben).*

El Sr. **PRESIDENTE**: Silencio, por favor.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Insisto en que nosotros las medidas cautelares, es decir, cerrar una instalación, las hacemos cuando hay inminente riesgo. El señor Gómez-Chamorro ha traído aquí un ejemplo que no tiene nada que ver y no es comparable en absoluto, pero si hemos aplicado una medida cautelar no quepa duda de que había riesgo inminente. Nosotros no retiramos mercancía de un mercado, de una instalación o de una fábrica de productos de origen animal simplemente porque nos parezca o porque sospechemos...

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Martínez Hernández): Y quiero aclararles que una cosa son opiniones o cuestiones técnicas que un técnico pueda aportar en un informe y otra cosa son los hechos objetivos constatados en actas. Los hechos objetivos constatados en actas no constituyen suficiente evidencia como para haber hecho -y, de hecho, así ha sido- una medida cautelar en la Residencia Francisco de Vitoria.

En conclusión, creo que ha quedado acreditado que no ha habido peligro para los residentes y que las cosas están mejorando, así como que nuestro papel dentro de nuestras competencias ha sido ampliamente cumplido. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General; gracias por su comparecencia. Pasamos al tercer punto del orden del día.

PCOC-28/2019 RGE.230. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.ª Pilar Sánchez Acera, diputada del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre motivos para el desmantelamiento del Centro de Especialidades Blas de Otero de Alcobendas.

Por favor, señor Alemany, ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Para la formulación de la pregunta les recuerdo que tienen un tiempo de diez minutos repartidos a partes iguales entre el autor de la pregunta y el señor Director General, con lo cual, tienen cinco minutos cada uno. Tiene la palabra la señora Sánchez Acera.

La Sra. **SÁNCHEZ ACERA**: Muchas gracias, señor Presidente. La pregunta que hemos planteado es: ¿cuáles son los motivos para el desmantelamiento del centro de especialidades Blas de Otero de Alcobendas? Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Señor Director General, tiene la palabra.

El **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Gracias, señor Presidente. Señoría, le tengo que confesar que me ha costado mucho poder encontrar una respuesta a esta pregunta porque, cuando me he parado a reflexionar qué es lo que hacemos en el Servicio Madrileño de Salud, he concluido que es todo lo contrario al

concepto de desmantelamiento por suspensión de un servicio; todo lo contrario, porque en el Servicio Madrileño de Salud precisamente lo que queremos es garantizar la asistencia sanitaria de cobertura pública, integral y de calidad de todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid, dando respuesta a sus necesidades de salud en todos los ámbitos de actuación, en la promoción, en la prevención, en el tratamiento, en el cuidado, en la rehabilitación y en la mejora de la salud.

Basamos nuestra organización precisamente en el principal valor, que es la atención al ciudadano como eje del sistema. Todas las actuaciones que hacemos en el Servicio de Madrileño de Salud vienen determinadas por los principios de calidad y equidad. Asimismo, intentamos potenciar la responsabilidad la solidaridad y la transparencia en nuestras actuaciones; prueba de ello es que yo mismo, en aras de la transparencia, me reuní con varias asociaciones de vecinos de la zona y les expliqué cuál era la situación del centro Blas de Otero, las medidas que se estaban tomando, las actividades que se estaban realizando en el hospital y la explicación de las mismas. Tras dicha reunión los propios vecinos me comunicaron que les habían parecido muy bien las explicaciones que se habían dado, porque no hablábamos del caso del Blas Otero sino de más cuestiones de la zona. Es decir, no ha habido desmantelamiento, no ha habido desorganización, no ha habido desarticulación o algo, no ha habido demolición, que son los conceptos que yo he encontrado en el diccionario sobre el significado de desmantelar. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Director General. Señora Sánchez Acera, tiene la palabra.

La Sra. **SÁNCHEZ ACERA**: Muchas gracias, señor Alemany, por la capacidad o, mejor dicho, la incapacidad que tiene de sentir cómo los ciudadanos de Alcobendas sienten que se está desmantelando el centro de salud, en este caso, centro de especialidades Blas de Otero; centro de especialidades de La Paz que, como usted bien sabrá –o a lo mejor no-, en el año 1974 fue construido en un solar que cedió un vecino al Instituto Nacional de Previsión, que posteriormente se incardinó dentro del Ministerio de Sanidad de manera gratuita, y que nosotros llamamos Blas de Otero. Desde entonces fue dedicado a la sanidad pública en la zona norte de Madrid, en el cual ha habido muchas, por no decir una gran variedad de especialidades que se han estado dando en dicho centro.

La Plataforma de Sanidad Pública de la Zona Norte de la Ciudad de Alcobendas ha venido denunciando desde hace mucho tiempo el desmantelamiento de los servicios de este centro y el Pleno del ayuntamiento de Alcobendas se ha pronunciado en contra de este desmantelamiento –que ya sé que a usted esta palabra no le gusta, pero es lo que se está produciendo- de este edificio desde el punto de vista de los servicios sanitarios que se están dando. No lo ha hecho una vez, lo ha hecho varias veces a través de distintas mociones, como, por ejemplo, en 2012, en 2015 y en 2016, solicitando a la Consejería de Sanidad que no fuera quitando especialidades o que volviese a dar especialidades a este centro. En el año 2016, por ejemplo, se presentó una moción por parte del Grupo Municipal Socialista, a instancias de la Plataforma de Sanidad Pública de la Zona Norte, que fue aprobada por todos los Grupos Municipales, excepto por el Partido Popular, que no tiene mayoría en el Ayuntamiento de Alcobendas aunque gobierna, con lo cual la moción salió aprobada y fue remitida

para que tuviéramos conocimiento de esta petición. Y le puedo decir, señor Director General, que el Partido Popular en ese momento se oponía a ese desmantelamiento y dijo: hemos estado hablando con la Consejería. De hecho, en marzo de 2016 la Teniente de Alcalde de Servicios Sociales de este ayuntamiento se había reunido con la Consejería de Sanidad y le había dicho que se iba a incrementar el número de especialidades que iban a estar dentro de ese centro de salud, ¡ustedes sabrán lo que dicen! De hecho el 10 de marzo de 2016 nos dice: nos ha trasladado la Consejería de Sanidad que van a venir ciertos servicios médicos, no solamente servicios médicos centrales –que era una crítica- sino otros servicios médicos. Incluso se dijo: nos han dicho que van a venir servicios de salud mental a ese centro. Esto nos lo decía el Primer Teniente de Alcalde del Ayuntamiento de Alcobendas, que es del Partido Popular, sobre las reuniones que había tenido una Concejala del Partido Popular que llevaba este tema. ¿Cuál es nuestra sorpresa? Que en ese centro de especialidades ha habido muchas especialidades -ahora mismo está oftalmología, dermatología y fisioterapia-, entre otras, ginecología -yo he tenido tres embarazos y los tres han ido por allí, el último en 2008, no hace tantos años- y otorrinolaringología; es decir, ha habido muchísimas especialidades que han ido saliendo. Este es un espacio necesario desde el punto de vista de la ciudad.

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

La Sra. **SÁNCHEZ ACERA**: Ahora nos vemos con que la Consejería de Sanidad, ni corta ni perezosa, en vez de cumplir con estos acuerdos que había trasladado a los representantes municipales del Ayuntamiento de Alcobendas en 2016, ha cedido parte de ese espacio que tenía que ir para sanidad pública a instalaciones que tienen que ver con otra Administración, en este caso, la Administración de Justicia. Si esto no es un desmantelamiento, usted y yo quizás no tengamos mucho más que decirnos. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Sánchez Acera. Señor Director General, tiene tres minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Gracias. Efectivamente hace un histórico, lógicamente, y desde el año 1964 este centro de especialidades periféricas pertenecía a La Paz, pero lo que no ha dicho es que en 2008 se construyó un hospital para la atención sanitaria de especialidades hospitalarias para la población de la zona; luego no es que se redujera el servicio sino que se aumentó con la construcción de un hospital, creo que en el año 2008, más o menos.

Efectivamente, el compromiso estaba en mantener la oftalmología, la dermatología y la rehabilitación y en ubicar la salud mental en un centro mejor que en el que estaba, y sabe usted que ahora mismo está ubicado en un centro mejor que en el que estaba. ¿Compromiso? Yo mismo le dije a las asociaciones de vecinos que la dermatología, la oftalmología y la rehabilitación se iban a mantener en el centro de salud Blas de Otero.

Si miramos los datos de actividad del hospital y el impacto que tiene en la atención sanitaria de la población de Alcobendas y en la población que recibe, le puedo decir que es un hospital que

ahora mismo demuestra, según los datos del Sistema de Información de Atención Hospitalaria, un correcto funcionamiento, habiendo disminuido la estancia media global del centro, ha aumentado la ambulatorización de los procesos, ha disminuido el porcentaje de urgencias ingresadas y hay un índice de satisfacción muy alto según la encuesta de satisfacción de la población de Alcobendas y de toda la población que deriva en ese hospital.

Por lo tanto –no nos vamos a poner de acuerdo-, todo lo contrario, no ha habido desmantelamiento sino que ha habido potenciación en la zona de los servicios de Atención Especializada con la construcción de un hospital en el año 2008. Muchas gracias.

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

PCOC-29/2019 RGE.293. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.ª Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Gobierno de la Comunidad del cese de la Comisión de Docencia del Hospital Ramón y Cajal por parte de su Director Médico.

Les recuerdo que tienen un tiempo de cinco minutos cada uno. Tiene la palabra la señora García Gómez.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, Presidente. Quería preguntarle cuál es la valoración del Gobierno, de la Consejería de Sanidad, sobre el cese de la Comisión de Docencia del Hospital Ramón y Cajal.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García Gómez. Señor Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Gracias, Presidente. Señoría, efectivamente la Dirección del Hospital Universitario Ramón y Cajal fue informada y confirmó anomalías en el funcionamiento y en el sistema de nombramiento de vocales y tutores de programas de formación de la Comisión de Docencia. Igualmente se detectaron varias actuaciones irregulares en el desarrollo de las funciones del Jefe de Estudios y Presidente de la Comisión de Docencia, lo que motivó su destitución.

Por todo ello, la Dirección del Hospital procedió a la renovación de la Comisión de Docencia con carácter provisional, a la espera de la eminente publicación de un reglamento de funcionamiento de las Comisiones de Docencia para la Comunidad de Madrid. Por lo tanto, hacemos la valoración de la decisión de la Dirección médica de que nos ha parecido oportuna, adecuada y aprobada según la norma. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Director General. Señora García Gómez.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Buf, buf, buf. Qué casualidad que justo se detectaran irregularidades en esa Comisión en el momento en el que la Comisión le pide explicaciones al Director Médico, al doctor Utrilla, por unos cambios impuestos por la Dirección en la composición de ese organismo, que estaban en desacuerdo con el nombramiento del vocal que proponía la Dirección, de una amiga que no cumplía los requisitos. ¡Qué casualidad que en ese momento se pone en cuestión a toda la Comisión de Docencia! ¡Qué casualidad que el Director Médico, que es una persona elegida – llamémoslo- a dedo, de una manera arbitraria...! (*El señor Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria pronuncia palabras que no se perciben.*) Sí, porque, por lo que nosotros sabemos, la Ley de Buen Gobierno, que ya hace un año aprobamos en esta Cámara, no se ha puesto en marcha y actualmente no hay ningún reglamento que esté dispuesto para elegir a los directivos o a los gestores de los hospitales. Me alegro de que se ría, porque a lo mejor tiene usted otra información. Entre otras cosas, este Director Médico fue elegido mucho antes, pero, bueno, a lo mejor tiene usted otra información. Qué casualidad, que este Director Médico, que es elegido de una manera arbitraria - cosa con la que queríamos acabar con la Ley de Buen Gobierno pero que no ha sido posible a lo largo de toda la Legislatura-, cesa a toda una Comisión, a 20 miembros –iya tiene que haber habido irregularidades en esa Comisión!- que sí han sido elegidos mediante un procedimiento formal y reglamentado, ¡fíjese!, y de una manera bastante más democrática. (*El señor Raboso García-Baquero pronuncia palabras que no se perciben.*) ¡Bastante más democrática, doctor Raboso! ¡Las Comisiones se eligen o por lo menos pasan por la Junta Técnico-Asistencial!, ¡por lo menos! Es decir, que hay una Junta Técnico-Asistencial que ha sido elegida democráticamente, compuesta por representantes de los profesionales de la institución, que por lo menos da el visto bueno a una Comisión, cosa por la que no ha pasado un Director Médico.

Nos parece que es una situación absolutamente insólita, absolutamente anormal, y que ustedes le den apariencia de normalidad nos preocupa muchísimo porque significa que todos los ceses arbitrarios para ustedes son normales, lo cual viene a justificar que ustedes sigan manteniendo en el sistema sanitario un sistema más bien feudal, que ampara más la obediencia que la competencia. ¡Ustedes no nos han hecho ningún análisis sobre por qué había que cesar a toda la Comisión de Docencia! ¡Esa Comisión de Docencia! ¡En ese momento! ¿No en noviembre? ¿No en septiembre? ¿Justo había sido irregular en el momento en el que piden explicaciones a la Dirección? Eso sí que es bastante irregular.

Ustedes están normalizando el concepto de red clientelar, en el cual un directivo tiene capacidad de decir: quiero que pongan ustedes aquí a mi amiga y, si no, ceso a toda la Comisión de Docencia. Y, como sabrá o espero que sepa la Consejería de Sanidad, una Comisión de Docencia lleva un largo trabajo, lleva una gran trayectoria –por lo menos la del Ramón y Cajal y la de todos los hospitales- en el tema de la docencia y de un día para otro no se puede decir: ¡ah!, esta Comisión de Docencia no nos sirve. ¿Qué pasa entonces? ¿Qué pasa con el resto de Comisiones? ¿Podemos hacer eso también con la de Farmacia, con la de Tumores...? ¿Podemos hacer eso con todas las Comisiones? ¿Podemos hacer eso con todos los profesionales que han sido elegidos de una manera más democrática, que no digo yo que sea la mejor manera, pero por lo menos tiene un proceso y un reglamento? ¿Ustedes de verdad normalizan esta situación y les parece normal que un Director

Médico...? Y no voy a entrar en los calificativos, porque no sé si el señor en cuestión decía frases altisonantes a todos unos profesionales que están ahí!, como: "¡No me toquéis los huevos!" (*El señor Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria pronuncia palabras que no se perciban.*) Eso es lo que está publicado. ¡Esa es su manera de dirigir un hospital!, con esa frase, básicamente.

La arbitrariedad, la red clientelar, la obediencia, son lo que ahora mismo está impregnando el sistema sanitario. Intentamos que a través de la Ley de Buen Gobierno eso no fuera así, pero ustedes no la han puesto en marcha, supongo que porque a ustedes les compensa esta arbitrariedad, esta obediencia y este sistema feudal que rige actualmente en nuestros hospitales. Ustedes podrían haber acabado con esta lacra, pero supongo que consideran que los puestos de Dirección son puestos que están al albur de los caprichos de los directivos y de la Consejería de Sanidad. Nos parece una absoluta irresponsabilidad, nos parece una anomalía que ustedes avalen este tipo de actuaciones, porque significa que mañana cualquier miembro elegido a dedo puede cesar a Comisiones enteras de profesionales que han sido elegidos democráticamente. Nos parece una absoluta irresponsabilidad y nosotros pediríamos el cese del Director Médico de este hospital o, por lo menos, que se le abra una investigación. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García Gómez. Señor Director General, tiene cuatro minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Gracias, señoría. Yo no sé si en cuatro minutos voy a poder explicarle a su señoría el argumento de por qué...

El Sr. **PRESIDENTE**: Sí que va a poder, sí. (*Risas*).

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Lo voy a intentar y creo que después de poder escucharme, aunque sea de forma comprimida durante estos cuatro minutos, a lo mejor le hago recapacitar sobre algunas de las palabras que ha dicho, que son bastante fuertes.

En mayo de 2018 se produjo la dimisión voluntaria de dos vocales de la Comisión de Docencia mediante correo electrónico al doctor Jesús Corres, en ese momento Presidente de la Comisión de Docencia. Dicho Director solicitó al Director Médico que nombrara una persona como vocal designado por la Dirección del hospital; en esta solicitud no constaba ningún perfil o cualificación en particular que tuviera que tener el designado. Tras la recepción de este correo, el Director Médico se reunió con el Presidente de la Comisión de Docencia y con la Adjunta a la Gerencia en Gestión del Conocimiento para pedir detalles sobre la designación. El Director Médico designó entonces a la doctora Sandra Redondo López como vocal.

En la siguiente reunión de la Comisión de Docencia no fue convocada la doctora Sandra Redondo. El Presidente de la Comisión de Docencia justificó la no convocatoria de este miembro en que debía discutirse su idoneidad para este cargo, basándose en que no era tutora de su especialidad

ni reconocida su capacidad docente, aspectos que se discutieron durante la reunión solo para este vocal, porque el propio Director de la Comisión había nombrado un Director que tampoco era tutor ni tenía acreditación docente; la doctora Sandra Redondo es profesora universitaria. Dos meses después los dos nuevos vocales de la Comisión sí fueron convocados a la siguiente reunión de la Comisión.

Simultáneamente, en las reuniones del Director Médico con el Presidente y otros miembros de la Comisión de Docencia se trató el tema de los nombramientos de tutores, por el que se habían recibido quejas. En relación con esto sucedieron dos hechos que fueron motivo de cuestionamiento en las actuaciones de la Comisión de Docencia y en especial de su Presidente: una, el Presidente de la Comisión de Docencia hacía las propuestas de nombramientos de tutores al Director Médico empleando una fórmula que no se adecuaba a la norma, y ahora la explicaré; dos, se contravenía la regulación vigente, ya que por un procedimiento irregular basado en encuestas anónimas la Comisión de Docencia hizo propuestas de tutores que no eran los candidatos idóneos según los jefes de servicio. Conforme a lo anterior, el Director Médico pidió explicaciones al Presidente de la Comisión de Docencia sobre el procedimiento anterior, llegando a la conclusión de que las elecciones de tutores no eran bien publicitadas ni contaban con garantías de transparencia, tampoco se podía rastrear qué residentes habían entregado las encuestas anónimas y, por último, había tutores que tenían nombramientos ilimitados sin fecha de acreditación, mientras otros sí que tenían un periodo de duración máximo limitado.

Las repetidas quejas recibidas en la Dirección Médica en lo que se refiere a opacidad y falta de transparencia en el nombramiento de los tutores y a la elección de vocales de la Comisión de Docencia, que hasta ahora no había seguido el calendario de renovación de las Comisiones Clínicas del hospital, motivaron la reiterada solicitud por parte de la Dirección Médica del hospital de una renovación amplia de los tutores de formación de las unidades docentes y de las vocalías de la Comisión Docente. La exigencia a mantener las vocalías, a la que se ha accedido en votaciones que la Dirección Médica entiende como escasamente publicitadas y sin un control en algunos casos, con un total de cinco votos para 1.300 médicos en el hospital -esto es, un 0,3 por ciento de apoyo- carece de toda legitimidad.

Por todo ello, la Comisión de Dirección del hospital, el día 28 de noviembre, acordó la destitución del Jefe de Estudios, el doctor Jesús Corres, así como la renovación de los miembros de la Comisión de Docencia. Estas decisiones fueron ratificadas por la Junta Técnico-Asistencial en la misma fecha en que se celebró la audiencia. Los perfiles de vocales y el procedimiento para la renovación de la Comisión de Docencia se publicaron en la intranet del hospital para que se conocieran por todo el personal del hospital y, en particular, se remitieron a todos los especialistas en formación, a los tutores de todas las especialidades, a los responsables docentes y a los jefes de servicio y coordinadores de distintas unidades del hospital. En posterior reunión de la Junta Técnico-Asistencial se procedió a la elección de los vocales; la elección actual de los vocales para componer la Comisión de Docencia se consideró con carácter provisional o interino a la espera de la inminente publicación de un reglamento de funcionamiento de las Comisiones de Docencia que se está realizando ahora mediante un grupo de expertos.

Por último, se consideran profusas y debidamente explicadas las decisiones tomadas por el Hospital Universitario Ramón y Cajal en relación con la pregunta parlamentaria que nos ha hecho; sin embargo, todavía habría que explicar algo más. Según la normativa el doctor Jesús Corres fue nombrado por la Dirección-Gerencia del hospital en el año 2014 como Jefe de Estudios y Presidente de la Comisión de Docencia. La Dirección entiende que se han venido produciendo una serie de actuaciones consideradas irregulares, por lo que el Comité de Dirección del hospital propuso la destitución, como antes he dicho, el 28 de noviembre de 2018. La propuesta de destitución y nombramiento de un nuevo Jefe de Estudios fue oída y ratificada por la Junta Técnico-Asistencial y la Comisión Mixta. Algunas de las conductas a las que se aluden en la decisión son: una, falta de supervisión de los tutores y desconocimiento por parte del Jefe de Estudios de la aplicación de los programas formativos, incluso desconociendo el grado de cumplimiento de los objetivos docentes del contrato programa de gestión del Hospital Ramón y Cajal. Dos, anomalías en la gestión de los cursos para residentes en formación, coordinados por el propio doctor Jesús Corres, en los que en su mayor parte participaba como docente y no entraban dentro de la programación de formación determinada por la Consejería. Tres, la utilización por parte del doctor Jesús Corres de imágenes del Hospital Ramón y Cajal para el anuncio de actividades particulares realizadas en una academia privada con finalidad lucrativa.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Pero no solo es esto, el acta de la Comisión de Docencia de la última reunión anterior de la Comisión señala que la Secretaría de la Comisión de Docencia hizo el borrador del acta de la misma y la envió al Presidente, que en ese momento era el doctor Jesús Corres; este borrador nunca fue aprobado por la Comisión de Docencia ni debidamente firmado. el Presidente, ya cesado, remitió por correo electrónico a algunos de los miembros de la Comisión, desde su correo personal, un acta distinta a la que había elaborado la propia Secretaría. El día 2 de enero de 2019 el acta realizada por el doctor Jesús Corres se remitió a la Secretaría como acta definitiva y como si ya hubiera sido aprobada por todos los miembros de la Comisión de Docencia, una actuación totalmente irregular.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Yo creo que está suficientemente justificada y aclarada la situación que se produjo con la Comisión de Docencia del Hospital Ramón y Cajal. Muchas gracias.

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

PCOC-30/2019 RGE.P.294. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.^a Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos

Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Gobierno de la Comunidad de la situación de las fracturas de cadera en los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Tiene la palabra la señora García Gómez.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, Presidente. Señor Director General, ¿qué valoración hacen el Gobierno de la Comunidad de Madrid y la Consejería de Sanidad de la situación de las fracturas de cadera de los hospitales de la Comunidad de Madrid?

El Sr. **PRESIDENTE**: Señor Director General, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Muchas gracias, Presidente. Muchas gracias, señoría. Efectivamente, en la Comunidad de Madrid hay 23 centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud que tienen servicio de cirugía ortopédica y traumatología donde se programa actividad quirúrgica y se da cobertura a todo el proceso de atención al paciente con fractura de cadera. El manejo de la fractura de cadera, como usted sabe, señoría, se basa en la evidencia científica y en cómo hay que abordarla, incluye las consideraciones de opciones quirúrgicas y el cuidado perioperatorio, y en todos los centros existen protocolos periquirúrgicos en los que se trata de controlar todos los factores de riesgo que pueden aumentar las complicaciones derivadas del proceso. La situación, por tanto, de los pacientes con fractura de cadera en los hospitales de Madrid la consideramos, contestando a su pregunta, adecuada. De todas maneras, ante la posibilidad de una variabilidad en la práctica clínica detectada en alguna información, se tomaron las medidas oportunas que después, si quiere, le explicaré.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Director General. Señora García Gómez, su turno.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Mire, en la última guardia que hice en septiembre me encontré con que nos llamaron para una fractura de cadera y mi residente preguntó por qué operábamos una fractura de cadera que se acaba de producir esa misma mañana, cuando los traumatólogos tenían una lista de espera de más de siete días. Preguntándoles a los traumatólogos, efectivamente, tenían una lista de espera a finales del verano de más de siete días. Una de las causas –no la única, pero una de ellas- pudiera ser que los quirófanos que se habían programado de traumatología a lo largo de todo el verano habían disminuido a la mitad: habíamos pasado de 84 quirófanos en el año 2017 a 38 quirófanos de traumatología en 2018. La respuesta de la Dirección ante esta situación de fracturas de caderas operadas con más de siete días -que ahora les contaré cuál es la morbimortalidad que ello conlleva- fue que ya mejoraríamos los datos para finales de año, señorías. Mejorar los datos está muy bien si no fuera porque en el caso de la sanidad siempre detrás de un dato hay un engorroso ser humano, que deja de ser un dato para ser un paciente y que, en este caso, puede fallecer o tener complicaciones y morbimortalidad.

Ustedes nos hablan de que la media de las fracturas que se operan en menos de 48 horas es el 52 por ciento; por cierto, un indicador que salió de esta Comisión, porque aquí preguntamos qué indicador era ese de altas con menos de veinte días y dijimos que ese indicador, efectivamente, no indicaba nada. A ustedes, bueno, parece que les parece bien un 52 por ciento, que solo un 52 por ciento se operen, con una variabilidad, como usted ha dicho, amplísima, con algunos hospitales que tienen hasta el 30 por ciento. Lo primero que le quería preguntar es si usted considera que los datos que están en el Observatorio de Resultados del SERMAS son fiables, porque salen unos datos con una variabilidad muy grande incluso en el número de casos de fracturas de cadera: se contabiliza que puede haber unas 400 fracturas de caderas por cada 10.000 ciudadanos mayores de 65 años, más o menos, y resulta que tenemos hospitales en los que es casi el doble. ¿Están contabilizadas mal? Tenemos unos datos, tenemos el Ramón y Cajal y la Fundación Jiménez Díaz, que tienen casi el doble que el resto de los hospitales, ¿esto lo han analizado? ¿Puede ser que, a lo mejor, estén codificando mal? ¿Puede ser que estén poniendo como fracturas de cadera lo que no son? Porque si hay algo peor que no tener datos es que los datos sean erróneos y no sean reales, y estos, en este caso, nos dan un cierto sesgo que no podemos entender.

Según los datos del Observatorio, efectivamente, en menos de 48 horas se opera al 52 por ciento. Ustedes dicen –usted lo ha dejado entrever- que puede ser por motivos clínicos, porque los pacientes requieren un proceso. Una de dos: o son unos artífices de la falta de responsabilidad, o no estudian la evidencia científica que usted ha dicho que hay y que ustedes deberían conocer. Empiezo con un artículo de la Revista española de geriatría, que incluye ocho hospitales de Madrid y dice una cosa que me ha encantado: “El sesgo de interés de tratar”. Hay un sesgo porque tienen interés de tratar las fracturas de cadera; me encantaría que hubiera ese sesgo en la Consejería. “Se intervinieron en menos de 48 horas el 35 por ciento. La causa más frecuente de demora fueron los problemas logísticos, administrativos y de gestión; es más, la demora por inestabilidad clínica fue un 7 por ciento y la demora por estar tomando fármacos anticoagulantes, un 12 por ciento”. ¡Un gran estudio!

Cito otro trabajo, esta vez de la Revista española de cirugía ortopédica y traumatología, de 2017: “De los pacientes declarados aptos para cirugía, solo se operaron el 44 por ciento; más de la mitad, el 55 por ciento, no se intervino pese a no tener ninguna contraindicación clínica”. Otra vez más fue por problemas administrativos, burocráticos, de gestión o lo que sea.

En otro trabajo que se hizo en el Gregorio Marañón figura que se intervinieron en menos de 48 horas el 35 por ciento. La causa más frecuente fue la falta de quirófanos, en un 60 por ciento; la falta de quirófano no significa que falten quirófanos, tenemos quirófanos, lo que falta es personal que habite esos quirófanos. Es como cuando se habla de la falta de camas: no es que falten camas, es que falta personal que habite esas camas.

Efectivamente, ustedes tienen unos datos con unas diferencias entre unos centros y otros que llaman muchísimo la atención: en el Ramón y Cajal, un 30 por ciento; en La Paz ha pasado de un año a otro de un 35 por ciento a un 80 por ciento; tendrán que ir ustedes a preguntar qué han hecho

en La Paz para que esos datos, si es que son fiables, hayan mejorado de esa manera tan espectacular.

El retraso en sí mismo no sería preocupante si no fuera porque estos pacientes sufren una mayor morbilidad, mortalidad y, por supuesto, suponen un mayor coste. En cuanto a mortalidad, ustedes miden la mortalidad al alta, que oscila más o menos en torno al 6 por ciento. Resulta que en los datos que ustedes publican en el Observatorio también hay un rango absolutamente dispar entre unos hospitales y otros: hay unos hospitales que tienen casi el doble de la mortalidad observada frente a la esperada. ¿Ustedes han analizado esto, por qué se mueren más los pacientes con fractura de cadera? Una cosa que habría que recomendar que se explicara es que por fractura de cadera no se muere solo en el hospital, también se muere en el posoperatorio e incluso se muere en el primer año; ese es un dato que tendrían que explicar.

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

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Termino. Morbilidad, mayor número de escaras, neumonías, aumento del grado de dependencia..., en fin, hay un montón de trabajos que tienen que ver con esto. Pero también nos resulta que es más caro. Un estudio de la Osakidetza dice que, más o menos, por cada día de estancia de estos pacientes estamos perdiendo 1.000 euros, y también que, en una estancia total de 1,8 días, cada día que se demora la cirugía tenemos un alargamiento de la estancia de 1,8 días.

En definitiva, tras esta publicación de los resultados, sobre la que no sabemos si los datos son fiables o no, ¿qué han hecho ustedes y qué van a hacer? Porque eso es lo que más nos importa. Si ustedes tienen una analítica y no hacen nada, no nos resulta útil para nada. Hay estudios más que evidentes para que ustedes pongan quirófanos y personal para que se puedan tratar las fracturas de cadera en tiempo y forma, para que la gente no se muera y para que no sufra complicaciones, que no pase a ser más dependiente y que esto no pase a ser mucho más costoso. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García Gómez. Señor Director General, tiene cuatro minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Muchas gracias, señor Presidente. Señoría, efectivamente, iclaro que hemos hecho cosas! Y es lo que le voy a explicar: qué hemos hecho, porque, como usted bien dice, también nos entran dudas sobre si los datos están bien recogidos o no al ver su variabilidad.

¿Qué hemos hecho? Hemos reunido a 16 sociedades científicas, entre las que figura precisamente la Sociedad española de Geriátría y Gerontología, con el fin de ver el impacto del tipo de fractura subsidiario de la fractura de cadera en la Comunidad de Madrid, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial en este proceso, y se ha puesto en marcha un registro -no a nivel de la Comunidad sino a nivel nacional- de fractura de cadera, registro que se está llevando en el Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz -el IdiPAZ- y que coordina el Registro Nacional de

Fracturas por Fragilidad en el Anciano; es decir, vamos a analizar si los datos con los que nos encontramos se adecúan o no a la realidad, y para eso hemos hecho un nuevo registro que es realmente una auditoría continua, que pretende conocer el modo de atención a la fractura de cadera en cada uno de los hospitales a lo largo del tiempo, detectando déficits y proponiendo medidas correctoras. A cada hospital se le entregan periódicamente los resultados con sus datos clínicos y de gestión para que conozca en tiempo real la evolución del proceso. Se pretende conocer la situación actual de la atención en España, se estudia la variabilidad, se establecen estándares asistenciales y se plantean objetivos para la mejora asistencial. Al propio Ministerio le ha parecido tan adecuado que está tomando nuestros datos para hacer uso de ellos a nivel nacional, luego creo que sí estamos haciendo cosas desde que hemos detectado el mismo problema que ha detectado usted. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Alemany, por su comparecencia. Pasamos al sexto 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 17 horas y 25 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