

# *Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*



---

Número 710

3 de diciembre de 2014

IX Legislatura

---

## COMISIÓN DE SANIDAD

### PRESIDENCIA

Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> Marta María Escudero Díaz-Tejeiro

Sesión celebrada el miércoles 3 de diciembre de 2014

### ORDEN DEL DÍA

**1.- En su caso, elección del Secretario/a de la Comisión.**

**2.- PCOC-1041/2014 RGEP.9163.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre si podría explicar el Sr. Consejero qué impide al Gobierno remitir la información contenida en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), correspondiente al año 2013, en formato electrónico.

**3.- PCOC-1084/2014 RGEP.9637.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación actual del proyecto de construcción de la carpeta virtual de salud.

---

**4.- PCOC-1088/2014 RGEF.9726.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre análisis económico que justifica el contrato de gestión energética integral del Hospital de Alcalá de Henares.

**5.- PCOC-1102/2014 RGEF.10016.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Normand de la Sotilla, diputado del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre si considera el Gobierno de la Comunidad de Madrid que los partos en el agua deben ser una prestación sanitaria financiada con fondos públicos exclusivamente en hospitales de gestión privada.

**6.- C-411/2014 RGEF.3025.** Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Los Verdes, al objeto de informar sobre situación actual del Plan de Prevención y Control de la Hepatitis C de la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

**7.- C-1171/2014 RGEF.8017.** Comparecencia del Ilmo. Sr. Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos de la Consejería de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia, al objeto de informar sobre justificar la decisión de modificar las condiciones económicas de la empresa concesionaria del Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

**8.- C-1227/2014 RGEF.8284.** Comparecencia de la Ilma. Sra. Viceconsejera de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre balance del pacto contra los trastornos del comportamiento alimentario de la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

**9.- Ruegos y preguntas.**

**SUMARIO**

	<b>Página</b>
- Se abre la sesión a las 16 horas y 8 minutos. ....	39003
— <b>Modificación del orden del día:</b> Tramitación en segundo lugar, del tercer punto, PCOC-1084/2014 RGEF.9637.....	39003
— <b>Elección del Secretario/a de la Comisión.</b> .....	39003

- Interviene el Sr. Raboso García-Baquero proponiendo a la Sra. Orozco Pedroche como Secretaria de la Comisión. ....	39003
- Elección de D <sup>a</sup> Isabel Orozco Pedroche como Secretaria de la Comisión. ....	39003
<b>— PCOC-1084/2014 RGE.9637. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación actual del proyecto de construcción de la carpeta virtual de salud.</b>	39004
- Interviene el Sr. Freire Campo, formulando la pregunta. ....	39004
- Interviene la Sra. Directora General de Sistemas de Información Sanitaria, respondiendo la pregunta. ....	39004-39006
- Intervienen el Sr. Freire Campo y la Sra. Directora General, ampliando información. .	39006-39007
<b>— PCOC-1041/2014 RGE.9163. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre si podría explicar el Sr. Consejero qué impide al Gobierno remitir la información contenida en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), correspondiente al año 2013, en formato electrónico..</b>	39007
- Interviene el Sr. Freire Campo, formulando la pregunta. ....	39007
- Interviene el Sr. Secretario General Técnico, respondiendo la pregunta.....	39008
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Secretario General Técnico, ampliando información.....	39008-39010
<b>— PCOC-1088/2014 RGE.9726. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre análisis económico que justifica el contrato de gestión energética integral del Hospital de Alcalá de Henares.....</b>	39010
- Interviene el Sr. Freire Campo, formulando la pregunta. ....	39010
- Interviene el Sr. Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, respondiendo la pregunta.....	39010-39012
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Director General, ampliando información. ...	39012-39014

<p>– <b>PCOC-1102/2014 RGEF.10016. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Normand de la Sotilla, diputado del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre si considera el Gobierno de la Comunidad de Madrid que los partos en el agua deben ser una prestación sanitaria financiada con fondos públicos exclusivamente en hospitales de gestión privada.</b> .....</p>	39015
<p>- Interviene el Sr. Normand de la Sotilla, formulando la pregunta. ....</p>	39015
<p>- Interviene el Sr. Director General de Atención Primaria, respondiendo la pregunta. . .</p>	39015-39016
<p>- Intervienen el Sr. Normand de la Sotilla y el Sr. Director General, ampliando información.....</p>	39016-39017
<p>– <b>C-411/2014 RGEF.3025. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Los Verdes, al objeto de informar sobre situación actual del Plan de Prevención y Control de la Hepatitis C de la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).</b> .....</p>	39017
<p>- Interviene el Sr. Bejarano Ferreras, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....</p>	39018-39019
<p>- Exposición del Sr. Director General de Atención Primaria. ....</p>	39019-39024
<p>- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Normand de la Sotilla, el Sr. Bejarano Ferreras, el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero.....</p>	39024-39032
<p>- Interviene el Sr. Director General, dando respuesta a los señores portavoces.....</p>	39033-39034
<p>– <b>C-1171/2014 RGEF.8017. Comparecencia del Ilmo. Sr. Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos de la Consejería de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia, al objeto de informar sobre justificar la decisión de modificar las condiciones económicas de la empresa concesionaria del Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).</b> .....</p>	39034
<p>- Interviene el Sr. Normand de la Sotilla, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....</p>	39034-39036

- Exposición del Sr. Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos. ....	39036-39040
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Normand de la Sotilla, el Sr. Bejarano Ferreras, el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero.....	39040-39045
- Interviene el Sr. Director General, dando respuesta a los señores portavoces.....	39045-39046
<b>— C-1227/2014 RGEP.8284. Comparecencia de la Ilma. Sra. Viceconsejera de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre balance del pacto contra los trastornos del comportamiento alimentario de la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea). ....</b>	<b>39047</b>
- Interviene el Sr. Raboso García-Baquero, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	39047
- Exposición de la Sra. Viceconsejera de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras. ....	39047-39052
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Normand de la Sotilla, el Sr. Bejarano Ferreras, el Sr. Aguado Arnáez y el Sr. Raboso García-Baquero. ....	39052-39059
- Interviene la Sra. Viceconsejera, dando respuesta a los señores portavoces. ....	39060
<b>— Ruegos y preguntas. ....</b>	<b>39061</b>
- No hubo ruegos ni preguntas. ....	39061
- Se levanta la sesión a las 19 horas y 38 minutos. ....	39061



*(Se abre la sesión a las dieciséis horas y ocho minutos).*

La Sra. **PRESIDENTA**: Buenas tardes, señorías. Se abre la sesión. Esta Presidencia propone una alteración del orden del día de la sesión de la Comisión, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 107.3 del Reglamento de la Asamblea de Madrid, por la cual el tercer punto del orden del día pasaría a sustanciarse como segundo. ¿Están SS.SS. de acuerdo con la propuesta? *(Asentimiento.)* En consecuencia, queda aprobada por asentimiento la propuesta de alteración del orden del día de la sesión. Pasamos al primer punto del orden del día.

### **Elección del Secretario/a de la Comisión.**

La Mesa de la Asamblea, en su reunión del día 24 de noviembre de 2014, ha acordado tomar conocimiento de la renuncia, como Secretaria de la Comisión, de la ilustrísima señora doña Ana Bella Álava, a quien esta Presidencia da las gracias por la labor desarrollada. Como consecuencia de lo anterior, habiendo quedado vacante la Secretaría de la Comisión de Sanidad, procede la elección de un nuevo Secretario. Esta elección se ha de verificar de acuerdo con lo establecido en los artículos 52 y 54 del Reglamento para los miembros de la Mesa de la Asamblea, adaptados en sus previsiones a la realidad de las vacantes a cubrir, de conformidad asimismo con el artículo 65.5 del Reglamento. No obstante, pese al establecimiento en el Reglamento, en su artículo 125.3, de la necesidad de seguir el procedimiento de elección mediante el sistema de votación por papeletas, en el presente caso, y de acuerdo con los precedentes de la Cámara, si los Grupos Parlamentarios muestran su conformidad lo haremos por el sistema de votación por asentimiento y en los términos de los artículos 122.1 y 123 del Reglamento de la Asamblea de Madrid. ¿Están de acuerdo todos los Grupos en que la votación se realice de esta manera? *(Asentimiento)*.

Antes de proceder a la votación, ¿desean SS.SS. proponer alguna sustitución? *(Denegaciones)*.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señorías. Señor Raboso, ¿a quién propone el Partido Popular como candidato?

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señora Presidenta. El Grupo Popular desea proponer como Secretaria de la Comisión a doña Isabel Orozco Pedroche.

La Sra. **PRESIDENTA**: ¿Están de acuerdo SS.SS. con el candidato propuesto? *(Asentimiento.)* En consecuencia, queda proclamada doña Isabel Orozco Pedroche Secretaria de la Comisión de Sanidad. Por favor, puede pasar a ocupar su puesto en la mesa. *(Pausa.)* Bienvenida, doña Isabel Orozco. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

**PCOC-1084/2014 RGE.9637. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación actual del proyecto de construcción de la carpeta virtual de salud.**

Para su contestación, ruego a la directora general de Sistemas de Información doña Zaira Sampedro que se incorpore a la mesa. (*Pausa.*) Buenas tardes, señora Sampedro. Tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO:** Buenas tardes, señora Presidenta. Mi Grupo da la bienvenida a la señora Directora General, pero, una vez más, lamenta que el Consejero no comparezca en la Comisión. La pregunta que le hago es: ¿cuál es la situación actual del proyecto de construcción Carpeta Virtual de Salud?

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra la señora Sampedro.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA** (Sampedro Préstamo): Muchas gracias, señora Presidenta. Buenas tardes. Para mí es un placer, como siempre, estar aquí con ustedes, en este caso atendiendo la petición de información por parte del Grupo Parlamentario Socialista en relación a la situación actual de la Carpeta Sanitaria Virtual.

Me van a permitir brevemente que, como es habitual, les ilustre sobre la situación en la que está y, como saben, también tendrán a su disposición esta presentación en "power point". Me gustaría empezar recordando que la Carpeta Sanitaria Virtual es un compromiso de la Legislatura, cuando se hablaba de que debía ser accesible desde internet para que todos puedan consultar su historia clínica así como sus citas médicas y prescripciones farmacéuticas. Pues bien, haciendo un breve repaso, el trabajo que hemos venido desarrollando en estos últimos tiempos ha sido a través de un grupo de trabajo conformado fundamentalmente por representantes de la Dirección General de Atención al Paciente y por profesionales de la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria, ver qué características debería tener esta carpeta virtual, qué información se debería poner a disposición de los ciudadanos, con qué requisitos de seguridad, porque, como ustedes bien conocen, es una información sensible, destacando que a quién se va a dirigir es exclusivamente al ciudadano; es decir, que es el ciudadano el que va a poder acceder a su información. También hicimos una serie de "focus group", tanto con ciudadanos pacientes como con profesionales sanitarios para que nos dieran su información. Por supuesto, hicimos un estudio de los servicios que ofrecen otras administraciones sanitarias y también entidades privadas para dar información en el campo de la salud a sus asegurados o a los pacientes que atienden.

Decidimos diseñar un espacio portal del paciente y, dentro de él, el acceso a la Carpeta Sanitaria Virtual. ¿Por qué? Porque realmente, nuestro portal de salud ya ofrece hoy en día una serie de servicios que entendíamos que era oportuno agregar para facilitar el acceso a ellos e incorporar como novedad la propia carpeta sanitaria virtual, tal como veremos a continuación.



Este diseño que ven en la pantalla es el que tiene en este momento. Les adelanto que ya está enteramente diseñado, está construido y estamos en fase de pruebas. Lo que hemos hecho ha sido generar un nuevo espacio, que será accesible desde el portal de salud, al cual se han incorporado, como decía, una serie de novedades; aspectos, como ven aquí, de interés para el ciudadano, para ayudarle con consejos de salud para su cuidado, e información sobre acciones que tiene que hacer en el caso de que tenga algún problema de salud; cómo actuar ante determinadas pruebas diagnósticas o tratamientos y, uno de ellos, la carpeta sanitaria virtual, que es objeto de su pregunta.

La carpeta virtual nace con estos objetivos: proporcionar información personalizada del paciente, ayudarle a conocer la evolución de sus problemas de salud y facilitar información de interés para el paciente sin que tenga que acudir a consulta de asistencia sanitaria cuando pueda ser resuelta a través del acceso a esta información. Básicamente, podrá acceder a datos clínicos que estén, lógicamente, informatizados; consultar y seguir sus principales datos de salud, y tener acceso de una forma unificada al calendario anual de citas, tanto las que ha realizado como las que tiene pendientes, todo ello accediendo desde un único punto; un único punto que vemos en la pantalla cómo sería y al que tendría que acceder en función de la seguridad, de la confidencialidad de la información con certificado digital, reconocido por la Comunidad de Madrid o con el DNI electrónico, que, como ustedes saben, es de aplicación global en el ámbito de las Administraciones. Sabiendo que esto a veces puede suponer limitaciones, estamos trabajando; no se va a incorporar en la primera fase, pero sí en la siguiente, la posibilidad de actuar como un usuario y con contraseña -lo que imagino ustedes ya conocen- a través de un PIN que dura 24 horas y que, de hecho, está funcionando, por ejemplo, en la Agencia Tributaria.

Una vez que entramos en la carpeta sanitaria de salud, esto es lo que veríamos: por una parte, acceso a información clínica, a los indicadores de salud, al calendario de citas, y abajo, de una forma sencilla, acceso a trámites de carácter más administrativo. Una vez que se seleccionara información de datos de salud, se podrían consultar los problemas de salud, los cuidados de enfermería, la medicación vigente, alergias y reacciones, vacunas, información de la incapacidad laboral y también acceder, por supuesto, a la historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud. Todo ello, reitero, con las debidas medidas de seguridad. Aquí ven el detalle de lo que se podría consultar una vez que se accediera a cada uno de los apartados que hemos visto previamente.

Datos de salud. Se han seleccionado algunos datos de salud que podría el propio paciente ir viendo y además visualizando de una forma gráfica, y el calendario de citas, al cual hacía alusión, en el que podría, en esta primera fase, ver todas las citas a las que ha acudido y las que tiene pendientes, tanto con profesionales de atención primaria como con el especialista, haciendo la salvedad de que en la primera fase sería para primeras consultas derivadas desde atención primaria.

También, como he mencionado previamente, la idea es que sin salirse de este único punto, pudiese realizar actuaciones de carácter administrativo: la propia gestión de las citas, la gestión de información en relación a los centros, cambios de profesional, etcétera.

Con esto termino. La previsión que tenemos, como decía, ya está diseñada, construida y en fase de pruebas. Este mes terminaremos de hacer validación de contenidos, que es algo muy importante, y las pruebas de funcionamiento, porque, por supuesto, todos los datos personales de los pacientes salen de los sistemas informatizados que tenemos. Nuestro objetivo sería que, de cara al ciudadano, pudiera estar accesible, funcionando en enero de 2015. Los pasos que con carácter inmediato que vamos a abordar, como decía, parte de los grupos de trabajo que hemos tenido establecidos es hacer un plan de comunicación interno, global para todos los profesionales, comunicación a sociedades científicas y también difusión a asociaciones de pacientes. Muchas gracias.

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

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Buenas tardes. Señora Directora General. Efectivamente, he preguntado por el estado de este proyecto, porque, como usted ha planteado, ha puesto en primera vía un compromiso de programa. Le puedo decir que, efectivamente, usted me ha respondido diciendo: está diseñado, está construido, en fase de pruebas, validación de contenidos. Quiero contrastar esto que usted plantea con el hecho de que aquí mismo traigo, de una comunidad autónoma, el Manual para usuario marzo 2003." (*Mostrando un documento.*) Esto quiero decir que si la promesa se hizo en mayo 2011, estamos a cinco meses, me extrañaría mucho que esto pudiera estar listo en las fechas previstas.

En cualquier caso, me gustaría que me dijera exactamente qué pasos tienen pendientes para que esto funcione. Lo que ustedes tienen, dijeron en enero de 2013 -creo recordar- anunciaron que pueden acceder; debieron poner algo en internet -yo tengo aquí el enlace-, pero, efectivamente, ninguno de los enlaces funcionaba, comprobado por gente competente. Sencillamente, es para saber cómo está y constatar que es una promesa que, me parece, no puede ser cumplida. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra la Directora General.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA** (Sampedro Préstamo): Gracias. Quizá, reiterar que realmente el compromiso y los plazos que tenemos establecidos es que en enero podamos poner en funcionamiento ese servicio. Igualmente, recordarán -que no se lo creían- que hoy, 3 de diciembre, hemos finalizado, tal como nos habíamos comprometido, el despliegue de receta electrónica. Se lo aseguro, señor Freire; no digo un cien por cien absoluto y le digo por qué: primero, cuando hablo de validación de contenidos, ya hay una labor que se lleva a cabo durante un tiempo por profesionales sanitarios, que están validando lo que son contenidos informativos para el paciente, y la información que se vuelca de los sistemas, en cuanto a información clínica y en cuanto a calendarios de citas, ya es información de la que disponemos en nuestros sistemas, y que ustedes saben que se puede consultar por otros lados, que lo estamos agregando.

Lo que comenta usted que se ha puesto en internet es un enlace al HCDSNS, que es la historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud, que a veces puede tener problemas de conexión con el nodo del Ministerio, pero, evidentemente, cuando uno se puede conectar, ve esa información.

Por tanto, lo que le puedo asegurar es que esto que estamos viendo ya es una realidad. Se está terminando de hacer depuraciones y, en principio, nuestra previsión es que en enero pueda estar disponible para los ciudadanos madrileños. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, Directora General. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

**PCOC-1041/2014 RGE.9163. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre si podría explicar el Sr. Consejero qué impide al Gobierno remitir la información contenida en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), correspondiente al año 2013, en formato electrónico.**

Para la contestación a la pregunta, ruego al secretario general técnico don Francisco Lobo que ocupe su lugar en la mesa. Bienvenido, señor Lobo, a esta Comisión, ya que es la primera vez que tenemos el gusto de tenerle aquí. Para formular su pregunta, tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Buenas tardes. Señora Presidenta, de nuevo, doy la bienvenida al Secretario General Técnico, lamentando que no venga el Consejero a responder preguntas que se le hacen a él. Pregunto, en este caso, sobre qué es lo que le impide que el sistema de información nos sea dado al Grupo Parlamentario. Para aquellos que no estén al tanto, sepan que el sistema de información de atención especializada, SIAE, recoge todos los datos de atención especializada tanto de infraestructuras como de actividad.

Este diputado pidió literalmente –comillas- copia del sistema de información de atención especializada, SIAE, del año 2013 –coma- en formato hoja de cálculo –coma- desprotegido –paréntesis- reutilizable por el usuario con datos globales y desglosados por todos los hospitales de la red pública del Sermas –cierra comillas-. Fin de la cita. Esta petición fue hecha el 20 de enero de 2014. Después de múltiples e inútiles amparos a la Presidencia de esta Cámara, que es una Presidencia partidaria y no de todos los diputados, recibo, con fecha 7 de octubre de 2014, una respuesta que dice –literal también-: –comillas-: debido al volumen de la información solicitada –coma-, en aplicación del artículo 18.3 del Reglamento de la Asamblea de Madrid –coma-, se comunica que dicha información se encuentra a disposición del señor diputado en las oficinas que a continuación se detallan: Consejería de Sanidad, plaza Carlos Trías Bertrán, 7, edificio Sollube 2. Madrid. Asimismo se ruega que con fin de preparar la documentación solicitada y el lugar adecuado –coma-, se comunique previamente la fecha y la hora de la consulta –punto. Madrid, 7 de octubre de 2014 –fin de la cita-. ¡Vamos a ver, esto es una vergüenza absoluta! Además, en años anteriores, no sin pedirlo reiteradamente, en ocasiones capado, es decir, con “password”, he recibido el SIAE, que son unos CD y la pregunta que hago es: ¿por qué no se nos entrega esta información?

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Para dar contestación a la pregunta, tiene la palabra el Secretario General Técnico.

El Sr. **SECRETARIO GENERAL TÉCNICO** (Lobo Montalbán): Muchas gracias, Presidenta. Gracias por la bienvenida; un saludo a todos los miembros de esta Comisión. Efectivamente, es mi primera intervención en esta Comisión y para mí también es un placer estar aquí.

Creo que en la pregunta iba implícita la respuesta puesto que no tengo que leer a S.S. el Reglamento de la Asamblea, que establece en su artículo 18.3 la posibilidad de que en determinadas circunstancias se ponga a disposición de SS.SS. la información en la forma que establece el Reglamento y que usted ha mencionado. Aquí hubo un acuerdo de la Mesa de la Asamblea con fecha 29 de septiembre, que acordó la aplicación del mencionado artículo y, por lo tanto, desde la Consejería procederemos a dar curso a dicho acuerdo. Muchas gracias.

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

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Señor Secretario General, para esta respuesta se puede usted ahorrar venir a la Cámara. ¡No nos falte no nos falte al respeto! ¡No nos falte al respeto!

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Freire, no le ha faltado al respeto; le ha contestado a su pregunta.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Perdón, señora Presidenta. ¡Un CD! ¡Se dice que por volumen de información! Allí acudí. Esto es una falta de respeto, y no tengo más que decirle, señor Secretario General. Si usted viene con ese talante aquí, se puede ahorrar venir; y puede decirles a los que le han enviado que sencillamente me lo tomo como una falta insultante de respeto.

Y, puesto que no tiene ningún sentido que le lea ninguna otra cosa, emplearé mi tiempo leyéndole el preámbulo de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno, por si no se la sabe; cuyos títulos, algunos de ellos, entran en vigor dentro de nada. Leo literalmente: "La transparencia, el acceso a la información pública y las normas de buen gobierno, deben ser los ejes fundamentales de toda acción política. Solo cuando la acción de los responsables públicos se somete a escrutinio, cuando los ciudadanos pueden conocer cómo se toman las decisiones que les afectan, cómo se manejan los fondos públicos o bajo qué criterio actúan nuestras instituciones, podemos hablar del inicio de un proceso en el que los poderes públicos comienzan a responder a una sociedad que es crítica, exigente, y que demanda participación de los poderes públicos.

"Los países con mayores niveles en materia de transparencia y normas de buen gobierno cuentan con instituciones más fuertes que favorecen el crecimiento económico y el desarrollo social. En estos países, los ciudadanos pueden juzgar mejor y con más criterio la capacidad de sus responsables públicos y decidir en consecuencia. Permitiendo una mejor fiscalización de la actividad

pública se contribuye a la necesaria regeneración democrática, se promueve eficiencia y eficacia del Estado y se favorece el crecimiento económico.” Fin de la cita.

No sé si en lo que sigue me va a dar una explicación más decente de la que me ha dado; pero, obviamente, por alguna razón que no se nos alcanza a los diputados, los CD, que eran entregables en los años 2011, 2012 y 2013, no son entregables en 2015. Señor Secretario General, no se gana usted el sueldo que le dan si viene aquí, a esta Comisión de la Asamblea, con estas respuestas tan insultantes.

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

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Perdóneme, señora Presidenta, pero esto no es razonable.

La Sra. **PRESIDENTA**: Por favor...

El Sr. **FREIRE CAMPO**: ¡No es razonable! Y estoy hablando con una gran moderación respecto al gran insulto que se nos hace diciéndonos esto. Me expliquen por qué el sistema de información de atención especializada, una parte del cual, desglosada, publica el Ministerio de Sanidad para todo el país y cuyo manual interno tengo aquí, no puede ser entregado a los diputados; esto requiere algo más que la vergonzosa respuesta que usted ha dado, señor Secretario General.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el Secretario General Técnico.

El Sr. **SECRETARIO GENERAL TÉCNICO** (Lobo Montalbán): Muchas gracias, señora Presidenta. Desde luego, yo no voy a entrar en el juego que se pretende... Me parece absolutamente improcedente que se hagan ese tipo de acusaciones... (La Sra. **OLIVA GARCÍA**: *El compareciente no opina.*) Desde luego, insisto, creo que la intervención... (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *Usted está respondiendo a los diputados, señor Secretario General.*).

La Sra. **PRESIDENTA**: Por favor, señorías. Señor Freire, por favor. (La Sra. **OLIVA GARCÍA**: *El compareciente no fiscaliza al Legislativo. El Ejecutivo no fiscaliza al Legislativo.*) Señora Oliva, le ruego silencio. (La Sra. **OLIVA GARCÍA**: *Pues que deje de fiscalizar al Legislativo.*) El compareciente está en su turno y ha estado escuchando atentamente lo que le ha estado diciendo el diputado; así que, por favor, le ruego un poco de respeto. Tiene la palabra, señor Secretario.

El Sr. **SECRETARIO GENERAL TÉCNICO** (Lobo Montalbán): Muchas gracias, señora Presidenta. Insisto en que he leído o he mencionado el artículo en base al cual nos amparamos para esta contestación. Y vengo a negar la mayor en cuanto a que S.S. no disponga de la información puesto que lo que se le ha comunicado es que, efectivamente, esa información –que es lo importante– está a su disposición conforme... (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *¿Por qué antes sí y ahora no?*).

La Sra. **PRESIDENTA**: ¡Señor Freire, por favor, le ruego silencio! ¡Un respeto, por favor! (El Sr. **PARRO DEL PRADO**: *¡Cállese, por favor!*) (*Protestas.*) ¡Señor Freire! ¡Señorías, por favor,

silencio! (El Sr. **FREIRE CAMPO**. *iEstá en juego una cosa muy importante!*) ¡Le ruego silencio! (*El señor Freire Campo pronuncia palabras que no se perciben.*) ¡Por favor, señor Freire! ¡Señor Freire, le ruego silencio, por favor! (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *iNo lo acepto! iNo lo acepto!*) ¡Le ruego silencio! Por favor, vamos a escuchar al Secretario General y le ruego silencio, señor Freire. Si está de acuerdo o no, es su problema; le ruego silencio.

El Sr. **SECRETARIO GENERAL TÉCNICO** (Lobo Montalbán): Muchas gracias, señora Presidenta. Muy brevemente, solo decir que no es lo que yo esté diciendo sino que... (*Rumores.*) Bueno, si no van a escuchar lo que vengo a decir...

La Sra. **PRESIDENTA**: ¡Por favor, silencio!

El Sr. **SECRETARIO GENERAL TÉCNICO** (Lobo Montalbán): Ha habido un acuerdo de la Mesa de esta Cámara y, por lo tanto, procederemos de conformidad con el citado acuerdo. Si se acepta o no ese acuerdo. Evidentemente es un acuerdo, y nosotros vamos a proceder en consecuencia. La información está a disposición del Grupo Parlamentario que solicitó la información de conformidad, insisto, con lo dispuesto por la Mesa de la Asamblea, que, evidentemente, es uno de los sistemas que permite el Reglamento de esta Cámara; por lo tanto, estamos cumpliendo debidamente con la solicitud de información que se nos ha presentado. Muchas gracias.

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

**PCOC-1088/2014 RGE.9726. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre análisis económico que justifica el contrato de gestión energética integral del Hospital de Alcalá de Henares.**

Para su contestación, ruego al director general de Gestión Económica don Jesús Vidart que ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Buenas tardes, señor Vidart. Tiene la palabra, señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señora Presidenta. Señor Director General, buenas tardes; también le doy la bienvenida, e igualmente lamento que no responda el Consejero. Mi pregunta es: ¿cuál es el análisis económico que justifica el contrato de gestión integral del hospital de Alcalá de Henares, por valor de 44 millones y hecho a quince años, firmado a finales de agosto?

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Muchas gracias, señora Presidenta. Señoría, le voy a explicar un poco de dónde viene este contrato. Como saben SS.SS. y como he comunicado en múltiples ocasiones -y aquí tuve la ocasión de hacerlo el 6 de noviembre de

2013-, desde la Consejería de Sanidad y el Servicio Madrileño de Salud se ha establecido un plan de ahorro energético para los hospitales, en los que establecíamos dos modalidades: un contrato de servicios en los hospitales más pequeños, como el de Guadarrama o el de El Escorial, que ya están funcionando, y unos contratos de retribución por ahorro y concesión de obra en los hospitales más grandes, como el Príncipe de Asturias o La Paz –ha salido ya la adjudicación de su central térmica-, y procederemos con el contrato de La Princesa.

Pues bien, este contrato es un contrato mixto: de suministro y de obra, porque así se nos indicó desde el servicio jurídico de la Comunidad de Madrid. En cuanto a la memoria económica, este contrato se compone de cuatro prestaciones: en primer lugar, lo denominado P1, que sería el suministro energético, es decir, el suministro de energía que necesitan todos los hospitales para su funcionamiento; en segundo lugar, la conducción, que es el servicio de los trabajos de gestión y control de esta energía; en tercer lugar, lo que hemos llamado garantía total, que es simplemente el mantenimiento de las instalaciones y reposición –es decir, cualquier contrato de mantenimiento que tiene un hospital-, y, en cuarto lugar, que para nosotros es muy importante, las obras que se realizan en el hospital. Estas obras son tendentes precisamente a la obtención de un ahorro energético, y yo creo que la buena gestión de estos contratos está en el hecho de que esta obra no se va a pagar de forma inmediata por la Comunidad de Madrid sino que se va a hacer mediante la retribución del ahorro, es decir, con todas aquellas obras que supongan un ahorro para el hospital; con lo cual, desde el punto de vista de la gestión, yo creo que es una buena fórmula. En este caso se pusieron las obras por valor de 2,6 millones de euros.

Para responderle a la cuestión económica, concretamente los denominados P1, P3 y P4 –el P4 ya le digo que está valorado pero es coste cero- son 37 millones de euros, y el P2 son 16 millones, por todo el tiempo de la concesión. Esto se lo voy a leer para darle las cifras exactas: lo que se hace con el contrato de mantenimiento que tiene adjudicado el hospital, que se incluye dentro de esta cuantía global que ha hecho usted, es meterle una reducción en el precio de licitación de un 10 por ciento; ese es el precio que va a tener el mantenimiento. Insisto: precio de licitación, no de adjudicación.

En cuanto a la energía, vamos a establecer un baremo segmentado de 95, 90 y 85 por ciento de los kilovatios/hora que ha consumido o que consume normalmente el hospital; de tal manera que, durante los cinco primeros años, sí o sí me voy a ahorrar un 5 por ciento de la energía, independientemente de que se ahorre o no. Es decir, si el licitador no consigue los ahorros prometidos, nosotros no pagamos más que el 95 por ciento de lo que venía consumiendo el hospital; luego nos garantizamos un 5 por ciento durante los cinco primeros años. Después, entendiendo que las obras que vaya a realizar vayan a suponer un aumento del ahorro, nosotros lo bajamos al 90 por ciento del sexto al décimo año y al 85 en los últimos años. Es más, introducimos un nuevo elemento en la licitación, en la cuestión de precio, que eran 70 puntos, en la que, si esos ahorros que iban por encima del límite mínimo que había establecido la Comunidad de Madrid se superaban, tenía que compartirlas con la Administración y, en función de que compartiese más o menos, tendría mayores puntos; en este caso es importante destacar que la empresa que ganó el concurso, que es Ferros



Servicios, hizo una participación: un 90 por ciento de los ahorros que vayan más allá se van a revertir en el hospital y el 10 por ciento se lo quedará la empresa, de tal forma que se ha conseguido, conforme a la licitación en la memoria económica, unas ventajas muy buenas, que es una reducción de un 25 por ciento; desde un punto de vista medioambiental, supone unas mejoras importantísimas porque vamos a sustituir los combustibles fósiles por gas natural, con las consecuencias medioambientales que conlleva, y además se consigue un mantenimiento de todas las instalaciones y unas obras en el hospital Príncipe de Asturias remodelando determinadas partes que seguramente en las situaciones económicas que estamos actualmente y con los ajustes que tenemos en el capítulo sexto no sería posible. Esto es un poco la memoria o el objeto económico del pliego de contratación.

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

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Director General, por sus explicaciones. La verdad es que me resultaría mucho más convincente, podríamos tomar notas y analizarlas mucho más tanto mi equipo técnico como yo, si ustedes hubieran respondido a la petición que hice el 18 de septiembre, en la que pedía copia del acuerdo al Consejo de Gobierno por el que adoptó esta medida; el acuerdo fue el 28 de agosto. Es un acuerdo con oscurantismo y "agosticidad" también. Pedí copia del acuerdo, no me la han dado, y estamos a 3 de diciembre; pedí copia de más cosas, de algunas de las cosas que usted ha dicho también pedí copia, de los estudios sobre eficiencia energética, que es realmente de lo que iba mi pregunta -al final me extenderé sobre esto-. Obviamente, tienen ustedes que hacer estudios, auditoría energética, de en qué se basa esto; copia del informe económico del acuerdo de Gobierno que debe hacer -alguien ha debido hacerlo-, del informe de intervención y del informe jurídico; es decir, quería tener toda la documentación del tema. Cuando analizamos lo que ustedes presupuestan para energía en este hospital, resulta que presupuestan para el año 2015 -no sé si teniendo en cuenta o no este acuerdo-: 2,3 millones para electricidad, 50.000 euros para gas y 109.000 euros para combustible. Por quince años, esto sale a unos 38 millones de euros. El contrato lo han firmado por 44 millones a quince años. La verdad, llama la atención que, a punto de dejar el Gobierno, o por lo menos antes de unas elecciones, hagan contratos a quince años, comprometiendo gasto futuro.

Lo que más me preocupa, y por lo que traigo este tema aquí, es que parece ser que lo quieren hacer para todos los hospitales. Como usted sabe, ha salido un escándalo en los medios de comunicación que afecta a una persona destacada del Partido Popular y, sencillamente, si ustedes extienden esto a todo, el nicho de negocio podría ser en torno a 1.000 millones de euros. Obviamente, existe un enorme interés público en la máxima transparencia. Como ustedes han lanzado este contrato, como digo, con "agosticidad veraniega" y no han dado a este diputado la información pedida es por lo que le he pedido que comparezca aquí; lo que de verdad queremos es esta información. Queremos saber cuáles son las predicciones futuras de gasto, de precios, qué auditorías energéticas han hecho para este tipo de cuestiones y qué otras opciones han contemplado. Ustedes no me han dado el 5 por ciento ni el 95 por ciento de la información, ¡y yo he pedido información! Puedo tomar nota de lo que usted me dice ahora y repasar el acta, pero mi objetivo no es tanto que



usted me repita aquí unos datos, que serán siempre incompletos, sino recordar al Gobierno la obligación -enlazo con la otra pregunta- de transparencia, de rendición de cuentas, de no contratos opacos y, en definitiva, decirles que mi Grupo va a estar atentísimo a este asunto, sobre todo porque no deseamos que en cierre de Legislatura firmen ustedes contratos que comprometen el futuro con una opacidad tan grande como la que rodea este contrato. Esto es todo.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Gracias. Señor Freire, que usted no trabaje en agosto no quiere decir que el resto no trabajemos en agosto; por tanto, esto de "agosticidad"... La verdad es que celebro que vaya a hacer un seguimiento del contrato y que por fin vaya a hacer oposición, porque fíjese usted: Resolución de 7 de junio de 2012 de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. ¿Sabe lo que se publica ahí? El estudio de viabilidad económica del contrato de concesión de ahorro energético del hospital Príncipe de Asturias. Aquí lo tiene. ¿Sabe lo que pasa? Que a usted no le interesaba, no tenía ni idea. ¡Cuánto llevo diciendo en esta Cámara lo del plan de ahorro energético de la Comunidad de Madrid! ¡No tiene ni idea! Usted hace oposición pidiendo información; pero, imétase en el BOCM! ¡Ese también es su trabajo! Lo que pasa es que, a lo mejor, como era el 7 de junio era con "juniocidad" o no sé cómo quiere llamarlo. Esto está publicado. ¡Está publicado en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid! Es un contrato de concesión que, según el artículo 121 de la Ley de Contratos, exige un estudio de viabilidad. Se trata de un contrato mixto que el servicio jurídico dijo que no era necesario que se publicase. Nosotros lo publicamos, y se publicó el 7 de junio de 2012. ¿Y me está diciendo a 3 de diciembre de 2014 que por fin su Grupo y usted han decidido estar muy vigilantes de este contrato? ¡Cuando hace más de dos años que está publicado en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid! ¿Y me viene a decir ahora lo de la falta de transparencia? ¡No es transparencia, es comodidad! ¡Es que se lo mande yo a su casa! Pues, si quiere, yo se lo mando a su casa; pero se publicó el 7 de junio de 2012. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *Señora Presidenta, ino es aceptable como diputado que el señor Director General me hable así! ¡No es aceptable!*) ¡Para mí sí es aceptable! ¡Sí es aceptable! (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *¡Qué es eso de que me lo va a mandar a casa!*).

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Director General, por favor. Señor Freire, tampoco le ha dicho ninguna cosa tan ofensiva. (*Protestas por parte de la señora Vicepresidenta.*) Señora Vicepresidenta, le ruego silencio; en la Mesa usted no tiene que intervenir. Por favor, vamos a dejar que termine el Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Usted ha preguntado por la memoria económica. (*Protestas por parte del señor Freire Campo.*) La memoria económica no le interesaba.

La Sra. **PRESIDENTA**: ¡Señor Freire, por favor! (La Sra. **VICEPRESIDENTA**: *¡Es que el Director General está un poco faltón!*) ¡Por favor, le ruego silencio, señora Vicepresidenta! Usted tiene que saber que en la Mesa no puede intervenir; si quiere, ocupe su sitio abajo, porque aquí no puede intervenir. (La Sra. **OLIVA GARCÍA**: *¿Cómo que no puede intervenir por ser miembro de la Mesa? ¡Es una Mesa colegiada, no es unitaria!*) No, perdone; en la Mesa no tiene ella por qué hacer ningún comentario. Es una muestra de respeto de la cortesía parlamentaria. Por favor, continúe, Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Si le ha ofendido lo de mandárselo a casa, lo retiro, que era totalmente... (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *¡Me ofende su tono!*).

La Sra. **PRESIDENTA**: ¡Señor Freire! Le ha pedido perdón. Yo no sé qué más quiere. (*El señor Freire Campo pronuncia palabras que no se perciben.*) ¡Por favor!

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Mi tono viene a colación... (*Protestas en los escaños del Grupo Parlamentario Socialista*).

La Sra. **PRESIDENTA**: ¡Por favor! ¡Ruego silencio a todos!

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Mi tono, señor Freire, viene a colación de sus continuas insinuaciones. Ha dicho que se aprobó en agosto y con alevosía. Ha dicho que no ha habido transparencia. Ha dicho que, como hay cosas raras, ustedes van a estar atentos, que además me parece bien porque es su labor. Lo que le estoy diciendo es que se publicó el 7 de junio en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. ¡Si a usted eso no le parece transparencia! Se comunicó el estudio de viabilidad; se publicó el estudio de viabilidad; se publicó el estudio de viabilidad medioambiental; yo he comunicado en esta Comisión, cuando he hablado de la central de compras, por activa y por pasiva, de los contratos de ahorro energético; a una pregunta del Grupo Popular el 6 de noviembre de 2013 expliqué la central de compras y expliqué los contratos de ahorro energético, y ahora, como ha habido un caso que a usted le puede reportar unos beneficios electorales, me dice que es cuando va a hacer el control y que lo estamos haciendo con nocturnidad. Y le digo que desde que yo soy Director General, en enero de 2012, llevo anunciando los contratos de ahorro energético, y eso es lo único que le he dicho. Desde luego, si le he ofendido, en ningún caso era mi intención ofenderle. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, Director General. Pasamos al quinto punto del orden del día.

**PCOC-1102/2014 RGE.10016. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. Enrique Normand de la Sotilla, diputado del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre si considera el Gobierno de la Comunidad de Madrid que los partos en el agua deben ser una prestación sanitaria financiada con fondos públicos exclusivamente en hospitales de gestión privada.**

Por favor, ruego al director general de Atención Primaria don Antonio Alemany que ocupe su lugar en la mesa. Buenas tardes. Señor Normand, tiene la palabra.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, Presidenta. Buenas tardes, señorías. Agradezco la presencia del señor Director General para responder a esta pregunta de mi Grupo Parlamentario.

Como SS.SS. saben, en el Servicio Madrileño de Salud, Sermas, existen hospitales de gestión pública directa por la Consejería de Sanidad y hospitales de gestión privada por empresas concesionarias que cobran un importe anual por la población de su área de referencia y, a través de la facturación intercentros, cobran la atención prestada en el hospital a pacientes de fuera de su área de referencia y también pagan por la atención prestada a pacientes de su área de referencia en otros hospitales. Por tanto, el modelo de financiación de los hospitales de gestión privada incentiva que intenten captar pacientes de fuera de su área.

En este contexto, actualmente existen dos hospitales de gestión privada: el de Torrejón y el Rey Juan Carlos, en Móstoles, que ofrecen entre sus servicios el llamado parto en el agua, según se ha publicado en los medios de comunicación. Así, si una paciente de Alcalá de Henares o de Alcorcón, donde saben que hay hospitales de gestión pública, o de cualquier otra zona de Madrid tiene interés en tener un parto en el agua, solo puede acudir a uno de estos centros de gestión privada. Como ya he explicado, si la paciente tuviera a su hijo en un hospital de gestión directa, el coste del procedimiento estaría incluido en los presupuestos de dicho hospital, pero al ir a un hospital de gestión privada, se añade un coste no presupuestado para el Sermas y un ingreso extra para la empresa concesionaria. Por ello, señor Director General, le pregunto: ¿está incluido el parto en el agua dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud? Si no lo está, ¿por qué se financia con dinero público? ¿Por qué la Consejería de Sanidad permite que los hospitales de gestión privada compitan en una posición de privilegio frente a los hospitales de gestión pública? ¿Considera usted que existe evidencia científica suficiente que avale que los partos en el agua mejoren la atención obstétrica? ¿O se podría considerar más bien una estrategia comercial para captar pacientes? ¿Cuántos partos en el agua se han atendido hasta ahora en los hospitales del Sermas? Muchas gracias, Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el Director General de Atención Primaria.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Alemany López): Muchas gracias, Presidenta. Muchas gracias, señoría. Efectivamente, me ha costado bastante encontrar

evidencias científicas acerca del parto en el agua; hay bastante escrito, pero me ha costado. De todas maneras, y en el sentido de la búsqueda bibliográfica que hemos hecho, la Sociedad Española de Neonatología y la de Ginecología y Obstetricia, que siguen los criterios de la Academia Americana de Pediatría y del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, no dicen que haya ni un perjuicio ni un beneficio, y además hay ausencia de datos de seguridad sobre la salud del recién nacido, y recomiendan que esta modalidad de parto solo se contemple en el contexto de un ensayo clínico controlado. Y así es como se hace en los dos hospitales de la red pública de la Comunidad de Madrid, como usted bien ha dicho, porque son hospitales públicos, aunque sean de gestión indirecta.

Es verdad que en España la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud incluye la recomendación de informar previamente a las mujeres sobre los distintos métodos para el alivio de su dolor, sus beneficios y potenciales riesgos, y aunque se indica que aparentemente hay evidencia de que la inmersión en el agua durante el periodo de dilatación reduce el uso de analgesia, los efectos de la inmersión en el agua durante el alumbramiento, como he dicho antes y según la evidencia científica, son poco claros. De cualquier manera, en este caso siempre es la mujer la que decide y los jefes de los servicios de obstetricia son los que deciden si es o no oportuno ofrecer esto a las mujeres en el momento del parto.

Como usted bien ha dicho, en la Comunidad de Madrid, en virtud de la libre elección, cualquier mujer tiene la posibilidad de acudir a estos dos hospitales de la red pública para acogerse a la opción del parto bajo el agua. Y, como usted sabe y ha dicho, la inmersión se ofrece en dos hospitales que son el hospital universitario Rey Juan Carlos y el hospital universitario de Torrejón de Ardoz. Con relación a la actividad en lo que llevamos de año, en el hospital de Torrejón de Ardoz se han atendido 94 partos en el agua, 55 de los cuales han sido completos con expulsión incluida; es decir, la mujer acepta el momento del control del dolor y de la dilatación en el agua y, cuando llega la expulsión, aproximadamente el 50 por ciento de mujeres prefieren tenerla fuera del agua.

Desde el inicio del estudio, que va a ser presentado próximamente en el hospital universitario de Torrejón, donde se inició esta modalidad de parto en el año 2011, se han realizado un total de 222 partos en inmersión de 2.343 partos con criterios de bajo riesgo. Muchas gracias.

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

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, Presidenta. Quiero insistir en una expresión que ha utilizado el señor Director General, que ha hablado de ensayo clínico controlado; o sea, usted nos ha dicho que se está haciendo un ensayo clínico controlado y, por lo tanto, con los criterios de Helsinki, etcétera. (*Asentimiento por parte del señor Director General de Atención Primaria.*) Perfecto; estaré encantado de ver los resultados de ese ensayo clínico controlado.

Independientemente de la evidencia científica que haya sobre el tema –que no es un debate que nos corresponda a nosotros-, entiendo que a este ensayo clínico controlado, de repente, se ha sumado también el hospital Rey Juan Carlos, de Móstoles; ustedes han decidido que sean el de

Torrejón y el de Móstoles. Agradezco sus explicaciones, pero creo que respecto a este punto la Consejería de Sanidad tiene básicamente dos opciones: una, considerar el parto en el agua como una técnica que conviene prestar en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud y habilitarlo en los hospitales de gestión pública directa; o dos, considerar el parto en el agua como una técnica de la que, aunque podría reducir las necesidades de anestesia epidural en las primeras fases de parto, hoy por hoy no existe evidencia suficiente para ofrecerla en el Sermas y, por tanto, retirarla de la cartera de servicios de los hospitales del Sermas de gestión privada. Pero lo que usted y la Consejería no deberían consentir en ningún caso es la situación actual, en la que se produce una competencia sin igualdad de condiciones en la que los centros de gestión privada ostentan una ventaja de cara a captar a determinadas pacientes, generando gastos no presupuestados al sistema sanitario público y detrayendo recursos de los hospitales de gestión pública directa. Muchas gracias, Presidenta.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Alemany López): Muchas gracias. Efectivamente, la estructura necesaria para un parto en el agua es muy sencilla y muy barata; es decir, cualquier hospital podría poner y adecuar una bañera, que es lo que hace falta para el parto en el agua. Cualquier mujer -no hay falta de equidad- de la Comunidad de Madrid puede elegir, si quiere parir en el agua, cualquiera de estos dos hospitales. El precio GRD que se paga a estos hospitales es el de parto, es decir, no tiene un mayor coste; cuesta lo mismo el GRD de parto, que parto en el agua, con epidural o cualquier otra técnica. Vuelvo a decirlo: es una opción de la mujer. Probablemente, los jefes de servicio de obstetricia tienen mucho que decir al aconsejar a las mujeres si es una manera de soportar mejor el dolor o no. No hay evidencia científica, pero ni a favor ni en contra; ni se dice que sea bueno ni que sea malo. Por tanto, en este sentido, me parece muy adecuado que la mujer pueda elegir libremente si prefiere parir bajo el agua o de manera clásica. Muchas gracias.

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

**C-411/2014 RGEP.3025. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida-Los Verdes, al objeto de informar sobre situación actual del Plan de Prevención y Control de la Hepatitis C de la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).**

Esta Presidencia hace constar que se ha recibido en el Registro de la Asamblea de Madrid, de acuerdo con el artículo 209.4 del Reglamento de la Asamblea, escrito de delegación del Consejero en don Antonio Alemany López, Director General de Atención Primaria, para la comparecencia 411/14. Tiene la palabra para la exposición oral el representante del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Los Verdes señor Bejarano.

El Sr. **BEJARANO FERRERAS**: Muchas gracias, señora Presidenta. En primer lugar, quiero saludar al señor Alemany, que nos acompaña hoy en la Comisión de Sanidad. En esta primera intervención, quiero motivar la iniciativa que trae el Grupo Parlamentario Izquierda Unida sobre la situación del Plan de Prevención y Control de Hepatitis C en nuestra Comunidad Autónoma. Como sabe la señora Presidenta, SS.SS. y también el Director General, no es la primera vez que nuestro Grupo Parlamentario trae a la Cámara una iniciativa relacionada con la hepatitis C; creemos que es un asunto de máxima importancia actualmente y que además está protagonizando noticias en los medios de comunicación, claramente, en la actualidad de la gestión sanitaria pública en la Comunidad de Madrid. Y nosotros creemos, además, que es un asunto que el Gobierno debería considerar de máxima prioridad. Nosotros decimos que en nuestra Comunidad Autónoma hay claros ejemplos, y lo decimos así, señor Director General, después de las diferentes reformas que ha hecho el Ministerio de Sanidad, para decir que no podemos hablar de universalidad del sistema sanitario público en nuestra Comunidad, pero además hay una serie de distintos afectados y afectadas por enfermedades, entre ellas la hepatitis C, que en tanto en cuanto no se les dé un tratamiento, creemos que efectivamente confirma la afirmación que decimos en Izquierda Unida de que no podemos hablar de un sistema sanitario público y universal.

En España, tratar a las 800 personas en situación crítica con riesgo de muerte, a corto plazo supondría, por tanto, 65 millones de euros al año; tratar a las 10.000 personas que fallecen anualmente por esta enfermedad elevaría la factura a 800 millones de euros, y tratar a todos los afectados con hepatitis crónica puede alcanzar la astronómica cifra de 60.000 millones, algo absolutamente inasumible.

Nosotros, como he dicho al principio de mi intervención, hemos traído este asunto a la Cámara. Concretamente, recordarán SS.SS. que el pasado mes de junio trajimos una proposición no de ley que fue aprobada por todos los Grupos Parlamentarios por unanimidad, después de una negociación, un acuerdo que hicimos todos y todas -creo recordar que es la única iniciativa en toda la Legislatura que viene de la oposición en materia sanitaria que se ha podido acordar-, y allí acordamos tres asuntos que voy a recordar. En primer lugar, nuestro Parlamento acordó instar a nuestro Ejecutivo a que se dirija al Gobierno de la nación para que, a través del Ministerio de Sanidad, negocie las condiciones de financiación de los tratamientos de los pacientes con hepatitis C con la industria farmacéutica. Hoy tenemos un representante del Gobierno -nos hubiera gustado, por supuesto, que hubiera estado el máximo responsable de la Consejería de la Sanidad, el señor Rodríguez- que nos puede informar de las negociaciones que ha llevado a cabo el Ejecutivo regional con el Ministerio de Sanidad en este asunto, sobre todo después del 5 de junio, fecha, repito, en la que todos los Grupos Parlamentarios de la Cámara acordamos esta proposición no de ley. En segundo lugar, solicitamos de forma unánime al Gobierno de la Comunidad de Madrid a seguir avanzando en un plan regional contra la hepatitis C en el que vengán reflejados protocolos de actuación que recomiendan expertos y científicos; es decir, hablábamos de vigilancia epidemiológica, de prevención, de detección, de diagnóstico, de atención y tratamiento, de investigación, así como de ayudas sociales. Por lo tanto, nos gustaría también saber en qué ha avanzado todo esto que acordamos en la Cámara. Igualmente, si recuerdan, señorías, acordamos también solicitar al Gobierno de la Comunidad de Madrid la

creación de protocolos clínicos que establecieran, por un lado, el acceso a los pacientes con fibrosis moderada, llamada F2, a los tratamientos actualmente aprobados de triple terapia y, por otro lado, el acceso a tratamientos en uso compasivo a pacientes con HC que puedan ser subsidiarios de dicho tratamiento.

Señorías –voy acabando, señora Presidenta, en esta primera intervención-, no puede ser noticia de medios de comunicación cada vez que a un paciente se le suministra el tratamiento. Eso no puede ser en un sistema sanitario público como el nuestro y concretamente en un sistema sanitario de nuestra Comunidad, con la capacidad presupuestaria, de infraestructuras y, afortunadamente, de recursos humanos que tiene nuestra asistencia sanitaria. Nosotros esperamos que con el cambio de titularidad en el Ministerio de Sanidad haya un avance en este sentido, porque es un sentir mayoritario, por supuesto no solo de los afectados y afectadas sino de la amplia mayoría de la sociedad, como está demostrándose en todas las movilizaciones que se están llevando a cabo, porque es un sentir generalizado.

Por lo tanto, señorías, por lo tanto, señor Alemany, nos gustaría que en esta comparecencia hoy, en la Asamblea de Madrid, quedara claro lo que va a llevar a cabo el Gobierno regional en materia de tratamiento de afectados de la hepatitis C. Hay muchos afectados y muchos usuarios de la sanidad pública que van a seguir con atención las explicaciones que se den hoy aquí en esta sesión. Gracias, señora Presidenta.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Alemany López): Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señoría. Efectivamente, la comparecencia venía referida a la situación actual del plan de prevención y control de la hepatitis C en la Comunidad de Madrid. Es cierto que muchas de las comparecencias que he tenido que hacer en esta Cámara promovidas por el Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Los Verdes -alguna vez ya se lo he dicho- me agradan porque siempre me insisten en que hable de la prevención y la promoción de la salud, que es en lo que creo que tenemos que poner mucho énfasis. En ese sentido es en el que he preparado la comparecencia ante la pregunta de la situación actual del plan de prevención y control.

Ha definido usted perfectamente la situación de la hepatitis C y quería hacer un poquitín de historia, pero usted ha reflejado muy bien cómo se puede demostrar la enfermedad y la dificultad que tiene esta enfermedad en su, a veces, diagnóstico precoz, que nos podría ayudar a hacer una prevención secundaria mucho más eficaz.

Me imagino que, como usted conoce, a través de la solicitud de comparecencia, la Comunidad de Madrid, para dar respuesta a la Proposición no de Ley 66/2005 de la Asamblea de Madrid, elaboró el Plan de Prevención y Control de la Hepatitis C, documento que está disponible en la página web de la Comunidad. Este plan tenía tres líneas de actuación: la vigilancia y control de la enfermedad, el tratamiento y seguimiento de pacientes y la información a pacientes. Aquí me gustaría



desarrollar lo que ha hecho la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en relación a este plan.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica, como sabe, tiene por objetivo, como cualquier sistema de vigilancia epidemiológica, proporcionar información que permita conocer la carga de una enfermedad en la población; sistemas de información que deben aportar datos para estimar tanto la incidencia de la infección aguda como la prevalencia de la enfermedad crónica. Un aspecto fundamental es la vigilancia de los casos nuevos de la enfermedad, con objeto de identificar y controlar los brotes epidémicos, determinar el patrón de transmisión de la enfermedad, aquellos factores de riesgo relacionados con la infección reciente y desarrollar, y por tanto evaluar también, estrategias de prevención primaria.

Para lograr estos objetivos es necesaria la combinación de diferentes sistemas de vigilancia, instaurados todos ellos en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, entre otras razones por las limitaciones y las pruebas diagnósticas de infección recientes por hepatitis C; además, por el número elevado, como usted bien ha dicho, de personas que son asintomáticas, con enfermedades agudas o crónicas y por el largo periodo de latencia entre la infección y el diagnóstico de la enfermedad. En la Comunidad de Madrid, básicamente, se utilizan el sistema de notificación de enfermedades de declaración obligatoria, el sistema de notificación de alertas y brotes epidémicos y las encuestas de seroprevalencia. Los tres sistemas están incluidos entre los que forman la red de vigilancia epidemiológica de la Comunidad de Madrid, regulada por el Decreto 184/1996, por el que se creó la red de vigilancia epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Además los dos primeros, tanto el sistema de notificación de alertas y brotes epidémicos como el de las enfermedades de declaración obligatoria, están regulados por la Orden 9/1997, que desarrolla el decreto anterior en lo que se refiere a estas enfermedades de declaración obligatoria. Esta última legislación está en la actualidad pendiente de revisión ya que el año próximo la Comunidad de Madrid, al igual que el resto del estado español, debe adaptar la normativa de la red comunitaria en Europa. En este nuevo listado de enfermedades que se va a emitir desde la red comunitaria en Europa figurará la hepatitis C como una rúbrica independiente, porque este es uno de los problemas que tenemos a la hora del registro y seguimiento epidemiológico de esta enfermedad y ahora comentaremos por qué.

El sistema de enfermedades de declaración obligatoria contempla la notificación de la hepatitis C de manera semanal como dato epidemiológico básico bajo la rúbrica de otras hepatitis víricas; es decir, que se engloba en las que son no A y no B, y todos los casos sospechosos que cumplan la definición de caso establecida en el protocolo correspondiente deben ser notificados a la red de vigilancia. Durante el año 2013 se han notificado 118 casos de otras hepatitis víricas, entre ellas están las hepatitis C, siete casos más que en el año 2012. La tasa de incidencia acumulada ha sido de 1,81 casos por 100.000 habitantes. Pudimos hacer una disgregación por distritos y presentaban una tasa mayor de incidencia, sin ser estadísticamente significativa, los distritos de Getafe, Chamartín y Parla. El 58,3 por ciento de los casos notificados eran de hombres y el rango de edad osciló entre 19 y 97 años, con una mediana de 40 años, de los cuales, el 77,5 por ciento eran españoles.



En cuanto al sistema de notificación de alertas y brotes epidémicos, todos los brotes epidémicos de hepatitis C son de declaración obligatoria urgente... Se define como brote epidémico la aparición de dos o más casos de hepatitis asociados en tiempo, lugar o persona. Desde 1999 se notificaron cinco brotes epidémicos en los años 1999, 2001, 2003 y 2004; en todos ellos la transmisión había ocurrido en centros hospitalarios. En total se registraron 19 casos, dos en el brote de 1999, cuatro en 2001, ocho en 2003 y tres en el de 2004.

En relación con las encuestas de serovigilancia, son estudios descriptivos transversales que permiten conocer la prevalencia de infección de hepatitis C y su evolución en la población. En la Comunidad de Madrid se han realizado cuatro encuestas y en tres de ellas se han realizado determinaciones de hepatitis C. Los últimos datos disponibles son los correspondientes a la cuarta encuesta, cuyo trabajo de campo se terminó en el año 2009. Para la determinación de anticuerpos de inmunoglobulina G frente a virus de hepatitis C se empleó la técnica de ELISA, de tercera generación, que emplea una combinación de antígenos recombinantes del virus. Las muestras inicialmente positivas fueron confirmadas mediante una prueba por duplicado realizada en un nuevo ensayo. Además, se analiza la edad, el sexo, el lugar de origen, las variables socioeconómicas y aquellas variables que pudieran estar relacionadas con la adquisición de la infección. La prevalencia de personas con anticuerpos frente al virus de la hepatitis C en la población de 16 a 80 años ha sido del 1,8 por ciento en 2009, frente al 2 por ciento de 2010. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación con las variables sexo, lugar de origen, nivel de estudios, clase social, antecedentes personales de hepatitis o convivencia con enfermos de hepatitis. No se obtuvo ningún suero positivo en los menores de 21 años. Si se consideran los resultados obtenidos en las encuestas anteriores no se aprecian diferencias significativas, ya que los intervalos de confianza se solapan. La seroprevalencia varía con la edad, y, en comparación con la encuesta anterior, desciende de los 21 a los 40 años y aumenta de los 41 a los 60 años, sin alcanzar estas diferencias significación estadística. La variación puede tener relación con el peso de los factores de riesgo en cada año y en cada grupo de edad. Específicamente, hay que considerar la influencia al principio de los años noventa de usuarios de drogas por vía parenteral, situándose estas cohortes, 16 años después, en los grupos de mayor edad. En las próximas semanas está previsto iniciar el trabajo de campo de la quinta encuesta de seroprevalencia para la Comunidad de Madrid.

En lo que se refiere a la planificación de las medidas de prevención y control, también incluidas en el plan, es importante conocer previamente los mecanismos de transmisión del virus de la hepatitis C, siendo su forma más común la exposición percutánea a la sangre. La utilización de agujas contaminadas y otros elementos relacionados con el uso de drogas explica la mayoría de infecciones por virus de hepatitis C en la mayoría de los países desarrollados y también en nuestra Comunidad Autónoma.

Dentro de este mecanismo de transmisión, me referiré a cada uno de ellos no por orden de importancia sino de las acciones que hemos ido realizando. Por ejemplo, en la práctica de tatuajes y "piercings", que pueden asociarse también con la infección de virus de hepatitis C, se han de utilizar todas las medidas preventivas precisas para evitar posibles contagios, sobre todo porque la realización

de estas prácticas se hace en establecimientos no sanitarios y por personal que no dispone, por regla general, de una cualificación sanitaria. En relación con esto, la Comunidad de Madrid consideró necesario, con el fin de minimizar estos riesgos, establecer las normas sanitarias que deben cumplir estos establecimientos, así como la formación requerida para el personal que las realiza. De esta forma, se publicó el Decreto 31/2005, de 10 de marzo, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, por el que se regularon las prácticas de tatuaje, micropigmentación, perforación cutánea u otras similares de adorno corporal, y se creó el registro de establecimientos de tatuajes, micropigmentación, "piercing" u otras prácticas de adorno corporal. En este registro se inscriben todos los establecimientos en los que de forma habitual o esporádica y de manera exclusiva o conjuntamente con otras actividades se realizan estas prácticas, condicionando la inscripción registral al cumplimiento de las condiciones higiénico-sanitarias establecidas. En este sentido, cabe destacar los requisitos que previenen específicamente el contagio de enfermedades de transmisión hemática, en concreto, todos los aspectos que se refieren al instrumental, a la formación de las personas que lo realizan y a la necesidad de vacunación por parte de estas personas. Así, respecto al instrumental y material, este debe ser estéril y de un solo uso, envasado y sellado hasta su utilización, desinfectado adecuadamente y protegido durante su práctica. Además, los aplicadores de las técnicas han de estar vacunados frente al virus de la hepatitis B y tétanos y han de disponer de un nivel de conocimientos sanitarios suficiente y adecuado, debiendo superar un curso de formación específico. Toda esta actividad es objeto de inspecciones a lo largo del año tanto por las Administraciones autonómicas como por las municipales.

Otro aspecto importante a considerar dentro de este tipo de mecanismos de contacto es el que se refiere a los accidentes en el personal sanitario con instrumental cortopunzante contaminado con sangre de un enfermo o portador sano de hepatitis C, pues son el mecanismo más frecuente de transmisión de la enfermedad en el ámbito sanitario. De esta forma, y a fin de proteger de este tipo de accidentes a los trabajadores de los centros sanitarios para evitar el contagio de enfermedades de transmisión parenteral, como la hepatitis B y C o el VIH, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid inició en 2006 la sustitución progresiva de gran parte del material cortopunzante utilizado hasta entonces por dispositivos de seguridad para la prevención de accidentes con riesgo biológico, procediendo a su implantación mediante la publicación de la Orden 827/2005, de 11 de mayo. Ello ha convertido a Madrid en pionera en Europa y ha inspirado la directiva europea que exige su implantación en los Estados miembros desde 2013 -y nosotros lo estábamos instaurando desde 2005, como digo-, la directiva 2013/32/UE, del Consejo, de 10 de mayo. Esta directiva ha sido traspuesta a nuestra legislación mediante la Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen las disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario hospitalario. El riesgo de infección por virus de la hepatitis C en personal sanitario como consecuencia de su actividad laboral tras la exposición accidental con agujas se estima aproximadamente entre un 0 y un 3 por ciento y la carga viral inoculada es uno de los factores que pueden influir en la probabilidad de adquirir la infección. Como ya he comentado, la incidencia de hepatitis aguda por virus de la hepatitis C no es alta, aunque cabe la posibilidad de que algunos casos

pasen desapercibidos si no se realiza un seguimiento serológico tras inoculación accidental, ya que la mayoría de los casos cursa de forma asintomática.

Por lo que se refiere a la transmisión del virus de la hepatitis C durante el contacto sexual, no ha sido comprobada, no hay evidencia científica que así lo avale y los datos sugieren que es posible pero de forma infrecuente, siendo mucho más débil la asociación entre el comportamiento sexual y la infección por virus de hepatitis C que lo que ocurre en las infecciones por VIH o hepatitis B. En todo caso, se recomienda que las personas con hepatitis C que tienen más de una pareja sexual utilicen preservativo. En todas nuestras campañas de prevención de VIH y de hepatitis B quedan incluidos todos los posibles contagios también por hepatitis C.

Además de las medidas preventivas de las que he hablado, dirigidas a las personas de riesgo, que son el personal sanitario y aquellas que acuden a los centros para ponerse "piercings" y hacerse tatuajes, las medidas preventivas que también se contemplan en el plan son acciones relacionadas con la información a los pacientes. Los objetivos que pretendemos con ellas son mejorar la información de la población general sobre la prevención de la hepatitis C, contribuyendo a que esta identifique bien las principales circunstancias de riesgo de transmisión y las medidas de prevención a seguir; informar a las personas diagnosticadas de hepatitis C y el seguimiento sobre las características de la enfermedad que padecen; informar sobre tratamientos que puedan recibir y sobre las medidas de prevención que han de adoptar en beneficio de su salud y de la de los demás, y apoyar a los profesionales sanitarios en su tarea de educación para la salud sobre hepatitis C. Las principales actividades llevadas a cabo en este sentido han sido las siguientes: elaboración de textos sobre hepatitis C para la confección de documentación de educación para la salud que se realiza en nuestros centros de salud, fundamentalmente por el personal de enfermería; diseño y edición de una guía de educación para la salud sobre hepatitis C; inserción de información sobre hepatitis C en la web de la Consejería de Sanidad; inserción en la aplicación informática AP-Madrid, que es la historia clínica informática de atención primaria, de una hoja de recomendaciones para pacientes sobre hepatitis C, y diseño y gestión de cursos sobre metodología de la educación para profesionales de atención primaria.

En este sentido, también quiero destacar la educación para la salud realizada en personas que todavía consumen drogas por venopunción, respecto a lo que también se están tomando medidas de prevención primaria por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Los objetivos que se persiguen van dirigidos a que estos pacientes dejen el uso de drogas inyectables, que participen y sigan programas de deshabituación y de reinserción, vacunarlos frente a la hepatitis A y B... *(El señor Normand de la Sotilla pronuncia palabras que no se perciben).*

La Sra. **PRESIDENTA**: Por favor, silencio. Señor Alemany, vaya terminando.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Alemany López): Termino. No reutilizar jeringuillas, agujas ni material para la acción de la droga y usar exclusivamente material de un solo uso. De esta forma, entre otras acciones preventivas, la Agencia Antidroga hace entrega a

colectivos de riesgo de jeringuillas desechables y se realiza seguimiento de drogadictos que han sido diagnosticados de hepatitis C.

En lo que se refiere a personas con múltiples parejas sexuales, las medidas de prevención primaria son utilizar preservativos y vacunarse frente a la hepatitis A y B. Como medidas de prevención secundaria, según el riesgo de infección, las indicaciones para la realización de las pruebas de detección del virus de la hepatitis C han variado, así, se recomienda el test de detección del virus de la hepatitis C de forma rutinaria en usuarios de droga por vía parenteral y pacientes que recibieron concentrados de factores de coagulación hemodializados previos a la utilización de pruebas de detección de infección por virus de la hepatitis C, así como para trabajadores sanitarios de Emergencias o Cuerpos de Seguridad tras punciones percutáneas con agujas u objetos punzantes, o exposiciones mucosas a sangre infectada con virus de hepatitis C. Además de todas las acciones que he comentado, también, lógicamente, las que se realizan en el Centro de Transfusiones de la Comunidad de Madrid, donde se analizan todas las donaciones de sangre, mediante técnica serológica para descartar la presencia de anticuerpos frente al virus.

Como ven, señorías, en la Comunidad de Madrid se han adoptado diferentes medidas de prevención, seguimiento y control de la hepatitis C contempladas en el Plan de Prevención y Control de dicha enfermedad. Dicho plan será objeto próximamente de una revisión y actualización dado el cambio constante que existe fundamentalmente en el apartado de tratamiento de esta enfermedad. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General. Tiene la palabra el portavoz de UPyD, señor Normand. (*Protestas en la tribuna de invitados.*) Por favor, les ruego silencio, si no, tienen que desalojar la sala. Los invitados no pueden intervenir. (*Continúan las protestas en la tribuna de invitados.*) Les ruego que desalojen la sala. (*Pausa.- Aplausos en los escaños del Grupo Parlamentario Socialista dirigidos a los señores invitados.*) Señor Normand, por favor, continúe.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, señor Presidenta. Agradezco al Grupo de Izquierda Unida la presentación de esta iniciativa y al señor Director General la información que nos ha facilitado. Corresponde al portavoz de Izquierda Unida decir si la intención de esta comparecencia era la información que usted nos ha transmitido, que yo creo que no, pero, en cualquier caso, no era una iniciativa de mi Grupo. Yo creo que usted, digamos, ha desviado la atención hacia otro aspecto, que también es importante, pero que no era el principal problema político que ahora mismo se está debatiendo en torno a la hepatitis C.

Como SS.SS. saben, el virus de la hepatitis C fue descubierto en 1989, hace 25 años, y cuando el virus entra en la sangre el cuerpo genera anticuerpos como defensa natural frente al mismo. Si a los seis meses de la detección de estos anticuerpos en sangre el virus no ha desaparecido se considera que la infección se ha hecho crónica. La hepatitis C crónica evoluciona, en mayor o menor medida, hacia una fibrosis del hígado, que puede complicarse con cirrosis y cáncer hepático, que a su vez pueden hacer necesario un trasplante de hígado.

En 2013, la Organización Mundial de la Salud estimó que en el mundo hay entre 130 y 180 millones de personas con hepatitis C crónica; de ellos, un 15 por ciento vive en países de ingresos altos, un 73 por ciento en países de ingresos medios y un 12 por ciento en países de ingresos bajos, siguiendo la clasificación del Banco Mundial. En España, en nuestro país, el número de afectados oscilaría entre 360.000 y 600.000 personas, y en la Comunidad de Madrid se estima que podría afectar a más de 90.000 personas.

Se estima también, según la Organización Mundial de la Salud, que 350.000 personas fallecen al año en el mundo por hepatitis C. Como ya comentó el señor Bejarano, el 4 de junio se presentó en esta Comisión la PNL a la que ha hecho referencia y fue aprobada para, entre otras cosas, promover el acceso al tratamiento de los pacientes con hepatitis C de la Comunidad de Madrid.

De cara al futuro de la enfermedad en España, se prevé que el número total de contagios disminuirá gracias a que, como he dicho, desde hace 25 años se conoce el virus y se puede prevenir cada vez mejor su transmisión. Este aspecto es positivo, sin embargo, también se prevé que el número de complicaciones aumente por la evolución de los pacientes actualmente infectados. El señor Director General también ha hecho referencia a este aspecto. Esta tendencia al aumento de complicaciones en el futuro puede frenarse o no en función de que nuestro sistema sanitario reaccione adecuadamente o no ante esta situación.

El tratamiento tradicional de la hepatitis C era una combinación de dos medicamentos, el interferón pegilado y la ribavirina. Este tratamiento consigue una tasa de curación variable en función del genotipo del virus, del grado de fibrosis del hígado y la respuesta de cada paciente. Este tratamiento tradicional puede tener efectos adversos importantes y presenta dificultades en su administración, pues el interferón pegilado solo puede administrarse con inyección por vía venosa y la ribavirina produce anemia en la mayoría de los casos. Por ello se tendía a retrasar dicho tratamiento hasta que la enfermedad se encontraba avanzada y existía un mayor riesgo de complicaciones. Posteriormente, surgieron nuevos fármacos como el telaprevir o el boceprevir, que se añadían a los anteriores en lo que se conoce como triple terapia. Según nos informó el 4 de junio el señor Raboso, portavoz del Grupo Parlamentario Popular en esta Comisión, en dicha fecha ya se habían tratado en el Servicio Madrileño de Salud 831 pacientes con la triple terapia; de los cuales, 76 eran pacientes en estadio F-II. La Comunidad de Madrid ha gastado en estos fármacos 13 millones de euros. El señor Raboso no aclaró si esa triple terapia era con telaprevir o boceprevir ni el grado de evolución del resto de los pacientes, por lo que desde UPyD le agradeceríamos que nos desglose usted, señor Director General, esta información si la tuviera.

A finales del año pasado la Agencia Europea del Medicamento, la EMA, aprobó dos nuevos tratamientos para la hepatitis C crónica: el simeprevir y el sofosbuvir, que consiguen tasas de curación mayores, con menores efectos adversos y una administración más sencilla. Esto fue una innovación, que se puede denominar disruptiva, en el tratamiento de la hepatitis C porque realmente abría nuevas expectativas. Desde que la EMA aprobó esos tratamientos hasta que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha acordado un precio con las empresas farmacéuticas que los han

desarrollado -y así poder utilizarlos de forma normal, no como uso compasivo, en el Sistema Nacional de Salud- han pasado unos diez u once meses. Están también en fase de desarrollo y aprobación fármacos como el ledipasvir y el daclatasvir. Según nos informó el señor Director General de Hospitales, el 5 de noviembre, en respuesta a una pregunta en esta Comisión realizada por el señor Freire, portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, en esa fecha se había administrado sofosbuvir a 35 pacientes en el Servicio Madrileño de Salud. Corríjame si me equivoco, pero actualmente se está tratando exclusivamente a pacientes con cirrosis y factores de mal pronóstico. Estos nuevos tratamientos tienen un inconveniente que no podemos soslayar en este debate porque es la principal causa de la polémica en torno a los mismos; este inconveniente es, como sus señorías saben, su alto coste.

Según han publicado los medios de comunicación, en España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha llegado a un acuerdo con las empresas farmacéuticas para financiar el simeprevir y el sofosbuvir por 25.000 euros cada uno para todas las semanas de tratamiento, estableciendo además un techo de gasto para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Ese techo de gasto en principio debería repartirse entre las comunidades autónomas y no sé si el señor Director General puede informarnos del techo de gasto que tiene la Comunidad de Madrid. Tengo entendido que son 9 millones de euros para el simeprevir y que no hay techo para el sofosbuvir. Entiendo que si la Comunidad tiene que gastar más de 9 millones en simeprevir sería la empresa farmacéutica la que asumiría el exceso de gasto. Si la cifra de 25.000 euros es cierta, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha conseguido en las negociaciones con los laboratorios un precio sensiblemente inferior al de otros países de nuestro entorno, como Francia o Reino Unido. Un precio que se ha conseguido a costa de retrasar la disponibilidad de dichos fármacos para los pacientes en un país en el que ya hay una accesibilidad menor al tratamiento de la hepatitis C respecto a países de nuestro entorno.

Los informes de posicionamiento terapéutico publicados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios están obsoletos, según han denunciado sociedades profesionales. La razón es fácil de entender: se elaboraron con la información disponible diez meses antes de que se acordase el precio y se publicaran dichos informes y la evidencia científica ha cambiado en estos meses. Además, desde las asociaciones de pacientes se alerta del riesgo de que la fragmentación del Sistema Nacional de Salud en 17 servicios autonómicos más el Instituto de Gestión Sanitaria para Ceuta y Melilla genere una vez más desigualdades entre los ciudadanos en función de dónde sean tratados.

Desde hace siete años, en la Comunidad de Madrid existe un Plan de Prevención y Control de la Hepatitis C, en cumplimiento de la Proposición no de ley 66/2005, aprobada por esta Asamblea de Madrid. A propósito, en la página web del portal de salud de la Comunidad de Madrid aparece el protocolo de tratamiento y seguimiento de pacientes del año 2007, que evidentemente está desactualizado. En UPyD le pedimos, señor Director General, que actualicen la web del Plan de Prevención y Control de la Hepatitis C respecto a los protocolos de tratamiento y seguimiento y que publiquen algún informe periódico sobre los resultados de dicho plan.

Señor Director General, ¿los criterios que se están utilizando para decidir a qué paciente se administran los nuevos tratamientos, el simeprevir y el sofosbuvir, están escritos? Empezar a administrarlos en los pacientes más graves tiene sentido en parte, ¿pero tratarán también a los menos graves pero con fibrosis avanzada? Digo que tiene sentido en parte porque tengo entendido que con la triple terapia se comprobó que conseguía peores tasas de curación en los pacientes más graves, por lo que esperar para tratar sería contraproducente.

También sería necesario concienciar a los profesionales para que los casos de hepatitis C crónica se comuniquen al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, al que usted ha hecho referencia. Cuando uno analiza los datos publicados sobre la hepatitis C, es cierto que están en el cuadro en la categoría de otras hepatitis víricas, pero dan información sobre los datos de hepatitis C en dicho sistema, se llega a la conclusión de que hay muchos casos que no se han comunicado. Es un avance lo que usted ha comentado de separar la hepatitis C de otras hepatitis víricas, pero no solo hay que avanzar en eso sino también en conseguir que se comuniquen los casos.

Como decía, tenemos un serio problema. La hepatitis C probablemente sea la única enfermedad infecciosa para la que existe un tratamiento con altas tasas de curación y, sin embargo, dicho tratamiento no se facilita a todos los pacientes que podrían beneficiarse del mismo. Imagínense SS.SS. que, de repente, a un paciente VIH positivo le dijéramos que la Administración ha decidido, por restricciones presupuestarias, no tratarle hasta que sus linfocitos CD4 bajen hasta determinada cifra o hasta que aparezcan ciertas complicaciones. ¿Lo imaginan? No, ¿verdad? Yo tampoco quiero imaginarlo. Pues eso es en realidad lo que está ocurriendo con el virus de la hepatitis C.

El señor Raboso hablaba, como decía, de 831 pacientes con triple terapia. Bueno, supongamos que en la Comunidad de Madrid hay mil personas que necesitarían tratamiento con sofosbuvir y simeprevir en un plazo breve de tiempo. Mil personas por 50.000 euros cada tratamiento -25.000 de simeprevir y otros 25.000 de sofosbuvir- hacen 50 millones de euros; es justo la diferencia entre mantener el hospital de Collado Villalba cerrado, pagando la compensación a la empresa concesionaria, y abrirlo de cara a las próximas elecciones.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Normand, vaya acabando, por favor.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Sí, voy terminando, Presidenta. Son 50 millones, no 18, que serían 9 de simeprevir y 9 de sofosbuvir, que parece que es la estimación que manejan. Supongamos que ustedes quisieran cumplir el presupuesto y se lo creyeran de verdad, que ya es mucho suponer, señor.

Director General, ¿abrimos Collado Villalba para pescar votos en unos meses o tratamos mil pacientes con virus de la hepatitis C para prevenir complicaciones en los próximos años? Son complicaciones que también conllevarían un gasto. Ustedes ya han abierto Collado Villalba; veremos qué pasa con los pacientes y con el presupuesto, pero insisto una vez más: sin presupuestos creíbles no hay sanidad sostenible. Y ya lo digo hasta rimando.



Otro aspecto –con el que termino ya, Presidenta- es el hecho de que los fármacos innovadores empiezan a suponer un coste difícilmente asumible para los sistemas sanitarios, no ya de los países con bajos ingresos sino incluso de los países con altos ingresos, como España. Y no todo lo que se paga por un fármaco innovador es innovación, como SS.SS. saben. Urge, por ello, una reflexión para que, en el marco de la Unión Europea y los acuerdos internacionales sobre patentes e innovación, en la medida en que la Comunidad de Madrid pueda influir en ello a través del Gobierno de España, empecemos a meditar sobre las posibles mejoras de la normativa para que, cuando se paga un nuevo fármaco, se pague fundamentalmente innovación y que dicha innovación sea accesible a la mayoría de los ciudadanos. Muchas gracias, Presidenta.

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

El Sr. **BEJARANO FERRERAS**: Gracias de nuevo, señora Presidenta. Quiero agradecer las explicaciones que nos ha dado el señor Alemany sobre la situación del plan, que más o menos conocíamos por lo que hemos leído en la página web. Hablaba al final de su intervención, a modo de resumen, sobre la posibilidad de actualizar. Yo creo que hay que renovar y mejorar el plan regional, sobre todo por la situación que tenemos.

Dicho esto, nuestro Grupo Parlamentario cree que el señor Alemany, por la responsabilidad que tiene dentro de la Consejería, puede dar más información sobre alguna de las cuestiones que le comentábamos en la primera intervención, más allá de ese plan de prevención y control, y que nos hable, como representante de nuestro Ejecutivo, sobre la asistencia que pueden dar a muchos enfermos y enfermas que, repito, se están movilizando y están teniendo cada vez más apoyo de todos los usuarios y usuarias de nuestra sanidad.

Como saben, el pasado mes de septiembre, concretamente el día 9, el Gobierno de Rajoy, a través del Ministerio de Sanidad, publicó los apoyos referidos al tratamiento de enfermos de hepatitis C. Han pasado aproximadamente dos meses hasta que se ha hecho público el llamado informe de posicionamiento terapéutico; no entendemos por qué ha tardado tanto en hacerse público y, en todo caso, no vemos –y así lo tenemos que decir- la salida que el Ministerio de Sanidad anunció previendo gastar 125 millones de euros al año para enfermos y enfermas de hepatitis C. Nosotros creemos que es una cantidad absolutamente insuficiente y no vemos todavía que se esté prestando ese importante fármaco que necesitan los enfermos de hepatitis C.

El sofosbuvir entró en el sistema público de financiación el pasado 1 de noviembre; es evidente que es un potente antiviral al que se conoce como la penicilina de la hepatitis C por sus elevadas tasas de curación en combinación con otros medicamentos. Es también mundialmente conocido, como hemos dicho al principio, por su elevado precio que varía de unos países a otros en función de las negociaciones del laboratorio que lo produce con las autoridades. Como hemos dicho, existen ahora mismo entre 700.000 y 800.000 afectados por este virus en España, que podrían



acceder a este nuevo fármaco con mejores tasas de curación y menores efectos secundarios que los actuales.

El grupo de coordinación de posicionamiento terapéutico formado por expertos de la Agencia del Medicamento, el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas aprobaron el 9 de septiembre enviar a la Dirección General de Farmacia los informes de estos fármacos. Señor Alemany, los hepatólogos de la Asociación Española del Estudio del Hígado llevan meses reclamando –y estoy convencido de que usted va a coincidir con esa reclamación que hacen- al Ministerio de Sanidad que elabore un plan nacional para la erradicación de la hepatitis C, con dotación presupuestaria propia y no ese anuncio de 125 millones de euros con los que, tal y como está el precio de ese fármaco, es imposible cubrir toda la asistencia a todos. Por lo tanto, habría que elaborar un plan nacional para la erradicación de la hepatitis C con dotación presupuestaria propia y que fije criterios comunes para priorizar a qué enfermos hay que administrar rápidamente estos fármacos. Entiendo que, ya que dentro de ese grupo de expertos también participan las comunidades autónomas, la Comunidad de Madrid también coincide con esa petición.

Hasta ahora, en ausencia de ese informe de posicionamiento terapéutico, un médico prescribía uno de los fármacos que ya estaban incluidos en la financiación pública, y el sistema tenía la obligación de facilitarlo. Entonces, la situación era que estaban incluidos en financiación pública, pero no se estaban facilitando y hasta había profesionales sanitarios que estaban diciendo que el hecho era denunciabile.

Nosotros creemos que esta situación no puede darse en nuestro Sistema Nacional de Salud y no puede darse en una asistencia sanitaria pública como la que tenemos en la Comunidad de Madrid, por eso, insistimos en que nos diga el Gobierno regional qué planes tiene. No podemos quedarnos en ese anuncio que ha hecho el Ejecutivo en los presupuestos que nos ha entregado a los Grupos Parlamentarios, en los que se nos dice que hay 25 millones de euros, en una especie de bolsa compartida con otras enfermedades, para intentar prestar este servicio. Nosotros creemos que tenemos que ir más allá. No solo por la cantidad absolutamente insuficiente sino también porque tiene que haber un plan regional para dar prestación y asistencia sanitaria pública a estos enfermos y porque, sinceramente, la Comunidad de Madrid, el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, el equipo técnico y político de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid tiene que ponerse al frente -no sé si en el Consejo Interterritorial de Sanidad o en otro foro- contra la política que está llevando a cabo el Ministerio de Sanidad para que se preste este servicio. Y yo desde aquí, en nombre del Grupo Parlamentario Izquierda Unida, como representante del Gobierno, señor Alemany, le pido que se ponga al frente para reclamar que haya en nuestro país un plan nacional de hepatitis C y, en consecuencia, un plan regional con dotación presupuestaria, con recursos humanos propios, con recursos materiales propios para abordar esta importante deficiencia que se está produciendo en nuestro sistema. Creo que hay que reconocer la importante deficiencia, y creo que en ese acuerdo que adoptamos en la Cámara el pasado mes de julio todos y todas lo veníamos a decir; no sé si de forma tácita o explícita, pero todos veníamos a reconocer el importante problema que tenemos hoy encima de la mesa.

Por tanto, señor Alemany, no voy a repetir la primera parte de mi intervención. Ya decimos que nosotros vamos a trabajar; hemos presentado enmienda en el trámite parlamentario; vamos a seguir, lo que quede de Legislatura, presentando iniciativas en este sentido, porque no es justo; nosotros creemos, partiendo de la base de que en gran parte es competencia del Ministerio de Sanidad, que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid tiene que ponerse al frente, trabajar también en la Comunidad de Madrid, para mejorar esta situación que es absolutamente insostenible e inasumible, y creo que es –me van a permitir SS.SS- vergonzoso que la fabricación de una pastilla cueste 3 euros y se venda por 640 euros. Esto –repito- hay que corregirlo; tiene que haber voluntad política para ponerse manos a la obra rápidamente. Nosotros esperamos que ante un cambio de titularidad política en el Ministerio de Sanidad se aborde este asunto como máxima prioridad. En todo caso, estamos en la Comunidad de Madrid, donde hay un indicador dramático que nos decían los afectados: cada día muere en nuestra Comunidad Autónoma un afectado o afectada relacionado con la hepatitis C. Creo que es un indicador lo suficientemente importante para que todos y todas hagamos un esfuerzo en trabajar para mejorar la calidad de los enfermos de la hepatitis C. Gracias, señora Presidenta.

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

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señora Presidenta. En primer lugar, agradezco al portavoz del Grupo Parlamentario Izquierda Unida que haya traído este tema a esta Comisión. Quiero señalar que todo el mundo conoce que es un problema que en los últimos tiempos creo que ha venido a la Comisión ya tres veces; la última creo que fue el 5 de noviembre, con la comparecencia del Director General de Atención Especializada. Mi Grupo formuló una pregunta muy directa al tema que actualmente preocupa a ciudadanos y a pacientes, que es: criterios de acceso a la medicación de dispensación hospitalaria para pacientes con hepatitis C en el Servicio Madrileño de Salud.

Sé, señor Director, que la literalidad de la pregunta que le ha hecho el Grupo Parlamentario Izquierda Unida tiene que ver con la situación actual del Plan de Prevención y Control de Hepatitis C en la Comunidad de Madrid. Usted nos ha dicho cosas de manual sobre la hepatitis C, yo quiero señalar una serie de puntos. Primero, en relación con las responsabilidades del Gobierno Central. Evidentemente, aquí el tema clave es la disponibilidad de un medicamento particularmente efectivo para tratar la Hepatitis C especialmente en pacientes que por una u otra cosa no pueden utilizar interferón; este medicamento ha sido objeto de negociación nacional e internacional. Quiero destacar que, según noticias de prensa, el Gobierno de España se negó a participar en un movimiento de otros países de la Unión Europea para negociar unas condiciones más favorables. Dicho esto, el Gobierno de España, que actualmente es responsabilidad del Partido Popular, ha retrasado más allá de lo que es razonable el acceso de los ciudadanos a este medicamento con unas enormes restricciones, que ya denuncié la vez pasada, el 5 de noviembre. Esto en lo que se refiere al Gobierno central.

En cuanto al Gobierno de la Comunidad Autónoma -el portavoz del Partido Popular, el señor Raboso, se empeñó particularmente en llegar a un acuerdo- , acordamos una moción que votamos

todos los Grupos, aunque he de decir que no sin reticencia por mi parte, y la verdad es que parece ser que se ha quedado en nada.

Respecto al Plan Regional contra la Hepatitis C, he de señalar, como ya ha comentado el portavoz de UPyD, que dicho plan es un documento de 2007; los dos documentos son de la misma fecha. Tengo que decir que no he podido encontrar en ningún sitio ninguna referencia a datos en relación con la hepatitis C, como pacientes tratados, pacientes que no responden ante el interferon y ribavirina, mortalidad por cirrosis-hepatitis C en la Comunidad Autónoma, coste actual sanitario de la hepatitis C, gasto anual en medicación contra la hepatitis C. Tampoco tengo datos de que existan publicadas actas del comité de expertos para el asesoramiento científico-técnico ni documentación alguna al respecto; por lo tanto, sencillamente, el plan de Madrid, señor Director General, es un plan virtual. Se lo digo porque nos hemos puesto al habla con expertos reputados que trabajan en la sanidad pública y, ciertamente, respaldan esta falta de iniciativa y de actividad del Gobierno. No hay responsable conocido, no hay actualización de datos, etcétera.

Por resumir algo que ya es reiterativo, porque lo hemos mencionado más veces, por parte de nuestro Grupo solicitamos al Gobierno de la Comunidad que atienda las peticiones de médicos y pacientes en relación con el tratamiento de la hepatitis C -en concreto, lo que se reflejaba en una carta del 26 de abril de 2014- y que se garantice el acceso a los pacientes incluso con fibrosis moderada F2, sin tener que esperar a que tengan fibrosis avanzada F3 o F4 a los tratamientos actualmente aprobados para hepatitis C. Queremos que usted nos dé datos concretos -la otra vez pregunté, pero fue inútil-; por ejemplo, qué significa techo de gasto para el tratamiento de estos pacientes.

Le quiero señalar que confío extraordinariamente poco en lo que ustedes puedan hacer, porque así se ha demostrado -desde que llegamos a aquel acuerdo, señor Raboso, no he visto que se haya movido nada-, y le anuncio que, a iniciativa del Grupo Parlamentario Socialista, hay un grupo de expertos, entre los mejores de esta Comunidad, que está haciendo un plan alternativo para llevarlo a las elecciones. Quiero que lo sepan. Muchas gracias.

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

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO:** Muchas gracias, señora Presidenta. Señor Director General, creo que en su exposición ha descrito una gestión minuciosa y rigurosa de la hepatitis C como problema sanitario en nuestra Comunidad. El cuadro que ha descrito usted con el despliegue de medios y recursos realizado tanto desde un punto de vista de salud pública como terapéutica y de asistencia sanitaria creo que supera cualquier duda que podamos tener acerca de la solvencia de la Consejería sobre cómo se está resolviendo esta enfermedad en el seno de la Comunidad. Por tanto, no cabe transmitir a la sociedad una percepción ficticia de la asistencia prestada, ni mucho menos ejercer intenciones manipulativas haciendo uso de lo que no deja de ser una enfermedad crónica desgraciada que causa notables padecimientos a todos aquellos que la sufren. Cabe destacar las

medidas preventivas destinadas a reducir el riesgo de infección. También me llama mucho la atención el esfuerzo realizado para informar a la población sobre las conductas de riesgo y los métodos recomendables para evitar el contagio. Me parece de una gran solvencia el esfuerzo realizado en este sentido.

También quisiera hacer aquí una serie de comentarios con respecto a las aportaciones realizadas por los portavoces de la oposición. Aunque, curiosamente, comparto muchas de las cuestiones que aquí se han expuesto, me gustaría censurar al señor Normand su argumento en relación a favorecer el tratamiento de la hepatitis C con la apertura del hospital de Villalba. Creo que por la misma regla de tres habría que explicar a los 150.000 ciudadanos que van a ser atendidos en dicho hospital o que son atendidos ya en ese hospital por qué se les podría dejar de tratar para tratar a 1.000 pacientes que tienen la desgracia de padecer la hepatitis C. Hacer ejercicios manipulativos de ese calibre no aporta nada. También se podía decir que por qué no renuncia a su nómina para salvar la vida de un paciente de hepatitis C. Creo que este no es el sitio para hacer demagogias baratas; creo que es una argumentación pobre que no está al nivel que generalmente exhibe el señor Normand en su argumentación.

Como bien ha recordado el señor Bejarano –y le agradezco que lo reconozca al Gobierno y al partido que le apoya con su mayoría-, la hepatitis C y su tratamiento es un tema lo suficientemente vital como para haber hecho el máximo esfuerzo para cerrar un acuerdo declarativo con la oposición; acuerdo del que yo personalmente estoy particularmente orgulloso, que se cerró gracias a la amplitud de miras, en concreto, del portavoz de Izquierda Unida y de UPyD, pese a las inmensas reticencias que, como bien ha dicho, tenía el portavoz del Partido Socialista para llegar a absolutamente ningún tipo de acuerdo.

Respecto a lo que ha expuesto el señor Freire, no tengo mucho que decir. Es cuestión de puntos de vista, pero creo que negarse a reconocer el esfuerzo que se está realizando para, de alguna forma, resolver el problema que supone la hepatitis C a los pacientes infectados en nuestra Comunidad es negar la evidencia. El señor Freire puede considerar que los cursos a los que puede optar, convocando la opinión de otras personas, etcétera, son superiores a las iniciativas realizadas por la Consejería; pero, honestamente, me parece que eso es exclusivamente una cuestión tremendamente subjetiva, sujeta ni más ni menos que a su opinión. La Consejería, a través de sus palabras, señor Director General, ha expuesto una situación que me parece absolutamente tranquilizadora. Creo que existe una actitud dinámica y proactiva para resolver estos problemas. Es evidente que el inmenso coste de los nuevos tratamientos de la hepatitis C supone un estrés muy notable desde un punto de vista financiero, pero, por otra parte, no tengo la más mínima duda de que todos y cada uno de los pacientes que sean susceptibles de ser tratados con las nuevas medicaciones recibirán ese tratamiento y en el momento en que los expertos lo estimen conveniente.

Nada más, señor Director General. Le agradezco su comparecencia y le felicito por la labor realizada y la exposición que nos ha realizado. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Para terminar, tiene la palabra el señor Director General.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Alemany López): Muchas gracias, señora Presidenta. Aunque no está el señor Bejarano, querría pedir disculpas y lamentar no haber dado respuesta al motivo de la comparecencia, pero, como ha dicho el señor Freire, venía a hablar del plan. He hablado del plan, no he hablado de un manual, señor Freire; he hablado de lo que hemos hecho en relación al plan. También he expuesto todas las actividades preventivas, que serán de manual, pero es lo que la evidencia científica dice que tenemos que hacer para prevenir. Aunque el tema parece ser que era el tratamiento, si al final, insisto, queremos conseguir la erradicación de la enfermedad, como bien ha dicho el señor Bejarano, únicamente lo vamos a conseguir con medidas de prevención y, si puede ser, con el hallazgo de una vacuna. Ya me gustaría a mí que el laboratorio, en vez de gastarse todo el dinero en medicamentos, se lo hubiese gastado en encontrar una vacuna. Eso sí que hubiese tenido más posibilidad de acabar con la enfermedad. La única tecnología que ha sido capaz de acabar con las enfermedades infecciosas han sido las vacunas; los tratamientos ayudan a tratar a las personas que se infectan, pero las vacunas son la única tecnología que efectivamente ha terminado con enfermedades como la viruela y prácticamente con la polio.

Creo que desde que se autorizó el sofosbuvir en enero de 2014 la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid no se ha quedado quieta, ni mucho menos; hemos estado avanzando. Se creó un comité de utilización de agentes virales, por una resolución de 2014, con médicos expertos en esta enfermedad. Este comité, que se constituyó el 14 de julio, es decir, prácticamente seis meses después de que se autorizara el fármaco, tiene entre sus objetivos establecer criterios de priorización para el acceso del tratamiento con fármacos. Pero esto no es nuevo; es que un fármaco novedoso siempre tiene que utilizarse con cautela por la evidencia científica sobre los efectos secundarios que un fármaco nuevo puede tener. Además, como tenemos la experiencia de fármacos utilizados para la hepatitis C con muchos efectos secundarios, me parece oportuno que los médicos y los patólogos nos digan qué cautela debemos tener en el seguimiento del protocolo. Creo que verlo todo desde un punto de vista económico probablemente es un error.

Este comité, basándose en lo acordado por el Ministerio en enero de 2014, por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, realizó una primera propuesta de grupos prioritarios, que son los siguientes. Pacientes del grupo 1: pacientes trasplantados hepáticos que presentan recurrencia agresiva de la infección, que presentan un empeoramiento progresivo de la enfermedad hepática y que presentarían alto riesgo de descompensación o muerte dentro de los doce meses siguientes si no recibiesen el tratamiento. Se consideran pacientes con riesgo elevado de descompensación por recurrencia agresiva a aquellos con hepatitis colestática o fibrosante, con fibrosis FT o FT4 por biopsia hepática y, como he dicho, con una supervivencia baja, con claro riesgo de perder a los doce meses el injerto. Grupo 2: pacientes en lista de espera para trasplante hepático que esté documentado y que requieran tratamiento para prevenir la infección del injerto por el virus de la hepatitis C. Grupo 3: trasplantados hepáticos de más de un año de evolución, con fibrosis y riesgo inminente de descompensación hepática o muerte dentro de los doce meses siguientes o que

cumplan los siguientes criterios: albúmina sérica menor a 3,5, cifra de plaquetas menor a 100.000, hipertensión portal, etcétera. Grupo 4: pacientes no trasplantados que presentan fibrosis hepática y riesgo inminente de descompensación hepática o muerte dentro de los doce meses siguientes que no se encuentren en lista de espera.

Para la priorización de pacientes candidatos al tratamiento es preciso conocer de forma exacta el número de pacientes que se encuentran en cada una de dichas situaciones; por lo tanto, se ha solicitado a todos los hospitales de la red pública de la Comunidad de Madrid que identifiquen cuántos pacientes cumplen estas condiciones. Como ustedes ya han dicho varias veces, el número estimado de pacientes que cumplen estos criterios está entre 400 y 500. Estos pacientes están siendo valorados por este comité, que, vuelvo a repetir, está formado por profesionales médicos con amplia experiencia en esta enfermedad, y se priorizarán en función de su gravedad y por el riesgo de muerte, siempre dentro de los dos doce meses siguientes.

Desde el pasado 1 de noviembre, fecha en la que se comercializó el sofosbuvir, se ha autorizado el tratamiento a 63 pacientes. Creo, señorías, que la Comunidad de Madrid no se ha quedado quieta ante la aparición de este fármaco; pero, al igual que todos los fármacos, y no por cuestiones económicas únicamente, hay que tener la cautela que exige la utilización de un fármaco nuevo en su introducción en el arsenal terapéutico y en los usos profesionales. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, Director General. Pasamos al séptimo punto del orden del día.

**C-1171/2014 RGEP.8017. Comparecencia del Ilmo. Sr. Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos de la Consejería de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Unión Progreso y Democracia, al objeto de informar sobre justificar la decisión de modificar las condiciones económicas de la empresa concesionaria del Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).**

Buenas tardes de nuevo, señor Vidart. Para su exposición oral, tiene la palabra el señor Normand por tiempo máximo de cinco minutos.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias. Señora Presidenta, le pido que, si me extendiendo en mi primera intervención, me deje compensarlo con el tiempo de la segunda, que le garantizo que no agotaré.

La Sra. **PRESIDENTA**: Lo tendré en cuenta.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Agradezco la presencia en esta Comisión del señor Vidart para informar, a petición del Grupo Parlamentario UPyD, sobre las modificaciones de las condiciones económicas de la empresa concesionaria del hospital Puerta de Hierro-Majadahonda.

Como ustedes saben, para la construcción y la gestión de los servicios no sanitarios de este centro se realizó una concesión por treinta años a una empresa concesionaria, Hospital de Majadahonda S.A. En los últimos meses, se han producido modificaciones muy relevantes en las condiciones económicas de dicha empresa en su relación con el Servicio Madrileño de Salud, el Sermas: por un lado, el Sermas ha reclamado casi 11 millones de euros por las actividades realizadas por personal público en el hospital mientras se pagaba a la concesionaria por esos mismos servicios y, por otro, el Sermas ha aprobado dos modificados del proyecto de obra del hospital que suponen 30,5 millones de euros más que se van a pagar a la empresa concesionaria.

Entraremos primero en el tema del personal. Como ustedes saben, aunque el edificio sea nuevo, el hospital Puerta de Hierro-Majadahonda en realidad no fue un nuevo hospital sino un traslado. El problema es que en el antiguo Puerta de Hierro el personal que realizaba servicios no estrictamente sanitarios era personal público mientras que, tras el traslado al nuevo edificio, se suponía que dichos servicios los prestaría la empresa concesionaria. Sin embargo, el entonces y todavía hoy director general de Recursos Humanos, el señor Resino, acordó con los sindicatos que el personal público que atendía servicios no sanitarios se trasladara al nuevo hospital, como se recoge en una resolución de 12 de marzo de 2008. Esto afectó aproximadamente a unas 400 personas: 180 estatutarios fijos y 220 estatutarios interinos, que trabajaron en el centro cuatro años y medio, desde el 1 de octubre de 2008 hasta el 1 de abril de 2013. En realidad, algunos se incorporaron progresivamente al centro; otros, cuando dejaron de prestar servicios allí, también se fueron progresivamente, no fue de un día para otro. Señor Director General, ¿considera usted que lo que hizo la Consejería de Sanidad en 2008 y se mantuvo hasta 2013, es decir, tener personal no sanitario público en un hospital a la vez que se estaba pagando a una concesionaria por esos mismos servicios, es legal? ¿Considera usted que lo que se hizo hasta 2008 y se mantuvo hasta 2013 es legal?

Desde UPyD hemos pedido hasta en tres ocasiones información sobre cómo han calculado el dinero que le han pedido a la concesionaria a través de las peticiones de información 313/2013, 527/2013 y 324/2014; las tres veces, con el mismo resultado: ninguno, no han respondido. Son peticiones de información que todavía tienen ustedes pendientes.

Según el título de la resolución de 6 de febrero de 2013, reclaman 10.864.462 euros por el periodo de 1 de octubre de 2008 hasta 31 de diciembre de 2011. ¿Por qué solo reclaman hasta esa fecha? ¿Piensan reclamar el año y tres meses que faltan? Insisto en que nos aclare los cálculos, porque no nos salen las cuentas. Con la cifra que han reclamado hasta ahora por los tres años y tres meses, si dividimos entre 39 meses y multiplicamos por 12, reclaman 3.300.000 euros al año; y si esos 3.300.000 euros los dividimos entre 400 personas, resulta un coste de 8.300 euros por persona al año. Sencillamente, es imposible.

Intentemos estimar el gasto real. Si analizamos el gasto en personal que aparece en las memorias del hospital, en 2012, el gasto fue de 126.309.824 euros, y en 2013 bajó 11,5 millones de euros, solo en un año, hasta los 114.760.472 euros. Evidentemente, el gasto pudo bajar por otros factores, no solo por el traslado del personal no sanitario que se produjo, pero estamos hablando solo



de nueve meses porque, como he dicho, parte del personal trabajó en el Puerta de Hierro hasta el 1 de abril de 2013. De 11,5 millones de bajada del gasto real en un año a pedir una cantidad menor por tres años y tres meses hay una diferencia muy importante; por eso, esperamos sus explicaciones.

Entramos en el segundo punto, muy brevemente, y luego me extenderé, señora Presidenta. Casi seis años después de construirse el hospital, ustedes han aprobado dos modificados en el proyecto de construcción. Han valorado la suma de estos dos modificados en 10.595.807,85 euros, sin IVA. A partir de ahí, dicen en el expediente que la tasa interna de retorno -TIR- de la pobre concesionaria -lo de "pobre" concesionaria lo pongo yo- ha bajado por el coste de los modificados, y que el TIR, esa tasa interna de retorno, tiene que volver a ser -escuchen, señorías, por favor- de 11,33 por ciento. Teniendo en cuenta el bajo riesgo de la inversión, este TIR debería considerarse abusivo, pero ustedes lo aceptan, le pagan retroactivamente a la concesionaria lo teóricamente adeudado desde el principio de la concesión, modifican la cantidad máxima anual, CMA, que se paga. Conclusión: en los 22 años que quedan de concesión, desde 2014 hasta 2035, se presupuesta un incremento de los pagos de 30.685.011,19 euros, IVA incluido en este caso. Con sus maravillosos modelos de colaboración público-privada, los modificados les van a costar a los madrileños casi tres veces más del valor que ustedes han reconocido. También, por ellos, señor Director General, esperamos sus explicaciones. Muchas gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Normand. La verdad es que se ha ajustado perfectamente a los cinco minutos; no le voy a tener que recortar nada en la segunda intervención. Tiene la palabra el director general señor Vidart por tiempo máximo de quince minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Muchas gracias, señora Presidenta. Con respecto a la intervención a la que ha dedicado más tiempo, al tema de personal, tengo algunos datos, pero lamento no tenerlos desglosados, y no por nada sino porque cuando la comparecencia es para justificar la decisión de modificar las condiciones económicas de la empresa concesionaria en Majadahonda, Puerta de Hierro, lo que yo entiendo es que estamos hablando de la modificación del contrato de concesión de obra pública y que en ningún caso se está hablando de la reclamación de ingresos indebidos o, técnicamente, de ingresos que hace la Comunidad de Madrid, porque no está vinculado a ese contrato. Tengo algunos datos, que se los voy a dar, pero, claro, no le puedo desglosar las peticiones de información, que se las enviaremos. Si en otra comparecencia pregunta, me especifica que lo que quiere es la reclamación por las cantidades del personal, se las podré desglosar, pero ya le digo que tengo el itinerario, y ahora se lo voy a decir, pero que mi intervención va a ir más centrada en lo otro, que es el contrato.

Como saben ustedes, la Consejería de la Comunidad de Madrid en el Plan de Infraestructuras de 2004 a 2007, licitó una serie de hospitales, entre ellos, el hospital de Puerta de Hierro, de Majadahonda, 22 de septiembre de 2004, que fue adjudicado a la empresa Hospital Majadahonda, S. A., el 18 de abril de 2005, con una participación de Iridium del 55 por ciento; Bovis, el 25, y Sacyr, el 20 por ciento. Las condiciones económicas financieras fueron las recogidas en el



modelo económico financiero, y fue el que la mesa de contratación consideró más ventajoso para la Administración.

¿Cómo se realiza ese pago a la concesionaria? Lo que hace la concesionaria es una inversión, primero, de construcción, que en el caso de Puerta de Hierro fueron 180 millones de euros, que se produce por una inversión privada, y esos 180 millones de euros luego se van pagando a través de un canon, de una CMA, durante los 30 años de concesión, pero no solo se está pagando la construcción sino también los servicios no sanitarios. ¿Por qué hablamos de una CMA? Porque es la cantidad máxima a abonar; es decir, luego está sujeto a una serie de deducciones, en caso de que no alcance la disponibilidad o la calidad exigida en los pliegos. Es importante hablar de esto, de deducciones, porque no es un procedimiento de penalizaciones que lleva implícito una serie de requisitos burocráticos que prolongarían el tiempo del expediente sino que es de forma automática: a través de la unidad técnica de control se realizan unos descuentos automáticos en caso que no estén a satisfacción por los servicios no sanitarios por parte del hospital, y en este caso está capitaneado por la Gerencia del hospital. Esto es un poco el pago del canon. En las cifras que ha dado ha ido mezclando con IVA, sin IVA; luego lo ha multiplicado por 30, no lo ha multiplicado por 30... Yo le digo que en cualquier obra, y más en una sanitaria -cuando se está haciendo un hospital- de 180 millones de euros, que hablemos de un modificado de 10 millones de euros no es un modificado excesivo. En cualquier obra de la Administración no es un modificado excesivo, y más, insisto, en un hospital, porque un hospital se puede tener sobre plano, pero, luego, cuando se va a iniciar la actividad, pueden ser los propios profesionales los que indiquen que hay que hacer una serie de actuaciones que en el proyecto no se tuvo en cuenta; esas actuaciones se encargan a la sociedad concesionaria, y, ¡hombre!, lo mínimo es pagarlas. ¿Cómo se pagan? A través de un reequilibrio económico, porque es lo que marca el pliego; se introducen en el modelo económico financiero, y se abonan. Entonces, no es hablar de TIR, no; es que el modelo económico financiero. Tenga en cuenta que hubo una inversión de 180 millones de euros que dentro de 30 años revertirá a la Comunidad de Madrid con el hospital siendo propiedad de la Comunidad de Madrid, y es por eso por lo que no es que se produzca un modificado, ¡no! Es que se han producido obras que se realizaron antes del acta de replanteo y antes de la firma del acta de recepción y después de la firma, antes de la entrada en el hospital.

Le voy a leer ahora cuáles han sido estas actuaciones. Son dos modificados porque, como sabe, todo modificado que lleve implícito una obra puede llevar implícito un servicio, y ese servicio lo tiene que prestar la concesionaria; es decir, si se decide construir, por ejemplo, una habitación más, la construcción se le paga a la concesionaria, pero también se le tiene que pagar el servicio no sanitario que va a prestar en esa habitación. Por eso, en los modificados, se va a distinguir el modificado obra y el modificado servicio. Se han realizado dos modificados porque así se acordó por la Intervención General, que consideraba que había que hacer dos modificados: uno, como he dicho, antes del acta de comprobación de las obras, que fue el 30 de abril de 2008. La inversión de más que había hecho la concesionaria era una cuantía, en euros, de 9,4 millones -ya le digo que estamos hablando de una obra de un total de 180 millones de euros- y se incrementa por los servicios de manutención al año en 77.000 euros. En el segundo modificado, que es posterior a la firma del 30 de abril de 2008, pero siempre antes del funcionamiento del centro, las inversiones fueron de 1,1 millones de euros y los

servicios 9.00 euros. Insisto en que no es que se modifique el régimen económico del contrato, es que se reconoce una inversión de más que no estaba prevista en los pliegos iniciales. De verdad, le invito a ver el porcentaje de 180 frente a los 10 millones de modificados, que siempre se producen en cualquier contrato de obra de la Administración, y más en estos casos-, por las necesidades que surgen.

Le voy a leer algunas de las actuaciones que se han realizado; por ejemplo: se produjo una sustitución de lavabebés; se produjeron unos modificados en los laboratorios, que se cambiaron de disposición y se ampliaron para optimizar procesos e incorporar técnicas más complejas; en digestivo y endoscopias se incluyen nuevas técnicas que no estaban incluidas en el plan funcional; cambios en radioterapia; adecuación provisional del área para recibir los equipos en fase de obra; redistribución e incremento de informática; las habitaciones de psiquiatría pediátrica, que no estaban incluidas en la cartera de servicios en el momento inicial y, posteriormente, se acordó por parte del Servicio Madrileño de Salud que se incluyeran y, por tanto, eran necesarias esas habitaciones; en nitrógeno hubo mayor demanda por incremento del laboratorio de terapia celular; en climatización, se mejoró el proyecto que estaba recogido en pliegos; blindaje del quirófano, paneles y otras mejoras del quirófano; en farmacia, se incluyeron, por ejemplo, los "pixis", las famosas dispensaciones de forma automática que producen efectos satisfactorios para la gestión, por ejemplo, el que está en el hospital del Norte o el que tenemos en el hospital Gregorio Marañón; dotación y ampliación de tomas en los quirófanos; cambios en cirugía o cambios en medicina nuclear. No le voy a leer todas, pero, insisto, son actuaciones que se realizan por parte del contratista, que no estaban previstas en el pliego, que se acuerdan por la Administración, que modifica el contrato conforme a las prerrogativas de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas de 2000, vigente en aquel momento, y que han sido aceptadas tanto por la Gerencia como por los profesionales que pidieron una serie de cambios. Esta es la justificación de los modificados. Si quiere, le digo las cuantías: en el primer modificado son 9,4 millones de euros de obras y 77.000 de servicios; en el segundo modificado, las inversiones realizadas son 1,1 millón y 9.000 euros de servicios. Obviamente, se paga con carácter retroactivo porque la CMA es anual y, claro, si yo lo reconozco ahora, lo que no voy a hacer es no pagar los años anteriores. Entonces, se reconoce con carácter retroactivo hasta 2008 y, posteriormente, se paga a través de la CMA, que es lo que marca un régimen concesional; por lo tanto, en relación con las concesiones o la colaboración público-privada, creo que esa apreciación que ha hecho de que supone un aumento de gasto, no es exacta. No; no estamos hablando de un aumento de gasto, estamos hablando de un cambio en el proyecto que, si se hubiese licitado, no hubiese sido una inversión de 180 millones de euros sino que hubiese sido de 190 millones de euros; inversión que ha revertido en el hospital y que ha hecho que, gracias a esas obras, sea un hospital mejor del que se había previsto.

En cuanto a la reclamación económica, ya le digo que tengo datos globales; no lo tengo desglosado, pero no tengo ningún inconveniente en comparecer de nuevo y traer exactamente desglosados todos los datos del personal. Se han dictado dos resoluciones de reclamación que no tienen nada que ver con el contrato; es decir, no se está realizando por un procedimiento contractual sino que es de reclamación de cantidades indebidas o ingresos indebidos, que es un procedimiento que regula las normas administrativas y, en este caso, lo que se han aprobado son dos diferentes; dos

diferentes, ¿por qué? Porque en el momento en que se reclaman las actuaciones el personal seguía prestando los servicios en el hospital Puerta de Hierro y lo que pretendían desde la Dirección General de Gestión Económica –desde mi Dirección- era hacer la reclamación para evitar posibles prescripciones de la acción, que -como saben ustedes- son cuatro años. Es por eso por lo que, con el fin de proceder a la interrupción de la prescripción y que no suponga un perjuicio para la Administración, se inició el procedimiento por esta Dirección, y lo que se hizo fue partir el procedimiento en dos simplemente para evitar que se produjera la prescripción del 2008.

Como he dicho, hay dos resoluciones diferentes: una, que incluye los estatutarios del año 2008 a 2011, que son 10.834.462 euros. Ya le digo que todo esto, evidentemente, lleva detrás una amplia memoria en la que se determina cuáles son las horas de trabajo, qué horas de trabajo estaban en la oferta del concesionario, que no coincidían con las nuestras porque nosotros teníamos las 35 horas, luego las 37,5 horas, cuáles eran las jornadas de vacaciones, cuáles eran las jornadas de descanso, y todo eso está perfectamente detallado. He apuntado las preguntas que nos ha hecho y le mandaremos el expediente.

Son –insisto- 10,8 millones de euros. La concesionaria reclamó esta cuantía; interpuso un recurso administrativo, al no estar conforme. El recurso fue desestimado por el Servicio Madrileño de Salud. Interpuso también un recurso contencioso- administrativo solicitando la suspensión como medida cautelar, suspensión que le fue concedida presentando un aval, pero finalmente el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nos dio la razón y consideró que estaban bien reclamadas las cuantías y que eran exactas. Insisto, esto es lo que hemos llamado expediente estatutarios del año 2008 a 2011. Posteriormente, la segunda parte a la que usted hacía referencia, ya se ha reclamado, pero, para reclamar una cuantía, tiene que ser una cifra exacta y, como no se había producido todavía, insisto, el expediente de la Dirección General de recursos Humanos, aún no se había reclamado. Con la tranquilidad de que, como los que no estaban reclamados eran los de 2012, no se iba a poder producir la prescripción hasta el año 2016; aun así, por supuesto, una vez que se produjo la resolución del Director de Recursos Humanos, nosotros dictamos nuestra propia resolución de reclamación de cuantía, de junio de 2013, que son 4.205.797 euros. También se interpusieron los distintos recursos y, actualmente, hay una suspensión de medidas cautelares; yo creo que en este caso no hay resolución del contencioso -no se lo he traído-, lo que hay es un auto de suspensión de medidas cautelares, pero entendemos que seguirá la misma línea que el juzgado de lo contencioso-administrativo que le ha precedido. Esa es la reclamación de los estatutarios; es una cuantía que la Administración ha reclamado y, por supuesto, va a ingresar.

En cuanto al régimen económico del contrato, quiero insistir: no es que se modifique el régimen económico del contrato, es que lo que se está haciendo es modificar el proyecto de obra y, como tal, eso lleva aparejados unos costes para el concesionario, que, obviamente, hay que abonar. Si en vez de 180 millones de euros hubiesen sido 190, la CMA sería distinta. No es que hayamos proyectado 180 y nos va a costar 30 millones de euros más; no, eso no es exacto. Hemos proyectado 180 y, sobre 180, nos va a costar 180. Pero es que ahora ya no son 180; se han introducido una serie de modificaciones. Sí, va a costar 180; el problema es que lo que hace es coger la CMA por un año,

multiplicarlo por 30 y decir: sale mucho más de 180. Ya, pero digo yo que el servicio de lavandería habrá que pagarlo, el servicio de esterilización, el servicio de limpieza, el servicio de jardines, el servicio de hostelería, y eso es lo que comporta la CMA; no está comportando única y exclusivamente la construcción del edificio. Por mi parte nada más. Muchísimas gracias.

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

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Muchas gracias, Presidenta. Agradezco al señor Director General la información que nos ha facilitado. Por seguir el orden de mi intervención, respecto al tema de personal entiendo que la responsabilidad le trasciende a usted, trasciende al señor Resino e incluso a la Consejería de Sanidad. De su intervención he entendido que se van a reclamar 10.834.000 más 4.200.000; con lo cual, en total se van a reclamar, en números redondos, 15 millones de euros. La pregunta es: ¿qué coste tuvo este personal en todos estos años? Porque, evidentemente, incluso con estos 15 millones de euros, aquí, dinero se ha perdido; es decir, el coste de este personal no se va a recuperar. Entiendo que esta información usted ahora mismo no nos la puede facilitar. He entendido también que la concesionaria ha pagado 10.800.000 euros.

Respecto al tema del modificado, leo textualmente, de un expediente firmado por usted digitalmente, solo una frase en relación con las modificaciones: "dichas modificaciones fueron realizadas sin la tramitación del procedimiento adecuado". (*Asentimiento por parte del señor Director General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.*) Asiente; está aquí, no me estoy inventando nada. Le agradecería que nos explicase cuál habría sido el procedimiento administrativo adecuado y por qué no se utilizó. Creo que el razonamiento que he hecho se ajusta a la realidad. Ustedes han asumido unos modificados por un valor de 10 millones de euros más IVA y el coste total de esos modificados a treinta años –es verdad que no se pagan en el momento sino a treinta años- va a ser de algo más de 30 millones de euros; con lo cual, hay una gran diferencia entre lo que han costado y lo que se va a pagar por ellos.

En cuanto a los modificados -ha hecho usted referencia a alguna de las descripciones-, me gustaría, si es posible, que nos explicara a qué se refiere la descripción "tren ligero", que tiene un presupuesto negativo de ejecución por contrato de 117.513,75 euros. ¿A qué se refiere en concreto esta descripción? También le agradecería que nos explicase qué son las habitaciones VIP, que tuvieron un coste de 3.301,04 euros; simplemente, para saberlo. Y también llama la atención, en el modificado dos, una descripción que es incorporación de –abro comillas- "universitario" –cierro comillas-, en señalética, que tuvo un presupuesto de ejecución del contrato de 44.453,94 euros. Esta incorporación de universitario supongo que se refiere al edificio, pero me gustaría que nos lo aclarase.

Los pliegos, efectivamente, hablan de la revisión de tarifa, pero le pregunto, porque realmente tengo la duda al respecto: restablecer el TIR. Dicen los pliegos que si se produce algún modificado se tiene que restablecer el TIR a partir de ese modificado. ¿Hay algún punto en los pliegos que, a lo mejor, yo no he encontrado, en el que se hable de restablecer el TIR?

Llama la atención también que, en el reequilibrio económico-financiero, se consideran también los gastos financieros, y aquí hay una contradicción: cuando el Servicio Madrileño de Salud le devuelve –entre comillas- dinero a la concesionaria, lo hace teniendo en cuenta los gastos financieros en los que ha incurrido la concesionario; sin embargo, cuando el Servicio Madrileño de Salud le reclama -con dos resoluciones de reclamación- ingresos indebidos por aspectos de personal, no le repercuten los gastos financieros que ese gasto ha tenido para el Servicio Madrileño de Salud. Corrijame si me equivoco.

Solamente comentar dos cosas más, señora Presidenta, para ser breve. En el presupuesto de 2015 hay una partida de gasto plurianual correspondiente al hospital Puerta de Hierro, y en dicha partida, denominada "Concesión de obra pública hospital Puerta de Hierro", concepto 20201, se indica que el compromiso para 2015 es de 44.548.550 euros -en el PDF que ha publicado la Consejería de Sanidad está en la página 289; lo digo para que usted lo pueda encontrar cuando lo busque-. Leyendo este expediente -si no lo interpreto mal-, deduzco que esta cifra no es correcta; por tanto, este presupuesto ya partiría de un error porque en el expediente se dice que hay que incrementar la cantidad máxima anual que recibe el concesionario, que es de 44.548.550 euros para 2015, a 45.447.039,89 euros. Pues bien, si cogemos la cifra de 45 millones de euros y la comparamos con los 180 millones, aparte de que hay servicios no sanitarios, de que hay una serie de gastos, hay una parte muy importante, que es amortización de la infraestructura; esto es como comprarse una casa - el que pueda, que yo nunca lo he podido hacer, igual que la mayoría de los ciudadanos- poniendo el dinero o pidiendo una hipoteca. Pues bien, la hipoteca que tienen estos hospitales es muy cara porque tiene un TIR del 11,3 por ciento. Creo que eso lo podemos entender todos, cuando además había un riesgo muy bajo en la inversión.

Por último, señor Director General, ha hablado usted de las deducciones realizadas o que podía realizar la unidad técnica de control; me gustaría que nos informase, si es posible, de las deducciones que ha realizado la unidad técnica de control desde que este contrato está vigente. Nada más, señora Presidenta. Muchas gracias.

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

El Sr. **BEJARANO FERRERAS**: Muchas gracias, señora Presidenta. No voy a agotar el tiempo de mi intervención porque coincidimos básicamente con la intervención que ha tenido el señor Normand sobre este asunto. Quiero saludar, por supuesto, que nos acompaña en la Comisión de Sanidad. El Grupo Parlamentario Izquierda Unida quiere hacer una argumentación, que no va a sorprender al señor Vidart, como miembro del Gobierno, ni al señor Raboso, como portavoz del Grupo Parlamentario Popular, sobre el método de gestión de los hospitales por el que apuesta este Gobierno y el partido que lo sustenta en la Comunidad de Madrid, y que, por fin, nosotros estamos convencidos de que será, como hemos dicho en alguna ocasión, el fin de ciclo de 20 años, que han sido una pesadilla. Y siempre lo hemos criticado.

En esta Legislatura recuerdo lo que ocurrió -y ha hecho referencia a ello el señor Normand- en enero de 2013 –además fue un impacto mediático en todos los medios de comunicación- cuando se dijo que Madrid pagó 11 millones de euros más a la empresa de gestión no sanitaria de Puerta de Hierro; abordamos un debate muy similar. Nosotros siempre hemos estado en contra de este método que tiene el Gobierno. Además, no entendemos que digan ustedes, cuando hablan de colaboración público-privada, que es más eficiente y más eficaz que una unión de empresas construyan, exploten y gestionen servicios no sanitarios y también sanitarios de esos hospitales. Nosotros todavía, y lo decimos sinceramente, no hemos encontrado las bondades de esa argumentación; el por qué se da esa argumentación. Nosotros tenemos que decir, y lo hemos dicho con total claridad y contundencia, que es más caro. Si al final tenemos la oportunidad de ver el cómputo de esos 30 años, veremos cómo este tipo de concesiones administrativas será más caro para la Administración y, en consecuencia, para todos y para todas. Pero no es solo más caro sino que nos mete continuamente en un lío jurídico y administrativo con estas empresas que venden sus participaciones a mitad de la concesión, los modificados, etcétera.

Me viene a la memoria, hablando del hospital Puerta de Hierro, señor Raboso, que el pasado 21 de octubre veíamos una noticia relacionada con la concesión del hospital Puerta de Hierro: “La empresa ACS vende el 80 por ciento de las acciones de su filial Iridium a un fondo de inversiones holandés”. Iridium es la empresa encargada de la gestión administrativa y del mantenimiento del hospital público Puerta de Hierro desde su construcción y reubicación en Majadahonda en el año 2005. En aquel momento ACS obtuvo la concesión de un periodo de 30 años a cambio de un canon anual para encargarse de manera externa de la gestión administrativa del centro sanitario. El fondo holandés DIF es una empresa especializada en infraestructura, con poca presencia en España, etcétera, etcétera. Esto ya lo hemos leído y lo hemos conocido en otros hospitales como, por ejemplo, el Infanta Cristina, de Parla –si no es así, que me corrija el señor Vidart-... Al final en un lío jurídico y administrativo, y creemos que no es buena esta imagen que se da no solo de los que construyen sino de los que explotan todos los recursos de los hospitales, incluso la gestión de los servicios no sanitarios y también, a veces, sanitarios.

Una de las preguntas que queremos hacer desde el Grupo Parlamentario Izquierda Unida es cómo está esa reclamación. Ha aludido a ella el señor Vidart, y eso puso de manifiesto que no puede ser, con el organigrama que tiene la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que se tarde tanto tiempo en darse cuenta de que se estaban pagando las nóminas de trabajadores, de recursos humanos, que es algo que deberían haber hecho las empresas concesionarias del hospital. Por lo tanto, señorías, al Grupo Parlamentario Izquierda Unida le toca decir que este no es el sistema por el que apuesta mi Grupo Parlamentario; mi Grupo apuesta por un modelo sanitario público, claramente público, y nosotros vemos grandes contradicciones con este modelo de gestión hospitalaria, porque, repito, este sistema no es más eficiente y no es más eficaz; al revés, lo convierte en más insostenible. Gracias, señora Presidenta.

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

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Antes de entrar en materia, quiero señalar que en su anterior intervención el señor Director General aludía a que habían publicado toda la información que yo pedía en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid y lo único que publicaron –que conste en acta- es una resolución por la cual entregan el estudio de viabilidad a la Delegación de Gobierno de Madrid y al Ayuntamiento de Alcalá de Henares, mientras que lo que yo he hecho ha sido solicitar, con fecha de primeros de septiembre de 2014, información sobre el acuerdo del Consejo de Gobierno, el informe económico, el informe de intervención, el informe jurídico y la auditoria energética. Quiero que conste en acta porque esto traduce un poco la mistificación de la realidad. Tal como usted ha hablado, señor Director General, parecería que este diputado no se ha leído el extenso informe que publicaba el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid cuando realmente lo que publica es un folio diciendo “el estudio de viabilidad para la construcción en régimen de explotación de la central térmica del hospital de Alcalá de Henares”. Conste esto en acta, y entro en materia.

Quiero agradecer de una manera clara y contundente al portavoz de UPyD que haya traído este asunto aquí. Él ha expresado los datos clave del problema, por lo cual yo no insistiré en ellos. Únicamente quiero recordar que al principio de esta Legislatura mi Grupo planteó en Pleno una interpelación sobre este modelo de hospital mixto, en el que la empresa concesionaria que construya lleva todo el mantenimiento de la obra e instalaciones excepto todo lo que no sea clínico. En aquella interpelación y en la moción subsiguiente planteamos medidas de transparencia, de análisis de costes, de renegociación de un modelo económico que es claramente lesivo, que fue hecho en una situación económica muy distinta a la que se dio ya en 2011 o 2012, cuando planteamos esto, y ahora, como ha recordado el señor Normand, estamos hablando de un TIR escandaloso del 11,3 por ciento. Quiero señalar que entonces recordé cómo el Gobierno Británico, el inventor de los modelos PFI, había renegociado estos contratos justamente por entender que fueron iniciados en momentos económicos muy distintos a los momentos económicos posteriores; sirva esto para dejar constancia de nuestra crítica a un modelo que no solamente es lesivo para los intereses públicos sino que tiene falta de transparencia.

Ha denunciado el portavoz de UPyD el aumento del canon. Es importante constatar que el canon varía de acuerdo, en primer lugar, con la variación del IPC; en segundo lugar, el saldo del sistema SIGIT en fallos o incumplimientos; en tercer lugar, con las variaciones en la actividad quirúrgica, que determinan cambios en exigencias de esterilización, alimentación, limpieza, etcétera, y en último lugar -tema que hoy trae aquí el portavoz de UPyD-, con los reformados, que determinan reequilibrios financieros en la cantidad máxima anual que se paga, justamente porque está acordado por contrato mantener la rentabilidad de la inversión a los que han hecho la inversión. Evidentemente, de ninguna de estas cosas tenemos información; es muy difícil seguir exactamente cómo evoluciona el canon en función de cada una de estas cosas. Aquí se trae hoy únicamente los reformados, que, al no haber sido hechos de forma legal y no pasar por el control de intervención, tienen que ser convalidados por el Consejo de Gobierno. Por tanto, lo que yo quiero dejar constancia aquí de que es un sistema lesivo para los intereses públicos, que es opaco, que además el Gobierno lo hace más opaco porque es extraordinariamente complicado y difícil de entender para la gente normal, además



de ser un sistema que el Gobierno no parece controlar adecuadamente. No viene a cuento, pero, por si acaso, señor Director General, me gustaría que nos comentara qué hace la UTC; una Administración contrata una empresa y, luego, como no parece que la quiera o pueda controlar, contrata otra empresa para que controle a la empresa primera; es el papel de las UTC. Uno se pregunta entonces: ¿qué hace en el hospital la unidad de control de gestión? En definitiva, quiero expresar en nombre de mi Grupo nuestro total desacuerdo no solamente con el modelo de financiación y de contratos que han hecho sino también con el sistema de control y la falta de transparencia del mismo. Muchas gracias.

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

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Señor Vidart, ante todo muchas gracias por venir aquí a contarnos con todo detalle el procedimiento seguido, porque creo que es evidente, según deduzco de su exposición, que dicho procedimiento sigue el rigor oportuno exigible por la ley. Yo creo que lo ha expuesto usted con toda claridad y, honestamente, no veo nada que pueda criticarse en el procedimiento que se ha seguido en esta cuestión. Afortunadamente me asombra que la rigidez de nuestra Administración todavía permita ciertas flexibilidades, la adaptabilidad de los presupuestos a una realidad tan cambiante como la vida hospitalaria; la verdad es que no deja de asombrarme este hecho. Por lo demás, ya digo que le felicito porque creo que todo se ha hecho con un seguimiento y con un celo absolutamente digno de encomio.

Con respecto a lo comentado por el señor Normand, supongo que el celo de la Consejería por recuperar costes es uno de los factores que permite ver con serenidad las necesidades financieras que puedan requerir los pacientes de hepatitis C sin tener que recurrir a cierres de hospitales ni a que usted tenga que proceder a donar su nómina; estoy seguro de que ello supone una gran tranquilidad para usted.

En cuanto a lo mencionado por el señor Bejarano, me resulta absolutamente conmovedora su absoluta fidelidad a unos principios; resulta un verdadero ejemplo para todos. Quiero felicitarle muy sinceramente por la integridad que exhibe usted, una y otra vez, en su defensa de un modelo que, por desgracia, no deja de tener 200 años de presencia, que no de evolución, en este país, que es el modelo funcionarial en la gestión de los recursos humanos. Entiendo y comparto con usted la percepción de que los modelos de gestión más innovadores que hay hoy en día, que se aplican sistemáticamente en casi todos los países del mundo, pueden ser más complejos; pero, claro, si siguiéramos su sugerencia, si siguiéramos aferrándonos a modelos obsoletos, los barcos seguirían navegando a vela ya que es un sistema mucho más sencillo que el motor diésel. Yo creo que hay que adaptarse a los tiempos, y tenemos una responsabilidad enorme a la hora de optimizar los recursos públicos. Yo ya le he dicho en más de una ocasión, tanto en público como en privado, que hay modelos de gestión de determinados aspectos de la Función Pública que, afortunadamente, ofrecen más eficiencia que los sistemas clásicos, que tenían su motivación en su momento pero que



probablemente han perdido parte de la misma; por lo tanto, le aconsejo que examine con una visión más positiva algunas de las opciones de gestión de recursos humanos que la Consejería lleva ya un tiempo implementando.

Con respecto a lo comentado aquí por el señor Freire, no hay mucho que decir porque tampoco ha hecho un análisis tan exquisitamente minucioso como ha hecho el señor Normand, a quien felicito por su absoluta minuciosidad en el análisis de los datos. Sin embargo, yo le rogaría que se atuviera, por favor, a los turnos de palabra, porque creo que va en el bien de todos respetar las normas acerca de dichos turnos de palabra y de cuándo procede hablar de una cosa o de otra; creo que eso redundaría en un buen funcionamiento de esta Comisión. Por lo demás, felicitar al señor Vidart, quiero felicitarle una vez más por los datos aportados y la descripción del procedimiento seguido; muchas gracias por su presencia.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICA Y DE COMPRAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y FARMACÉUTICOS** (Vidart Anchia): Gracias, Presidenta. Por alusiones, me gustaría contestar al señor Freire para que conste en acta y no nos llevemos a engaño. El tablón de anuncios al que ha hecho referencia es el papel que yo le he entregado después de la comparecencia. Obviamente, en ningún boletín oficial se publica el expediente entero; se remite al tablón de anuncios de los ayuntamientos. Señor Freire, pensé que ya lo sabía; es técnica administrativa y no tiene por qué, pero le he dicho que estaba publicado y a eso me refería. Simplemente la cuestión de transparencia; que se había publicado.

Respecto a las intervenciones, gracias otra vez, si bien apenas ha habido preguntas. El señor Bejarano y yo, cuando debatimos de esto, no compartimos el modelo; me parece bien, porque creo que esto enriquece el debate, y se lo agradezco. Nosotros sí creemos que es un modelo que funciona; creemos que produce satisfacción a los usuarios tanto cuando es una prestación o una concesión completa como cuando es un PFI. En los casos de PFI, además, se produce una satisfacción del personal sanitario, que trabaja codo a codo con los trabajadores del modelo PFI; así lo entendemos, y así ha sido manifestado por ellos también. Pero este es un debate más profundo que la cuestión concreta del señor Normand.

Con respecto al señor Freire, tampoco ha hecho preguntas. Lo de la TIR es lo que está previsto en los pliegos, y nada más.

El señor Normand me ha hecho algunas preguntas concretas que tengo por aquí apuntadas. En cuanto a restablecer la TIR, el restablecimiento del modelo económico-financiero determinado en la cláusula relativa al canon es precisamente eso: un modelo económico-financiero que presentan los distintos licitadores, y ahí es donde se meten las variaciones que pueda haber, variaciones de inversión o variaciones de servicio. Además, tengan en cuenta que es importante que estos modificados que se produjeron antes de la entrada en funcionamiento no son modificados estancos; es decir, cualquier obra que se requiera hacer en ese hospital tiene que hacerla el concesionario, y

eso es así, como establecía la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, de 2000. Entonces, si realiza una obra en el año 29, se le tiene que pagar esa obra. ¿Cómo se le paga esa obra? A través del canon. Entonces, habrá un modificado. No es que se vaya modificando el régimen económico, es que en la vida de un hospital puede haber algún cambio funcional en el mismo.

El señor Freire ha comentado que no se ha producido la aprobación de este expediente de estos dos modificados sin la fiscalización de la Intervención. No es exacto. Se ha producido la fiscalización de la Intervención General, lo que pasa es que es cierto que no se produjo en el momento que se tenía que haber producido, que es el momento del encargo por parte de la Administración. Ahí tiene que haber una fiscalización de la Intervención General conforme a la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, de Hacienda de la Comunidad de Madrid, es decir, una fiscalización previa que no se produjo, y es por ello por lo que se va al expediente a convalidar; pero el expediente que se lleva a convalidar está intervenido y fiscalizado por la Intervención General de la Comunidad de Madrid; es decir, que ese documento contable que confiere el modificado del contrato está fiscalizado previamente a la aprobación del Consejo de Gobierno. En conclusión, en ningún caso se ha omitido la fiscalización y este expediente ha sido objeto de fiscalización por parte de la Intervención General.

En cuanto a preguntas concretas, respecto al tren ligero, estaba previsto que hubiese una parada de tren ligero en el hospital de Majadahonda y, por tanto, en la oferta económica había una serie de actuaciones de obra que tenía que hacer la concesionaria para que se produjese ese hecho. Ese hecho no se produjo y, por tanto, ese dinero que ellos habían ofertado y que la Administración iba a pagar se le tenía que detraer; por eso está en negativo.

Las habitaciones VIP, como las ha llamado -bueno, como las llama el expediente-, habitaciones de altas personalidades, se refieren a personas que, obviamente, por razón de su cargo, puedan necesitar una seguridad complementaria; entonces, con objeto de mejorar esos requerimientos de seguridad en las zonas y en las habitaciones, que no estaban previstos en el proyecto inicial, se tuvieron que acometer una serie de obras en ese tipo de habitaciones. Es una cuestión por razones de seguridad que no se habían previsto inicialmente en el expediente.

Para acabar, en cuanto a los SIGIT, no tengo la cuantía exacta de los SIGIT –insisto en que se la mandaré cuando lo solicite y, si lo ha solicitado, lo buscaré-, pero se ha producido... Tengo el número de SIGIT, porque lo que solicito siempre a la unidad técnica de control es el número de SIGIT, no tanto la cuantía, porque la cuantía como gestor no me dice nada. Puede ser mayor o menor, pero lo que no quiero es que haya SIGIT, que son una deficiencia en la prestación del servicio. Evidentemente, puede haber un SIGIT que sea muy cuantioso y eso puede decir que el hospital esté funcionando bien, pero puede haber muchos que no sean muy cuantiosos y quiere decir que hay que ajustar. Por eso solo tengo el número de SIGIT y no la cuantía. El número de SIGIT en un año entero, de noviembre de 2013 a octubre de 2014, ha sido de 5.273: en limpieza, 344; seguridad, 46; restauración, 963; lavandería, 3; esterilización, 137, etcétera. Por mi parte, nada más. Muchas gracias.

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

**C-1227/2014 RGEF.8284. Comparecencia de la Ilma. Sra. Viceconsejera de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre balance del pacto contra los trastornos del comportamiento alimentario de la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).**

Ruego a la Viceconsejera que ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Gracias. Buenas tardes, señora Prado. Tiene la palabra el señor Raboso por parte del Grupo Parlamentario Popular.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Gracias, señora Presidenta. Señora Viceconsejera, es un placer contar con usted aquí una vez más. El motivo de solicitar su presencia en esta Comisión es que, por favor, informe usted acerca del balance del pacto sobre los diferentes trastornos del comportamiento alimentario en el seno de la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra la señora Viceconsejera por tiempo máximo de quince minutos.

La Sra. **VICECONSEJERA DE ORDENACIÓN SANITARIA E INFRAESTRUCTURAS** (Prado Sanjurjo): Muchas gracias, señora Presidenta. Gracias también al portavoz del Partido Popular y al Grupo Popular de la Asamblea de Madrid que me han dado la oportunidad de explicar una iniciativa de gran importancia que el Gobierno de la Comunidad de Madrid ponía en marcha en el año 2007 sobre el pacto de la Comunidad de Madrid contra los trastornos del comportamiento alimentario y, dentro de estos, contra aquellos más habituales: la bulimia y la anorexia.

Saben SS.SS. que estamos ante enfermedades que son alteraciones psicológicas que causan un sufrimiento muy importante no solamente a los pacientes sino a todo su entorno familiar. De ahí la importancia que vio el Grupo Parlamentario Popular en el año 2007, con una PNL que se presentó en esta Asamblea, de actuar ante lo que era una realidad en aquel entonces. Les pediría que se retrotrajesen en el tiempo. Si recuerdan bien, en los años 2006 y 2007 era habitual ver en los medios de comunicación y en las revistas especializadas de moda, así como en las propias pasarelas de moda, prototipos de mujeres excesivamente delgadas, que podíamos calificar de enfermizas y que incitaban o podrían incitar a nuestras jóvenes con esos condicionantes socioculturales a desencadenar estos trastornos. Es por ello que la entonces Presidenta de la Comunidad de Madrid, doña Esperanza Aguirre, en el debate sobre el estado de la región de 19 de septiembre de 2006, anuncia que se va a proceder a la creación de este pacto, el cual se materializa a través de la proposición no de ley de 1 de febrero de 2007, y que firman en ese mismo mes de febrero de 2007 el Gobierno de la Comunidad de Madrid con más de 200 asociaciones, tanto públicas como privadas, que representan a toda la

sociedad civil. Como le digo, su objeto fundamental era evitar que los condicionantes socioculturales fuesen un elemento desencadenante de estas enfermedades en los jóvenes madrileños.

En dicho pacto se agrupan desde colegios profesionales hasta agentes sociales y económicos, asociaciones de pacientes y familiares, organizaciones de consumidores, agencias de modelo, creadores de moda, universidades, empresas de confección, representantes de escuelas de gimnasia, ballet y danza, asociaciones de familia y de padres, el sector publicitario, medios de comunicación, Ifema, la Federación Madrileña de Municipios y el Consejo Escolar. En el mismo se diseñan 24 medidas concretas en los siguientes ámbitos: en el ámbito de la familia y asuntos sociales, educación, cultura, deportes, comercio y consumo y sanidad, y para su monitorización se crea el órgano de seguimiento a través del Decreto 11/2007, de 1 de marzo, que es el Consejo para el seguimiento del Pacto de la Comunidad de Madrid contra los trastornos del comportamiento alimentario; un consejo consultivo, asesor, adscrito inicialmente a la Consejería de Economía y Consumo y, posteriormente, a través del Decreto 115/2008, de 24 de julio, a la Consejería de Sanidad. Este Consejo, que se reúne como mínimo tres veces al año, por tanto, cada cuatro meses, cuenta con representantes permanentes de las Consejerías de los sectores a los que antes me he referido, más dos representantes de la organización empresarial madrileña, dos representantes de las organizaciones sindicales -en este momento Comisiones Obreras y UGT-, así como las asociaciones de pacientes representadas por Adaner y seis representantes de asociaciones de las 200 del ámbito civil a las que me he referido anteriormente. De hecho, la alternancia de estas 200 asociaciones, tal y como queda reflejado en el Decreto que he citado, es anual, y desde su constitución en septiembre de 2007 hasta la fecha han estado presentes en el mismo 27 entidades. El Consejo se ha reunido en 19 ocasiones; concretamente en este año 2014: el 26 de marzo, el 7 de julio y el 25 de septiembre. En 16 de estas 19 ocasiones, además de a los miembros permanentes, se ha invitado a aquellos profesionales sanitarios que han desarrollado mejoras en el tratamiento de estos pacientes con el objetivo de conocer los últimos avances terapéuticos.

El Consejo elabora una memoria anual, y esta memoria, al igual que todos sus informes de actividad, estudios, iniciativas y documentos, es accesible a todos los ciudadanos a través de la página institucional de la Comunidad de Madrid "www.madrid.org" Les invito a que la visiten y comprueben la ingente cantidad de trabajo que se ha realizado; un trabajo que no es exclusivamente de la Administración regional sino que, como digo, es el trabajo de toda la sociedad madrileña, que decidió, hace ahora siete años, plantarle cara a un problema a través de medidas conjuntas, puesto que entendemos que solo desde esa actuación integral podemos avanzar en la búsqueda de soluciones a este problema grave no solamente para las pacientes sino para todo su entorno.

La primera medida que se tomó fue sujetar el índice de masa corporal de las modelos que desfilan en la "Madrid Fashion Week", en un índice de masa corporal no inferior a 18. Esta iniciativa, que en el momento en que se produce, en el año 2007, fue contestada por los propios creadores de moda, luego ha sido ejemplo, ha sido pionera y ha sido aplicada en otros países de nuestro entorno. Así, en el año 2009 la Asociación de Moda de España suscribió un convenio con la Cámara de Moda

Italiana; también la propia Asamblea Francesa se basa en ella a la hora de diseñar actuaciones en su código penal contra la apología de la anorexia y de la bulimia.

Son infinitas las actuaciones realizadas. Por razón de tiempo me voy a referir únicamente a aquellas más importantes o que más impacto han tenido, pero, como digo, todas ellas son de consulta pública en la página web de la Comunidad de Madrid. Respecto al ámbito de Familia y Asuntos Sociales, destacaría la elaboración de guías para profesionales de estos ámbitos, así como las que puedan servir a los padres ante estas situaciones. En concreto, se elabora el decálogo de trastornos del comportamiento alimentario para la especialización de profesionales de la Unidad de Orientación Familiar y de los Centros de Apoyo a la Familia, así como la guía "Anorexia y bulimia. Cómo actuar desde la familia", distribuida a los 179 municipios de nuestra Comunidad. Igualmente, son numerosísimos los talleres de sensibilización y prevención para jóvenes en las edades más tempranas y se desarrollan con una participación anual que supera los 2.000 jóvenes.

En el ámbito de la educación, destacaría la incorporación a los currículos, tanto de primaria como de secundaria, que, como saben ustedes, se regulan por el Decreto 23/2007 y por el Decreto 22/2007, de un módulo específico para el profesorado sobre los trastornos del comportamiento alimentario. Se han publicado igualmente protocolos de respuesta para equipos directivos y profesorado ante situaciones problemáticas en los centros educativos, así como la guía de consulta que incluye un cuadernillo monográfico sobre "Trastornos de la alimentación. Detección y prevención desde el ámbito educativo. Guía del profesor"; se han distribuido en todas las agendas escolares más de 19.000 agendas de primaria y 8.000 de secundaria; eslóganes con temas monográficos sobre la importancia de la alimentación sana y equilibrada, así como otros hábitos saludables. Igualmente, se ha creado en la Consejería de Educación un espacio web para la difusión de guías, documentos y mensajes de información para la correcta alimentación y para la ayuda de alumnos y de profesores.

En el ámbito del deporte, fundamental también, se ha publicado y difundido el decálogo del deportista saludable con consejos, nutrición y hábitos saludables. Se han realizado numerosas campañas de información y prevención sobre TCA dirigidas a AMPAs, entrenadores, responsables de gimnasios, monitores juveniles y de campamentos, responsables de asociaciones juveniles, universidades y residencias universitarias.

Igualmente, el programa "Vívelo, vive 10", en el que participaron todos los institutos, inculca hábitos y establece medidas de prevención de prácticas de riesgo. Igualmente, se han realizado actividades de sensibilización dirigidas a monitores, entrenadores de alto rendimiento para la prevención y detección precoz en los deportistas, que, como saben, también son colectivos especialmente sensibles.

En el ámbito del consumo se ha realizado el Programa regional de educación del consumidor en la escuela, en el que han participado 19.205 alumnos en 843 talleres entre los años 2009 y 2014, que va dirigido a los alumnos tanto de primaria como de secundaria, bachillerato y formación profesional.

Entrando ya en el ámbito sanitario, quizás lo más destacable es el aumento de recursos específicos con respecto a la situación que teníamos previamente al pacto. Señorías, con anterioridad al pacto, los trastornos alimentarios en jóvenes se atendían en los centros de salud mental de distrito por el equipo de salud mental de niños y adolescentes. Los casos que requerían un tratamiento más complejo se derivaban a uno de los cuatro hospitales de día, si bien solo uno de ellos, el hospital Niño Jesús, era un centro específico de TCA. En los casos de mayor gravedad, en los que se requería ingreso hospitalario a tiempo completo, este se realizaba en unidades de pediatría o en una de las dos unidades de hospitalización breve existentes: la del Niño Jesús y otra en el Gregorio Marañón.

Con posterioridad al pacto, se pone en funcionamiento el régimen de día del hospital Santa Cristina en el año 2006, en turno de mañana, y a partir de septiembre de 2007, amplía su horario y también se amplía el horario de tarde. Desde entonces hasta hoy, esta unidad de hospitalización ha ido creciendo hasta contar en la actualidad con un dispositivo integrado por 50 plazas en horario de mañana y de tarde; consultas externas para primeras evaluaciones de seguimiento y otras específicas para pacientes con deficiente motivación para el cambio de importantes alteraciones en la imagen corporal o para la prevención de recaídas, además de consultas para parejas y familiares.

Igualmente, en el Niño Jesús se mejora, y esta unidad que se inicia en 1992 solamente con tres camas de hospitalización y un grupo de terapia semanal cuenta hoy con una amplia gama completa de unidad de día, tratamiento ambulatorio en consultas externas, módulos de terapias grupales para familiares y pacientes de ingreso hospitalario, una unidad de primera infancia y programas como el de hospitalización domiciliaria o el programa intensivo familiar como alternativa de ingreso hospitalario. La ampliación de instalaciones en 2007 permite duplicar el número de plazas de hospital de día y durante el año pasado se ha aumentado la dotación de camas para ingreso con diez camas más, y se han incrementado igualmente los módulos de atención ambulatoria como consecuencia del aumento de las hospitalizaciones. Tanto los pacientes ingresados como los que acuden al hospital de día, además del tratamiento médico, son atendidos por profesionales de educación primaria y secundaria, reciben clases de arteterapia, realizan actividades lúdicas y aprenden habilidades psicológicas con profesionales de enfermería y voluntarios que colaboran en esta actividad.

Igualmente, se ha ido enriqueciendo el programa de trastornos del comportamiento alimentario del hospital de La Paz, de manera que, a día de hoy, dispone de un programa multidisciplinar en el que están implicados los centros de salud mental y las unidades de hospitalización breve y nutrición de adolescentes, el servicio de psiquiatría y de salud mental del hospital, que ofrece un completo tratamiento combinado psicoterapéutico y psicofarmacológico individualizado para cada paciente. Igualmente, este centro ha desarrollado un programa de tratamiento intensivo en régimen ambulatorio para pacientes graves y de larga evolución resistentes al cambio.

Se han desarrollado igualmente nuevas orientaciones y formas de intervención a través de programas de tratamiento intensivo para pacientes graves resistentes al cambio y de larga evolución,

expresión e imagen corporal, desayunos y meriendas terapéuticas, programa de comida extrahospitalaria, musicoterapia y programas de "coaching".

Con posterioridad al pacto también, se crean dos nuevas unidades asistenciales específicas: la clínica ambulatoria del hospital de Móstoles, en febrero de 2007, y la clínica ambulatoria del Gregorio Marañón, en marzo de 2007. Estas clínicas nacen como dispositivos ambulatorios que proporcionan un tratamiento individualizado con opciones de terapia individual grupal y familiar. Comedor terapéutico y seguimiento médico, igualmente, han ido ampliándose hasta completar una cartera de servicios asistenciales que oferta evaluación, diagnóstico diferencial, tratamiento farmacológico, terapia individual y grupal, consejo dietético y educación nutricional, intervenciones familiares, información, apoyo, psicoeducación, tratamiento médico integral de las distintas especialidades implicadas: nutrición, ginecología, digestivo, etcétera, y coordinación con los profesionales responsables del paciente en sus dispositivos asistenciales de distrito de hospitalización completa o de hospitalización parcial. En ambos dispositivos, además de los tratamientos grupales, todos los pacientes acuden a las consultas individuales psiquiátricas o psicológicas de enfermería y de endocrinología o nutrición, y se establece un programa de tratamiento integral individualizado que se va adaptando a las necesidades de los pacientes y sus familiares durante todo el proceso.

Quisiera destacar también que, por su parte, la clínica ambulatoria del hospital de Móstoles cuenta en estos momentos con dos comedores terapéuticos para proporcionar el ambiente necesario para la reeducación alimentaria y la normalización de la comida de sus pacientes, que durante el pasado año 2013 ha ampliado su capacidad con nueve plazas más. Pero, además del comedor, forma parte del programa terapéutico de esta clínica la realización de comidas o meriendas extrahospitalarias en restaurantes y cafeterías para aquellos pacientes que tienen problemas para comer en público, y hay que señalar que se han realizado más de cincuenta actuaciones de este tipo durante 2013.

La Sra. **PRESIDENTA**: Viceconsejera, vaya terminando.

La Sra. **VICECONSEJERA DE ORDENACIÓN SANITARIA E INFRAESTRUCTURAS** (Prado Sanjurjo): Sí, Presidenta, gracias. La clínica de trastornos alimentarios del Gregorio Marañón en 2012 se ha trasladado físicamente al Instituto Provincial de Psiquiatría, integrándose estructuralmente en el hospital universitario Gregorio Marañón, con el objetivo de facilitar el acceso a las distintas especialidades, favorecer la integración terapéutica y, en definitiva, mejorar el proceso asistencial.

Igualmente, en mayo de 2008 se puso en marcha la unidad de hospitalización breve de adultos en el hospital Ramón y Cajal. Otro ejemplo, también en 2008, es el de los diferentes programas que se van desarrollando en el hospital Infanta Leonor. Asimismo, en junio de 2010, el hospital clínico San Carlos incorpora un comedor terapéutico para proporcionar a sus pacientes un nuevo recurso de rehabilitación. En definitiva, señorías, pasamos de dos recursos a ocho.



En cuanto a otras actividades realizadas en el ámbito de la sanidad, quiero destacar la denuncia de páginas web ante las autoridades judiciales cuando dichas páginas incitan a la anorexia y la bulimia; se han cerrado seis de ellas. Igualmente, se han desarrollado actuaciones con los Cuerpos de Seguridad del Estado. Anualmente se desarrolla la campaña de desayunos saludables; concretamente, el 25 de noviembre se ha presentado la última campaña, que se incrementa en un 10 por ciento y en la que participan más de 30.000 alumnos. Se validan los menús escolares y en la página web están el proceso de validación y los consejos para nuestros centros educativos. También se atienden telefónicamente las consultas, inicialmente, a través de la línea del Instituto de Nutrición y Trastornos del Comportamiento Alimentario y, posteriormente, por la Subdirección de Nutrición de la Dirección General de Atención Primaria. Se ha formado a más de 10.000 profesionales sanitarios y, por señalarles la última actuación, hemos desarrollado un concurso, "La vida se vive, no se pesa", aprobado por el consejo de seguimiento el 25 de septiembre y en el que han participado 921 colegios públicos, con la finalidad de que los escolares de tercero y cuarto curso de ESO sean quienes establezcan los eslóganes que mejor les identifiquen y, a su vez, que les haga prestar la atención adecuada ante esta problemática.

En definitiva, señorías, son muchas más las actuaciones desarrolladas, pero como la Presidenta me ha pedido que concluya, no me voy a extender más. Creo que, aunque aún queda mucho por realizar, la Comunidad de Madrid ha sido pionera -no existe este pacto en ninguna otra región de España- en que periódicamente todos los agentes implicados nos sentemos en torno a una mesa para la defensa de nuestros objetivos legítimos y busquemos puntos de encuentro, con una única finalidad: el bienestar de nuestros jóvenes ante unas enfermedades que, como digo, son graves para quienes las padecen y para todo su entorno. Muchísimas gracias, Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Viceconsejera. Tiene la palabra el señor Normand por parte del Grupo UPyD.

El Sr. **NORMAND DE LA SOTILLA**: Gracias, Presidenta. Seré muy breve. En primer lugar, quiero agradecer la petición de comparecencia que ha realizado el Grupo Parlamentario Popular y también agradezco a la Viceconsejera la información que nos ha facilitado sobre el desarrollo de este pacto.

Los trastornos de la conducta alimentaria son algo de lo que ya hemos hablado en esta Comisión en alguna ocasión y se podrían considerar en parte como una enfermedad nueva -nueva en el sentido de que son de nuestra época- y también en parte se pueden considerar como una enfermedad social, en parte inducida por la sociedad, que lleva a los pacientes a buscar una imagen personal que en ningún caso puede ajustarse a una realidad posible dentro de un estado de salud. Por eso, nos parece fundamental lo que usted ha indicado sobre el tema de los prototipos de imagen tanto de hombres como de mujeres. En ese sentido quizás es importante señalar que estos prototipos, los que aparecen en los medios de comunicación habituales, en revistas, en prensa y en internet, siguen partiendo de imágenes retocadas y, en cierta medida, son prototipos que siguen sin ser reales. Por eso, nos parece relevante el dato que ha dado sobre que han conseguido que se



cierran seis páginas web por fomentar este tipo de trastornos. Les animamos a seguir avanzando en la medida de lo posible en el control de estos trastornos del comportamiento alimentario y agradecemos su intervención. Nada más y muchas gracias, señora Presidenta.

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

El Sr. **BEJARANO FERRERAS**: Gracias, señora Presidenta. Quiero agradecer a la señora Prado, a la Viceconsejera, que haya comparecido en esta Comisión para darnos información sobre la situación actual del Pacto Social de la Comunidad de Madrid contra los trastornos de comportamiento alimentario y también quiero agradecer al señor Raboso que haya traído a la Comisión esta iniciativa. Para el Grupo Parlamentario Izquierda Unida todos los asuntos e iniciativas relacionados con la salud mental son de máxima prioridad y lo que nos toca es analizar lo que está haciendo la Comunidad de Madrid en cuanto a este tipo de patologías y seguir trabajando y presentando iniciativas para mejorar, porque creemos que son enfermedades que, desgraciadamente, están aumentando y todos los recursos humanos y materiales que se puedan introducir en el sistema van a ser beneficiosos para todos y todas.

Hemos oído la información que nos ha dado la señora Prado. Yo conozco alguna de las unidades que ha descrito, concretamente este año, en una visita que realice al hospital Niño Jesús, tuve la oportunidad de charlar y conocer la gestión que estaban realizando en ese centro y la verdad es que son magníficos los profesionales que tenemos suerte de tener en nuestra Comunidad Autónoma en esa unidad del hospital, y lo que hace falta evidentemente -sinceramente lo decimos- es mejorar e incrementar los recursos humanos y materiales, que se añadan a esa profesionalidad de nuestros empleados públicos, porque son enfermedades que, repito, desgraciadamente están creciendo.

Los trastornos alimentarios afectan ya, como saben SS.SS., a entre el 5 y 10 por ciento de la población con edades comprendidas entre los 12 y 25 años. Ha habido y hemos conocido informes de distintas universidades, no solo de nuestra Comunidad Autónoma sino de Navarra o Andalucía, y todos coinciden en el tratamiento multidisciplinar, especializado y personalizado de trastornos como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y otros, que tienen que prestar las Administraciones Públicas.

El índice de mortalidad en este tipo de pacientes asciende al 10 por ciento de las personas diagnosticadas con algún tipo de patología relacionada con los trastornos de conducta alimentaria; no obstante, dos tercios de los pacientes tratados pueden llevar una vida completamente normal o tener una muy buena calidad de vida. En todo caso, son indicadores que nos hacen lógicamente prestar muchísima atención.

Hablando en términos generales de la salud mental en cuanto a niños y adolescentes hay que recordar que el 20 por ciento de niños y adolescentes sufren algún tipo de trastorno mental, no solo hablando de anorexia sino de otro tipo de patologías, como hiperactividad, autismo, ansiedad, etcétera, y lo que hay que hacer, señorías, es seguir incrementando todos estos servicios y hacer una

llamada lo que está ocurriendo en nuestro país, porque nuestro país es de los pocos países –y van a coincidir conmigo sus señorías- de la Unión Europea en los que no existen especialidades no solo desde el punto de vista psicológico sino también de psiquiatría infanto-juvenil. Todos los expertos dicen que el 70 por ciento de las enfermedades mentales tienen su origen en la infancia y en la adolescencia y lógicamente el diagnóstico precoz es absolutamente fundamental, aunque hay patologías que no siempre se diagnostican y tienen sus devastadoras consecuencias a lo largo del tiempo, y, por supuesto, el tratamiento y la prevención de los trastornos psicopatológicos de los niños y adolescentes es absolutamente clave. Por lo tanto, desde nuestro Grupo Parlamentario, repito, este tipo de iniciativas son bienvenidas. Es verdad que la Comunidad de Madrid tiene un salto respecto a otras comunidades autónomas con este Pacto Social, pero, en todo caso, repito, después de conocer unidades y servicios que se están haciendo, lo que toca es incrementar, en términos generales, los recursos en cuanto a salud mental referidos a este tipo de población. Nosotros creemos que tendría que volver a instaurarse una oficina regional de salud mental, que sería absolutamente clave para coordinar toda la atención mental que se está dando en los centros de salud y en los centros de especialidades de salud mental en nuestra Comunidad Autónoma, que se tienen que incrementar los servicios, en términos generales, y todo lo que sea mejorar los servicios de salud mental nuestro Grupo Parlamentario siempre los va a saludar y, por supuesto, lo va a apoyar. Gracias, señora Presidenta.

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

El Sr. **AGUADO ARNÁEZ:** Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señora Viceconsejera por su comparecencia. Aprovecho para agradecer a mi Grupo que me dé la oportunidad de intervenir por el interés que tengo en este tema pero también, quizá, porque eso me ha permitido tener más diálogo con profesionales y con otros familiares. En este caso, formalizaremos once propuestas creemos que de mejora y, si pueden ser tenidas en cuenta, será muy de agradecer por parte de nuestro Grupo.

Creemos, para ser claros desde un principio, que este pacto es una buena medida que tiene una evolución favorable. Es verdad que no existe en ninguna otra Comunidad Autónoma; hay programas transversales en la mayoría de las comunidades, pero, como tal, no y creemos que es una buena medida.

Ya tuvimos en esta Comisión una iniciativa por parte de nuestro Grupo, el Grupo Socialista, en la que el entonces Director General –creo que era de Hospitales-, señor Burgueño, figuraba como compareciente; también hicimos una serie de propuestas y él indicó que tomaría buena nota, pero, desgraciadamente, al menos en este caso, a los dos días, creo que presentó la dimisión y no pudo aplicarlas, con lo cual las hemos intentado organizar de otra forma de modo que puedan ser útiles.

Hemos visto con detenimiento la Memoria que consta en la página web de la Comunidad de Madrid, la Memoria del ejercicio 2013 y, partiendo de esa visión favorable, quisiéramos hacer algún

tipo de propuesta sobre la propia Memoria. Es una Memoria, si me lo permite, exclusivamente de relación de actuaciones y una foto fija de la situación al cierre del año 2013, es decir, número de pacientes, tipologías, etcétera. Creemos importante, puesto que es un plan que lleva bastante tiempo, saber el punto de partida y con esa foto fija no sabemos si estamos mejor o peor que hace tan solo cinco o seis años. Creemos que un informe lo que tiene que valorar y luego analizar –no tienen que ser todo el rato siempre positivo- es de qué situación partíamos, cuál era la situación cuando se comenzó y cómo hemos ido evolucionando, porque los números sueltos no nos dicen más que números de casos atendidos, pero no sabemos si son más o menos, o, por ejemplo, tiempo de permanencia en aquellos casos en que son ingresados, y como estos, muchos datos. Por eso, creemos que tiene que tener una evaluación anual para que podamos valorar realmente la mejora o no de todo ello.

Hemos visto también, si me lo permite, como valoración general, que se hace mucho énfasis por las distintas actuaciones en lo que podríamos denominar una correcta alimentación o una información sobre la alimentación sana, pero, como sabemos, estas enfermedades no se caracterizan por querer comer sano o insano sino por dejar de comer, o por reducir la ingesta, o por aumentar la quema de calorías a través de la actividad física, con lo cual, siendo importante comer sano como conocimiento saludable de toda la población, parece que este es el paquete más importante de toda la Memoria e insisto en que estamos hablando de personas que no optan por comer sano o no sino por no comer, o por vomitar, o hacer un desgaste. Por tanto, siendo importante, son actuaciones que podrían estar también en otro tipo de programas.

Creemos que el tema es importante porque no solamente es una cuestión estética sino que, evidentemente, es un problema, como bien ha dicho el portavoz del Grupo Parlamentario Izquierda Unida, de salud mental. Es una cuestión en la que tiene que haber cada vez más un peso importante de la mejora de la autoestima y del cambio de hábitos culturales y sociales. En este caso, no solamente es una modificación de la percepción social de las personas sino que tenemos –y aquí está la dificultad- en nuestra sociedad, en nuestra cultura, una valorización en positivo del éxito y, por consiguiente, una minusvaloración del fracaso, y eso tiene mucho que ver con componentes psicológicos. Ahí es donde creemos también que hay más dificultad, pero es una laguna importante en el conjunto de las actuaciones.

Dentro de esta visión, para que nos demos cuenta y lo pongamos en valor, estarían, por ejemplo, las medidas que fueron incluso criticadas en su momento de la pasarela de moda de Madrid, en las que se pide que las modelos no estén por debajo de un 18 de índice de masa corporal. Recuerdo a SS.SS. que, con un índice de 18 y algún otro factor, el protocolo indica ingreso hospitalario, es decir, no estamos hablando de un margen alto sino que hablamos de que, al menos, desfilen modelos que si las cogiera un médico no las ingresara; ese es el perfil. Y es un gran avance, porque se han presentado, han desfilado y siguen desfilando en algunas otras ferias modelos con índices de masa corporal y estados de desnutrición que cualquier médico, en condiciones razonables, ordenaría su ingreso. Ese es el salto, por eso creemos que no es tan sencillo.

Si nos permite, le vamos a hacer estas once propuestas que creemos que pueden aglutinar todo. Por una parte, hemos visto que hay multitud de talleres a lo largo de la Memoria de este plan, pero creemos que sería importantísimo unificar los criterios, incluso diríamos que homologar los criterios de los talleres, porque vemos que los da una entidad como Adaner, la Comunidad de Madrid a través de Mujer, de Deportes, de Juventud, de Consumo, incluso, si me permiten, hasta Eroski da también talleres, todos seguramente que con buena voluntad, pero no es lo mismo. Es como cuando hace muchos años se daban charlas sobre drogas y, en algunos casos, cuando se contaban solamente los efectos del consumo de las drogas a algunos jóvenes se les incitaba al consumo de drogas. En este caso, se hacen las cosas con buena voluntad, pero creemos que sí es responsabilidad de su área homologar, que haya unos criterios comunes sobre esos talleres, dado que hay una gran diversidad y cada uno los puede diseñar con mejor o peor capacitación y a veces la buena voluntad no basta. Creemos que es bueno que haya talleres, pero tienen que tener un rigor profesional, científico y pedagógico.

A esto hay que añadir que los ayuntamientos, hasta hace poco, también estaban desarrollando campañas -y algunos siguen haciéndolo- en colaboración con los centros de salud. Ante el aumento de la actividad y la falta de personal, estos se han reducido, pero es importante para los ayuntamientos contar con los profesionales de la salud, que además son los que conocen, en muchos casos, in situ a las personas, porque hace que sea una labor mucho más cercana y que permite ese contacto. Es difícil, pero nos parece una actuación correcta.

Acciones de prevención en adultos. Se habla incluso en femenino y es verdad que mayoritariamente son chicas, pero empiezan a aumentar también en los chicos la detección; quizá el problema estaba de antemano, pero la detección empieza a aumentar en chicos, a veces con derivaciones o junto a otras nuevas tendencias, como puede ser la vigorexia, que también actúa sobre la alimentación y, en este caso, sobre la quema de calorías, con lo cual tenemos otro colectivo, con un tratamiento específico. Echábamos en falta mayores líneas de actuación de prevención en adultos. Como se sabe, hay mujeres, hombres también, pero más mujeres, incluso de 60 años, que requieren un tratamiento y no hay actuaciones de prevención en este entorno o nos son tan claras. (La Sra. **FERNÁNDEZ SANZ:** *Ha dicho de 60 años.*) Es por poner una edad, porque siempre pensamos en una chica de 16 o 17 años, pero hoy tenemos pacientes de cualquier edad, desde 10 años en adelante.

Nos parecían también importantes los colectivos profesionales. Valoramos, por ejemplo, la actuación de la Consejería de Sanidad con los profesionales de la sanidad. Proporcionalmente todavía queda mucho por hacer, sobre todo en atención primaria, que es importante, pero, en este caso creemos que tiene que intensificarse por parte de la Consejería de Educación la actuación sobre el profesorado por la alta capacidad que tienen para la detección precoz de este tipo de trastornos. También hay un personal que está muy de continuo en los momentos clave, como es el de vigilancia en patios, en comedores, el personal de apoyo, porque, insisto, no es tanto ver si se come correctamente -aunque a veces los niños comen mal porque los padres les preparan unas meriendas para el colegio malas- sino ver si no se come, se tira, se acude al baño y ese tipo de hábitos que

requieren vigilancia y es un elemento de detección muy importante. Así como respecto a los comedores en la Memoria se habla mucho de la dieta correcta y está bien, no hay ninguna forma de que, si un monitor de comedor detecta que un niño o una niña, de forma continuada no come, pone la comida en los platos de otros niños o acude inmediatamente al baño, hubiera una trazabilidad para que tenga un tratamiento correcto, un seguimiento y una información. Parecen elementos importantes en los que también deberían realizarse actuaciones.

Respecto a los teléfonos de información, vemos que por lo menos hay tres: el de Adaner, el de Infojuven de la Dirección General de Juventud y el de Salud; pero hay muchos más, aunque generalmente los padres llaman a cualquier sitio, como es normal. En los hospitales no están indicados los teléfonos donde llamar; simplemente esa referencia. Como comentamos en su momento, el de Adaner no es conocido; seguramente existe, pero no es conocido, no es difundido. Respecto al de Infojuven, para que nos hagamos una idea, dicen que el 8 por ciento de las llamadas recibidas tienen que ver con trastornos de la alimentación, lo que quiere decir una llamada al mes en el teléfono de información de la Dirección General de la Juventud, y lo mismo en el de Salud. Por otro lado, los informadores no solamente deberían tener un listado de los recursos existentes sino poder dar una primera o segunda orientación a las familias, y también a los profesores, porque son muchos los que llaman porque tienen dudas y no saben cómo actuar. También debería unificarse o facilitar el criterio para que exista esa coordinación.

Nos parece importante en este caso el incremento del apoyo al tratamiento psicológico. Es verdad el recorrido que usted nos dice, pero también que en los centros de salud mental, en el momento previo o posterior al ingreso es donde empiezan las dificultades importantes. Los centros de salud mental no tienen capacidad para atender a los pacientes con la periodicidad que se requiere. El que yo conozco de zona, el Centro de Salud Mental de Colmenar Viejo, atiende 24 casos, y puedo asegurarle que son muchísimos más los casos que deberían ser tratados, pero el psiquiatra –y digo el, porque no hay más- y el resto del personal no pueden atender más que con buena voluntad, y las citas se dan mensualmente. Evidentemente, esto se complementa en la mayoría de los casos con una atención psicológica privada, que conlleva un gasto importante. Esa colaboración es muy importante, y no tienen ese apoyo, y esto ya es un elemento diferenciador entre los que pueden y los que no pueden pagarlo. Evidentemente, pedimos que haya más personal capacitado en psicología en los centros de salud mental para estos casos, y, en el caso de no ser así, un apoyo económico, puesto que el coste es importante para las familias.

Pisos terapéuticos. Otras comunidades autónomas los tienen. Son pisos de transición desde la enfermedad -sobre todo con mayores de 18 años- hasta la integración a la vida normal, tanto en la cocina, en la compra, etcétera. Tienen muy buen resultado y, que sepamos, en la Comunidad de Madrid no existen pisos terapéuticos –en la memoria no figura- y se utilizan pisos terapéuticos de otras comunidades autónomas cuando se considera; pero sería un recurso utilizable. Incluso, por coordinar, el Ivima tiene bastantes pisos que podrían ser puestos a disposición de la Consejería, y probablemente sin mucho coste podríamos poner a disposición algunos pisos terapéuticos a través de entidades o de la propia Comunidad de Madrid.

Hablaba de apoyo y de orientación económica a las familias en la gestión de los trámites para la dependencia. En muchos casos esto es necesario, y tengamos en cuenta además que, en general, este tipo de enfermedades, como muchas enfermedades de salud mental, se prolongan mucho en el tiempo. Además, tiene una repercusión importante en la situación laboral de las madres, porque suelen ser las que abandonan su trabajo –estadísticamente es así– para dedicarse a la atención de sus hijos, lo que supone una reducción de ingresos, cuando además hay un gasto muy importante. Sobre la facilitación de ayudas para la dependencia, algunos ayuntamientos de la Comunidad dan ayudas temporalmente, durante dos o tres meses, y otros que no la dan. Sería bueno una orientación y, en este caso, la unificación de criterios. En bastantes casos, como ya hemos mencionado, cuando se agotan los recursos terapéuticos de la Comunidad de Madrid -lo que quiero decir es que no se puede estar circulando por todos los recursos de forma continuada- se recomienda el ingreso en una institución, que es el ITA, el Instituto de Trastornos Alimentarios, que es una institución privada que está en Barcelona. Se les deriva desde el hospital Gregorio Marañón, desde el del Niño Jesús, etcétera. Aproximadamente el 8 por ciento de los pacientes de este centro de Barcelona son de la Comunidad de Madrid. Para que nos hagamos una idea del coste, el seguro escolar cubre aproximadamente unos 2.000 euros al mes, y los 1.500 euros complementarios que cuestan el desplazamiento, los tratamientos, etcétera, corren por cuenta de las familias, por lo que sería bueno algún tipo de ayuda porque, obviamente, no todas las familias pueden costearlo, cuando además la media de ingreso es de seis a ocho meses.

También complementaríamos en los servicios sociales. En este sentido, en orientación, a veces hay recursos que no se conocen y no se pueden utilizar. Me quedan pocos; permítame tres puntos, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Sí, señor Aguado, vaya terminando.

El Sr. **AGUADO ARNÁEZ**: Muchas gracias. También veríamos muy bien, porque se está haciendo en otro tipo de enfermedades y de trastornos, asesoramiento o información a profesionales jurídicos para incapacitaciones, para procesos de dependencia, para conocer las raíces de este tipo de enfermedades. Como algunas no son tan evidentes o no es tan factible mostrar una prueba médica como tal, ese entrenamiento o esa formación a profesionales jurídicos también evitaría en algunos casos danzar de un sitio a otro y creemos que es importante. Siempre requiere la valoración de un profesional de la salud, como tiene que ser; con lo cual, no es por decisión propia, pero debería organizarse algún taller que seguramente sería muy bien acogido por jueces y profesionales en la Comunidad de Madrid.

Una última cuestión: como también soy portavoz de la Comisión de Telemadrid, permítanme que proponga que utilicemos nuestra televisión pública. Sería un gran elemento en nuestra televisión y nuestra radio pública, Onda Madrid -mi compañera de Izquierda Unida, como bien estaba indicando, también está allí- para que la utilicemos, primero, como recurso divulgativo –en este caso, un gran recurso divulgativo-; por otra parte, falta en la firma de los acuerdos, en este caso, sobre esa modificación de estereotipos. Nuestra televisión y nuestra radio hace tiempo que tendrían que haber

firmado que tampoco utilizarán esa clase de estereotipos. Me parece que hay que empezar por casa; entonces, en este caso, sería bueno que utilizáramos y tuviéramos más en mente nuestra televisión y nuestra radio pública.

La utilización de un consejo asesor científico en la Comunidad de Madrid... Tenemos probablemente de los mejores profesionales a nivel nacional. Iba a mencionar algún nombre en activo: la doctora Rosa Calvo. Tenemos muchos cuyo conocimiento es requerido desde fuera y creemos que también podrían aportar sobre esa evolución y tener ese conocimiento.

Finalmente, está habiendo variaciones, tendencias. Sería conveniente un programa dirigido a esos cambios que está habiendo en los trastornos de la conducta alimentaria, como lo que ahora se está llamando "anorexibulimia", ese tránsito de la anorexia a la bulimia y vuelta a la anorexia, que tiene un tratamiento distinto desde el punto de vista conductual y también desde el punto de vista de la actuación, o la vigorexia en jóvenes. Deberíamos ir trabajando también con los gimnasios, que es donde más se potencia la adoración al cuerpo, en este caso, en jóvenes; y finalmente, algo más difícil: desarrollar acciones de cambio cultural en esa percepción que reconozco que es difícil; pero, en el fondo, esa cultura o esa sociedad en la que vivimos que valora el éxito y criminaliza el fracaso, cuando el fracaso –como en otras culturas- también debería ser un aprendizaje a lo largo de la vida. Agradezco su comparecencia. Muchas gracias.

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

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Señora Viceconsejera, en ocasiones, la vida depara situaciones absolutamente inesperadas y esta es una de ellas: acaba de recibir usted la aprobación de los cuatro portavoces en su gestión de los trastornos alimentarios. Poco tengo que añadir a lo que ya está dicho, porque creo que es un verdadero alarde lo que la Comunidad de Madrid ha conseguido en el manejo de los trastornos alimentarios desde todos los puntos de vista: social, sanitario, asistencial, etcétera. Creo que es un ejemplo de nivel rigurosamente internacional. Honestamente, me parece apabullante. Creo que es motivo para que todos estemos orgullosos. Evidentemente, eso no significa dormirse en los laureles; creo que hay que seguir avanzando en lo que ya es una dinámica consolidada para seguir adaptándose a esas realidades cambiantes y a esas entidades que en ocasiones aparecen y que se contextúan dentro de la misma línea de trastornos psicológicos que corresponde a la anorexia y a la bulimia o, como ya se ha mencionado, a la vigorexia.

Poco más hay que decir. Me parece que las aportaciones del señor Aguado son interesantes y creo que de alguna forma se deben valorar para ver su posible incorporación, según proceda, a los protocolos de actuación del pacto. Nada más; muchísimas felicidades y muchísimas gracias por venir.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Para cerrar, tiene la palabra la señora Viceconsejera, por tiempo máximo de diez minutos.



La Sra. **VICECONSEJERA DE ORDENACIÓN SANITARIA E INFRAESTRUCTURAS** (Prado Sanjurjo): Muchas gracias, señora Presidenta. Quiero agradecer nuevamente al portavoz del Grupo Popular sus palabras y la oportunidad que me ha dado de explicar esta iniciativa, que, como he dicho, es una iniciativa del conjunto de la sociedad madrileña. También quiero agradecer las intervenciones de los tres Grupos de la oposición, su respaldo al pacto, e invitarles a asistir, si así lo desean, a la próxima reunión del Comité de Seguimiento; así podrán comprobar que parte de las propuestas que aquí se han puesto sobre la mesa se están desarrollando. Les diré, por ejemplo, que todos los talleres se validan por profesionales tanto de Salud Mental como de Atención Primaria. Igualmente, en lo que se refiere a que aparecen diferentes teléfonos, como he dicho, no es una iniciativa exclusivamente del Gobierno de la Comunidad de Madrid, sino que es una iniciativa del conjunto de la sociedad civil madrileña. Por ello, es importante que la sociedad tenga conocimiento de los dispositivos que tienen las organizaciones de pacientes, o los dispositivos que tienen los sindicatos, o cualquier agente que quiera colaborar y trabajar para cambiar estereotipos y para ayudar a luchar contra esta lacra.

Le decía también que los profesionales de la educación lo tienen incluido en módulos de trastornos de comportamiento alimentario en sus currículos, e igualmente he citado que de las 19 sesiones que hemos mantenido hasta la fecha, en 16 de ellas han acudido expertos. Por citarles alguno: doña Melani Penna, que es psicóloga de Atención Primaria; doña Marina Díaz, del hospital Clínico San Carlos; doña Rosa Calvo, del hospital entonces Santa Cristina; doña Bibiana, del hospital de La Paz; doña Carmen Gómez, del hospital de La Paz; doña Irene de la Vega, del hospital San Clínico; doña Dolores Crespo, del Servicio Madrileño de Salud; don Francisco Ferre, del hospital Gregorio Marañón. Así hasta 16, todos ellos expertos importantísimos, con los cuales diseñamos nuestras nuevas estrategias y avanzamos. En definitiva, reitero la invitación a que nos acompañen, si así lo desean, en la próxima reunión de seguimiento del pacto, y el compromiso de la Comunidad de Madrid de que esta iniciativa pionera de nuestra Comunidad se siga desarrollando.

En dos minutos, porque creo que es importante, quiero darles los datos del CMBD, que son datos de nuestro Coordinador de Salud Mental, del doctor Petersen, que también se sienta en todas las sesiones de seguimiento del pacto. Estamos hablando de que en la Comunidad de Madrid los trastornos del comportamiento alimentario representan el 1,5 por ciento del total de los diagnósticos psiquiátricos. En el 83 por ciento de los casos son menores de 30 años, y cada cuatro de estos casos son mujeres.

Según los datos del Coordinador de Salud Mental, doctor Petersen, como digo, de la base de datos CMBD del año 2013, existen registrados en nuestra Comunidad 2.336 casos, de los cuales ingresos hospitalarios hubo 443 únicamente en el año 2013 -estoy hablando de hospitalizaciones, no de atenciones, que serían otras cifras-, de los cuales 322 corresponden a episodios de anorexia y 121 a bulimia. Muchas gracias, señora Presidenta. Gracias, señorías.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Viceconsejera, por su presencia en esta Comisión una vez más. Pasamos al noveno punto del orden del día.



— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** —

¿Algún diputado o diputada desea formular algún ruego o alguna pregunta? (*Denegaciones.*)  
No habiendo ningún ruego ni ninguna pregunta, se levanta la sesión.

*(Eran las diecinueve horas y treinta y ocho minutos).*





**SECRETARÍA GENERAL DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA**

**SERVICIO DE PUBLICACIONES**

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

Web: [www.asambleamadrid.es](http://www.asambleamadrid.es)

e-mail: [publicaciones@asambleamadrid.es](mailto: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