

— DIARIO DE SESIONES — DE LA — ASAMBLEA DE MADRID —



Número 886

7 de marzo de 2007

VII Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA

Ilma. Sra. D.^a María Carmen Rodríguez Flores

Sesión celebrada el miércoles 7 de marzo de 2007

ORDEN DEL DÍA

1.- C-563/05 RGEP. 8930 (VII). Comparecencia del Sr. Director General de Salud Pública y Alimentación, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre valoración de actuaciones desarrolladas y previsiones de futuro en cuanto al Plan Regional de Acciones frente al VIH/Sida.

2.- C-11/07 RGEP. 165 (VII). Comparecencia del Sr. Gerente del Hospital de Guadarrama, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, al objeto de informar sobre situación actual del Hospital de Guadarrama y perspectivas de futuro.

3.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

-Se abre la sesión a las 17 horas y 8 minutos.
Página 26107

— **C-563/05 RGEP. 8930 (VII). Comparecencia del Sr. Director General de Salud Pública y Alimentación, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre valoración de actuaciones desarrolladas y previsiones de futuro en cuanto al Plan Regional de Acciones frente al VIH/Sida.**

Página 26107

-Interviene el Sr. Hernández Ballesteros, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.

Página 26107

-Exposición del Sr. Director General de Salud Pública y Alimentación.

Página 26107-26111

-Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. García Álvarez, el Sr. Hernández Ballesteros y el Sr. Fermosel Díaz.

Página 26111-26116

-Interviene el Sr. Director General, dando respuesta a los señores portavoces.

Página 26116-26118

— **C-11/07 RGEP. 165 (VII). Comparecencia del Sr. Gerente del Hospital de**

Guadarrama, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, al objeto de informar sobre situación actual del Hospital de Guadarrama y perspectivas de futuro.

Página 26119

-Interviene la Sra. García Álvarez, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.

Página 26119

-Exposición del Sr. Gerente del Hospital de Guadarrama.

Página 26119-26122

-Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. García Álvarez, el Sr. Fernández Martín y la Sra. Fernández Mallo.

Página 26122-26128

-Interviene el Sr. Gerente, dando respuesta a los señores portavoces.

Página 26128-26130

— **Ruegos y Preguntas.**

Página 26130

-No hubo ruegos ni preguntas

Página 26130

-Se levanta la sesión a las 19 horas y 2 minutos.

Página 26130

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

La Sra. **PRESIDENTA**: Buenas tardes, señorías. Comenzamos la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo con el primer punto del orden del día.

Comparecencia del Sr. Director General de Salud Pública y Alimentación, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre valoración de actuaciones desarrolladas y previsiones de futuro en cuanto al Plan Regional de Acciones frente al VIH/Sida.

———— C-563/05 RGEP. 8930 ————

Para explicar el motivo de la solicitud de comparecencia tiene la palabra don Francisco Hernández.

El Sr. **HERNÁNDEZ BALLESTEROS**: Muchas gracias, señora Presidenta. Bienvenido, señor Director General. Nos encontramos una tarde más en esta Comisión, y supongo que, si no es la última, será de las últimas veces que comparece usted en ella. En cualquier caso, por si no volvemos a coincidir, le deseo lo mejor para el futuro; que a partir del veintitantos de mayo usted tenga un futuro relajado y tranquilo y otros sean quienes tengan que asumir las responsabilidades que correspondan.

Comparece usted a efectos de informarnos sobre la valoración de las actuaciones desarrolladas y previsiones de futuro en el IV Plan Regional de Acciones frente al Sida. No lo voy a contar como algo nuevo, sino que, como usted ya conoce bien, se aprobó en 2005, y teóricamente entonces se puso en marcha el IV Plan Regional frente al Sida, en el marco del cual se establecían determinados objetivos, determinadas actuaciones, algunas cuestiones muy concretas, otras más difusas, algunas no tan concretas en el Plan como más tarde estableció el Consejero en su exposición un año después, porque recuerdo que el Consejero presentó el Plan en 2006 en el Pleno de la Asamblea de Madrid; repito, un año después el Consejero nos presenta el Plan; hizo una intervención en la que amplió algunos de los apuntes y de los apartados que

componían ese plan regional. El motivo de la comparecencia básicamente es que hoy, cuando está a punto de acabar el este IV Plan, nos aclare cuál es la situación, cuál es la realidad de la lucha contra lo que en su momento fue una plaga, por suerte hoy una plaga controlada y mitigada, y, por desgracia, sin una solución definitiva todavía. Por lo tanto, a la hora de empezar a pensar en diseñar y preparar de cara al futuro nuevos planes, porque lógicamente este año concluirá y concluirá el Plan con él, queríamos saber cuál es la realidad, cuál es el grado de ejecución, cuál es la situación del Plan, cuáles son los proyectos que se han desarrollado dentro de ese Plan, cuáles son los que están pendientes, qué actuaciones hemos sido capaces de hacer en la Comunidad de Madrid o qué actuaciones han sido capaces ustedes de poner en marcha en la Dirección General, y de llevar a fin. También nos gustaría conocer los motivos de aquellas actuaciones previstas y no realizadas. Con esta brevedad le cedo a usted, con el permiso de la Presidenta, la palabra para que nos haga un esbozo de hacia dónde avanza, de dónde viene y a dónde va este Plan contra el Sida 2005-2007. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. Tiene la palabra el señor compareciente, don Agustín Rivero.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ALIMENTACIÓN** (Rivero Cuadrado): Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señor Hernández, por desearme unas buenas vacaciones y por ser, posiblemente, la última de mis comparecencias aquí. Luego, uno nunca sabe dónde va a parar, no sé si volveré otra vez al Ministerio donde trabajo, o volveré a "La Paz", donde también trabajo; no sé, podré elegir, o lo mismo me tiene usted aquí sentado la próxima Legislatura; no lo sé. Por tanto, le doy las gracias sobre todo por las vacaciones, porque yo creo que sí que han sido unos años de lucha y de trabajo.

Antes de contestar a la pregunta que me ha hecho, me gustaría decirle que hace dos días se han presentado los nuevos antirretrovirales, que son muy interesantes y que posiblemente mejorarán mucho más la calidad de vida de los enfermos con sida. Por tanto, nos tenemos que alegrar todos por estos dos nuevos medicamentos que posiblemente mejorarán

todavía mucho más la calidad de vida y el tiempo de vida de estos pacientes. Yo le puedo decir que desde que empezó la epidemia, desde el 1 de febrero de 2007 se han notificado 17.808 casos de sida en residentes de la Comunidad de Madrid en el momento del diagnóstico, el 60,1 por ciento de todos ellos ha fallecido, y en relación con el total de casos de sida en España en relación con la Comunidad de Madrid, aquí hemos tenido el 24 por ciento de los mismos. En el año 2005, se diagnosticaron y notificaron 370 casos en nuestra Comunidad, y en el año 2006 esta cifra era de 270 casos; lógicamente, son provisionales todavía, pero 270 casos son los que tenemos en este momento detectados.

Como usted bien decía, a partir de 1996, cuando se introdujeron los nuevos antirretrovirales de gran actividad, los Targa, se observa un descenso en la incidencia de casos nuevos y en la mortalidad de los casos de sida, y, en consecuencia, el aumento del número de personas que están diagnosticadas de sida y que viven. De los casos diagnosticados en 2005, de los 370, el 79,2 por ciento eran hombres, y el 80 por ciento tenía entre 30 y 49 años cuando fueron diagnosticados; en los notificados hasta en 2006, el 80 por ciento son hombres, y el 80 por ciento tienen entre 30 y 49 años de edad.

En relación con el mecanismo de transmisión de la infección, se observó en el año 2005 que el 55,2 por ciento de los hombres se había infectado por compartir la jeringuilla, por tanto, por usar drogas por vía parenteral; el 25 por ciento se había infectado a través de relaciones sexuales con otros hombres y el 19,8 por transmisión heterosexual. En 2006, el año pasado, el 60,2 de los hombres se infectaron por usar drogas por vía parenteral, el 21,5 por transmisión homosexual y el 18,2 heterosexual. Entre las mujeres diagnosticadas en 2005, la transmisión por consumo de drogas por vía parenteral fue el 44,6 por ciento, y por vía heterosexual el 55,4 por ciento. En 2006 ha bajado el número de mujeres diagnosticadas como consecuencia de usar drogas por vía parenteral, siendo de un 37,7 por ciento, y un 62 por ciento por contacto heterosexual.

Como decía, desde 1996 la incidencia de casos de sida ha descendido más de un 70 por ciento, es decir, el diagnóstico de nuevos casos de personas enfermas de sida está disminuyendo. El descenso es igual en hombres que en mujeres y la

incidencia ha disminuido aproximadamente un 85 por ciento en los grupos de edad entre 20 y 39 años y un 37 por ciento en los mayores de 40 años. En 2004 hubo tres casos de sida en menores de 20 años y no hemos tenido ningún caso en el año 2005 ni en el año 2006 en estos menores de 20 años. Este descenso de la incidencia se debe fundamentalmente, lógicamente, al tratamiento con los antirretrovirales, que retrasan el desarrollo de la enfermedad a los que están infectados por VIH. La incidencia ha descendido en todas las vías de transmisión: más del 80 por ciento en los que son usuarios de drogas inyectadas, ahí sumamos también los receptores de hemoderivados, los niños con transfusión o niños infectados por transmisión vertical; un 61 por ciento de los hombres en prácticas homosexuales y un 35 por ciento en transmisión heterosexual.

Con respecto al país de origen, en los casos de sida se empezó a recoger de forma exhaustiva el origen de las personas en el año 2001, y, en el período 2001-2006, se observa que el 16,33 por ciento no había nacido en España aunque residía en nuestra Comunidad.

El diagnóstico tardío también es un dato muy importante en el tema del VIH. El diagnóstico tardío de la infección por VIH respecto al diagnóstico de sida se considera cuando transcurren menos de doce meses entre el diagnóstico de la infección y el desarrollo de la enfermedad. En 2005, el 43,8 por ciento se habían diagnosticado de infección de VIH en el año previo al diagnóstico de sida y, en 2006, éste fue de 44,7 por ciento; en un 21 por ciento se había diagnosticado al mismo tiempo la infección por VIH y la enfermedad del sida. El diagnóstico tardío de la infección por VIH fue más frecuente en las personas que se infectaron por vía heterosexual y en hombres que tenían relaciones sexuales con hombres. Además, se observa que en el 75 por ciento de las personas de otros países de origen se realizó un diagnóstico tardío.

Entre 1998 y 2005 -los datos de 2006 todavía no están disponibles-, se habían notificado por parte de los laboratorios 67.057 pruebas de detección de anticuerpos ante VIH positivos. En el año 2005, se ha notificado un uno por ciento más de pruebas que en el año 2004 y a partir de esta cifra, y teniendo en cuenta la movilidad de los pacientes de sida entre los distintos centros y los fallecidos por

infección por VIH, se estima que el número de infectados por VIH conocidos y vivos a final de año estaría entre 21.214 y 28.226, incluidos los casos de sida.

Las tasas de transmisión vertical de madre a hijo de la infección por VIH ha disminuido sobre todo tras la introducción, en 1996, de los antirretrovirales, de alta eficacia en la profilaxis de esta vía de transmisión, situándose en el 2,2 por ciento para el período entre 2001 y 2005, y, en los últimos cinco años, el 88 por ciento recibieron profilaxis durante el embarazo y durante el período perinatal, pero el 0,8 no recibió ningún tipo de profilaxis. En 2005 se han notificado 123 niños nacidos con anticuerpos, de los cuales dos pueden estar infectados.

¿Qué se ha hecho con respecto a todo esto desde el punto de vista de epidemiología, de la vigilancia epidemiológica? En el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública se realiza la vigilancia de la infección por VIH en la Comunidad de Madrid a través de los siguientes sistemas de información: primero, el registro regional de casos de sida -se han realizado las actividades necesarias para mantener el mismo, con recogida periódica a nivel de los hospitales de los nuevos casos, actualizando los declarados-; cruce periódico de otros sistemas de información como es el de datos de mortalidad, el conjunto mínimo básico de datos; el registro regional de tuberculosis de la Comunidad de Madrid, el registro nacional del sida, y datos de la cohorte de la corona metropolitana del sureste de Madrid, Comesem.

En relación con la vigilancia de la infección por VIH por transmisión vertical, se mantiene un registro de los niños recién nacidos de madres seropositivas en los hospitales de la Comunidad de Madrid, que consiste en la detección de estos niños y niñas y la actualización de los ya notificados para verificar su seronegatividad o, en su caso, seguir la infección.

La vigilancia de la infección por VIH se realiza a través de los laboratorios, y se realizan contactos con los laboratorios de microbiología tanto de los hospitales como de los centros extrahospitalarios, como pueden ser Montesa o Sandoval, para la notificación del número de pruebas de VIH. Se hace una vigilancia individualizada de la infección por VIH a nivel de la Comunidad de Madrid.

Se está desarrollando y creando el registro de infecciones por VIH individualizado, y en este momento se desarrolla de forma paralela con la implantación del sistema de vigilancia microbiológica, que es de nueva creación y que recogerá la información microbiológica de los laboratorios de microbiología de la Comunidad de Madrid. También se vigila, a través de la cohorte de la corona metropolitana sureste de Madrid, Comesem, que, como ya sabe, es un convenio que tiene la Dirección General con seis hospitales de la corona metropolitana: Príncipe de Asturias, Getafe, Severo Ochoa, Alcorcón, Móstoles y Fuenlabrada, para mantener información sobre una cohorte de personas infectadas por VIH. También se incluye vigilar la prevalencia de la infección por VIH en mujeres que dan a luz a un niño vivo; vigilar la prevalencia de la infección por VIH en la población en general, con una vigilancia en atención primaria en la que cada cinco años se realiza una encuesta de seroprevalencia; vigilancia en la atención hospitalaria a través del estudio de seroprevalencia para metodología de anónimos no relacionados, con una muestra en el hospital Príncipe de Asturias.

Hay un registro de accidentes de personal sanitario con material potencialmente contaminado con VIH, y esto se hace a través de los servicios de medicina preventiva o de salud laboral que recogen los nuevos accidentes si éstos existen, y a través de otros sistemas de vigilancia, como puede ser la vigilancia de los comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH en usuarios de drogas o la vigilancia de los comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, realizando una encuesta cada dos años.

Entre otras actividades que se han desarrollado desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, se firmó un convenio de colaboración con la Cruz Roja para la administración de tratamiento antirretroviral supervisado o directamente observado en aquellos pacientes que tienen una falta clara de adherencia al tratamiento, para que posteriormente no se produzcan resistencias a la medicación. Esto desde el punto de vista de vigilancia epidemiológica.

Desde el punto de vista de prevención y promoción de la salud, entre las actuaciones más significativas, me centraría en los objetivos

relacionados con la mejora del nivel de información de la población sobre la infección por VIH. Para esto, se han hecho campañas de información coincidiendo con el día 1 de diciembre, Día Mundial de la Lucha contra el Sida, en colaboración con Unisida y el Plan Nacional sobre el Sida. También se ha realizado la edición y distribución de material: "Si piensas que el Sida sólo afecta a otro, te equivocas", con carteles y folletos; edición y distribución de material, como "Nosotras decidimos, preservativo femenino de venta en farmacias", carteles y folletos; edición y distribución del material "Por ti, por tu salud, evita el VIH y las infecciones de transmisión sexual", con una tarjetita con información sobre los recursos sanitarios que hay en relación con la información sobre el sida; traducción de todos los materiales y disponibilidad de los mismos en nueve idiomas: en castellano, inglés, francés, rumano, árabe, chino, búlgaro, ruso y portugués. Además, el diseño y realización de un estudio sobre aceptación y condiciones del uso del preservativo femenino; la gestión de 5.600 llamadas al teléfono gratuito de información sexual y prevención del sida, el 900 70 69 69, así como la mejora en información sexual y prevención del sida en la página web "sitelias.net", donde en el 2006 se computaron un total de 467.496 accesos a dicha página web; inserción y actualización en el portal de salud de la Comunidad de Madrid y elaboración y difusión de un catálogo con material de prevención del sida. Asimismo, información sobre los centros de control de infecciones de transmisión sexual, dónde hacerse la prueba del VIH.

Con relación a las subvenciones de los proyectos de las ONG, asesoramiento técnico y formación del personal de las asociaciones en materia de prevención, se ha gestionado la convocatoria del 2000-2007 con un total de 305.000 euros para 31 proyectos seleccionados de 17 ONG subvencionadas. Se ha llevado a cabo asesoramiento técnico permanente con visitas técnicas periódicas a las sedes de las ONG para ayudarlas a desarrollar un buen proyecto y poder presentar la solicitud de las subvenciones. Se han llevado a cabo diversos talleres de formación con las ONG sobre la calidad de los proyectos de prevención y de infecciones en VIH.

Con respecto a la disponibilidad y oferta de preservativos masculinos y femeninos y lubricantes, podemos dar algunas cifras: en este año pasado, el 2006, se han adquirido 2.928.968 preservativos

masculinos, 72.000 preservativos femeninos y 664.200 lubricantes en sobres monodosis.

En relación con el capítulo relacionado a la subvención de proyectos de ONGs, que favorecen la prevención de la transmisión sexual de VIH en colectivos de personas drogodependientes, se dieron las subvenciones a siete ONGs en siete proyectos relacionados con este tema.

En cuanto a actuaciones de prevención en hombres con prácticas homosexuales o bisexuales transexuales, se ha reeditado y distribuido el folleto "Entre hombres, entre mujeres, hablando de sexo seguro", publicación dirigida a gays, lesbianas y bisexuales; edición y distribución del documento "La prueba del VIH" en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres hacia un modelo complejo de investigación e intervención; dinamización de un grupo de trabajo con ONGs, la Universidad Complutense y empresarios de locales de ocio gays en el marco del proyecto "En todas partes" para el diseño de estrategia de prevención; dinamización de varios grupos de trabajo con ONGs y otros agentes implicados en la prevención, y financiación e implementación, en colaboración con Cogam, de un taller de prevención de la transmisión del VIH y de las infecciones de transmisión sexual dirigido a personas transexuales que ejercen la prostitución.

En relación con las subvenciones de proyectos a ONGs, dirigidas a colectivos de hombres con prácticas homosexuales o bisexuales, se dieron unas ayudas, por valor de 98.000 euros, a nueve proyectos de tres ONGs.

En cuanto a la distribución de preservativos y lubricantes a través de las ONGs que trabajan con hombres que realizan prácticas homosexuales, bisexuales y transexuales, se repartieron preservativos a las asociaciones Cogam, Fundación Triángulo, Colega Madrid y Transexualia, por un total de 415.000 euros. Para personas que trabajan en la prostitución, actuaciones, edición y distribución del material "Por ti, por tu salud, evita las infecciones de transmisión sexual", se editaron más de 10.000 ediciones y folletos.

La Sra. **PRESIDENTA**: Vaya concluyendo, por favor.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ALIMENTACIÓN** (Rivero Cuadrado): Voy acabando, señora Presidenta. En general, centrándonos, sobre todo, en los proyectos que se habían presentado en el plan. ¿Cuáles son las previsiones de futuro? Se lo comento en un minuto. Diseño de futuras campañas de información, con motivo del Día Mundial del Sida; reeditar y actualizar los nuevos materiales o los materiales de prevención; traducir y adaptar culturalmente todos los materiales de prevención; elaborar una estrategia de actuación de acuerdo con las conclusiones del estudio sobre aceptación y condiciones del uso de preservativo; actualización permanente del teléfono y de la página web; continuar subvencionando a las organizaciones, como se ha hecho hasta ahora; incrementar la adquisición y distribución de material de prevención: preservativos masculinos y femeninos; diseño, organización e implementación de cursos en colaboración con Laín Entralgo, la Universidad Complutense y las ONG, así como diseñar y realizar una investigación en colaboración con el Departamento de Antropología y Ciencias Políticas de la Universidad Complutense para identificar y valorar actividades preventivas que se realizan en los centros sanitarios con las personas seropositivas y sus allegados; finalmente, constituir y dinamizar un grupo de trabajo con el Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas" de la Universidad Carlos III, de Madrid, ONGs y personas seropositivas en torno a la discriminación y VIH sida. Muchas gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señor Rivero. Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Izquierda Unida, doña Caridad García.

La Sra. **GARCÍA ÁLVAREZ**: Muchas gracias, señora Presidenta. Señor Director General, yo también, una vez más, le agradezco su presencia en esta Cámara para hablarnos de temas relacionados con la salud pública. Le deseo igualmente, como decía el portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, lo mejor para el futuro, aunque me gustaría ver cambios aquí; en cualquier caso, insisto: no le deseo que se vaya de vacaciones -que seguramente se las merece- sino que vuelva usted a trabajar donde le corresponda, sin lugar a dudas y sin ningún problema.

Dicho esto, señor Rivero, le agradezco la información que nos ha traído usted. Supongo que con la información que nos ha dado en esta primera intervención nos viene a decir, ajustándome a la literalidad de la iniciativa, que la valoración de las actuaciones que se han desarrollado en el plan que ya finaliza, como se ha dicho anteriormente, para usted es positiva; se ha hecho lo mejor del mundo mundial; se ha puesto toda la carne en el asador precisamente para ello, y supongo, al menos, por lo que deduzco de esta primera intervención, que todas las acciones que vienen en el plan están progresando, como se dice con los niños en la escuela, adecuadamente; lo digo por la información que nos ha dado.

Estamos hablando de un tema que, sin lugar a dudas -ya se lo dije al Consejero cuando presentó el Plan aquí sin que anteriormente lo hubiéramos podido discutir en esta Asamblea; es derecho del Gobierno poder hacerlo así, por lo tanto, no lo critiqué entonces y no lo voy a criticar ahora-, hubiera sido mejor conocerlo y debatirlo, porque creo que, ante un tema de estas características, que preocupa a todo el mundo, incluidos los Grupos Parlamentarios, hubiera sido bueno sacar un plan consensuado por todos. Una vez más, no es así; insisto en que el Gobierno tiene el legítimo derecho de hacerlo como le corresponda, pero algunas veces se lamenta de que cuestiones como ésta no se hayan hecho de manera mucho más consensuada.

Dicho esto, quería manifestar algo con relación a lo último que usted ha comentado. Me estoy refiriendo, como usted conoce, porque estoy convencida de que estaría usted en aquel Pleno donde hubo una protesta importante por parte de un colectivo que estaba trabajando en la Comunidad de Madrid desde hacía mucho tiempo precisamente con afectados por el VIH y que se quejaba con respecto a las subvenciones, a la posible -digo posible porque no lo tengo muy claro; espero que usted me lo aclare- exclusión de las subvenciones. Por eso me gustaría, si es posible, señor Rivero, que en su segunda intervención fuera más explícito a la hora de decirnos a qué colectivos se han destinado finalmente las subvenciones y las cantidades correspondientes, según nos ha mencionado usted. Nos ha dado usted el total, y yo le pediría que, si tiene los datos, nos lo desglosara y nos dijera en base a qué proyectos. Le digo esto porque a veces -no a veces, creo que siempre- puede resultar, voy a decir penoso por no

decir otra cosa, desaprovechar las actuaciones que unos colectivos han llevado a lo largo del tiempo en función de otros colectivos -que seguramente que lo harán estupendamente- que, a lo mejor, puedan tener menos experiencia en este asunto. Y, por supuesto, como no podría ser de otra manera, en mi Grupo Parlamentario nos congratulamos de que hayan aparecido nuevos fármacos que van a permitir una mejora en la calidad de vida de los afectados por el VIH. ¡Ya nos gustaría poder decir que una enfermedad que no es de nuestro país única y exclusivamente sino que es una pandemia pudiera contar con las mismas actuaciones y los mismos recursos en otros lugares de este planeta, donde desgraciadamente no es así! Gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, don Francisco Hernández Ballesteros.

El Sr. **HERNÁNDEZ BALLESTEROS**: Gracias, señora Presidenta. No pretendía yo, don Agustín, mandar a usted de vacaciones eternamente sino que, después de este período que se aproxima, en el que tendremos un proceso electoral que nos supondrá a todos un esfuerzo añadido, tensiones y demás, llegará el período estival y, lógicamente, todos tendremos ganas de descansar, supongo que usted también, sea cual sea el resultado de las elecciones, que, lógicamente, nosotros deseamos -y en ello vamos a estar y lo vamos a intentar- que sea distinto al del último proceso, que no así el penúltimo.

Entrando en el asunto que nos ocupa, en primer lugar, quiero agradecerle la información que nos transmite. Me consta que en cuestión de datos normalmente no solemos tener muchas diferencias y, en este caso, los datos que usted nos ha facilitado sobre incidencia y demás están en la línea de los datos que nosotros manejamos, pero con alguna apreciación. Es cierto que se ha reducido en un 80 por ciento la incidencia en aquellos infectados por drogas que se inyectan. También es cierto -y usted lo sabe perfectamente- que los hábitos de consumo de droga se han modificado en los últimos años de una manera importante y, hoy por hoy, el uso de drogas inyectadas es casi un término residual que viene a representar a aquellos drogodependientes que las

utilizaban o que eran consumidores habituales hace más de cuatro o cinco años. Los nuevos consumidores de droga no suelen optar por esa vía o suelen hacerlo en los procesos terminales del consumo. Pero, bueno, como le decía, con pequeñas apreciaciones, estoy absolutamente de acuerdo sin ningún problema.

En lo general, tenemos algunas dudas que representan el objetivo fundamental de la comparecencia, y nos gustaría que nos las aclarase. Cuando hablábamos del Plan, había algo que desde el principio dije que me tranquilizaba, y es que los objetivos seguían siendo los mismos de 1987, es decir, aquellos que estableció un equipo de Gobierno socialista; por tanto, esto me da una cierta tranquilidad. También es cierto que es relativamente preocupante en el sentido de que, si los objetivos siguen siendo los mismos, podemos interpretar -digo interpretar- que no hemos alcanzado los objetivos; si no los hemos modificado y siguen siendo los mismos, pues, mire usted, alguna interpretación podría hacerse.

En cualquier caso, hablaba el Plan de una evaluación permanente, y, en ese sentido, quisiera que nos aclarase si esa evaluación permanente desde el consenso con las ONG, como decía el Plan, ha modificado la base sobre la que se elaboró el Plan. Me explico: inicialmente, el Plan recogía una serie de colectivos y de ONGs con los que se había pretendido colaborar; ya le expresé en su momento, y posteriormente no sólo al Consejero sino también a usted en una comparecencia suya aquí, que tenía mis dudas sobre esas colaboraciones en el sentido de que había ONGs que veían su nombre reflejado allí y no sabían que habían colaborado con ese Plan, así como otras, que ya nos trasladaban, que decían que había habido demasiada prisa y premura en la presentación del Plan, porque lo querían tener cerrado para una fecha significativa como en el Día Internacional del Sida, que algunas de sus peticiones no se habían recogido, y otras, tarde, mal y a la carrera. Espero que en estos cuatro años de ejecución del plan, porque es un Plan 2005-2007, le vuelvo a recordar, eso se haya reconducido y que, desde esa evaluación permanente, hayan sido tenidas en cuenta las aportaciones, apreciaciones o consideraciones de las ONG. Me gustaría que nos transmitiese no sólo las aportaciones que se hacen como consecuencia de la presencia de estos colectivos en la oficina sino también en la Oficina

Regional de Coordinación, en la que se incorporan cuando se modifica su estructura por decreto y si han mantenido ustedes posteriores reuniones al objeto de revisar el plan, actualizarlo e incorporar nuevas iniciativas.

Hablaba el Plan de potenciar las subvenciones a los proyectos de las ONG, y a mí me surge una duda. Usted nos ha dado el dato de 305.000 euros distribuidos entre 17 ONGs, y mi pregunta es la siguiente: ¿específicamente destinados a la lucha contra el sida? ¿O nos hace usted una pequeña trampa y nos habla de los 305.000 euros presupuestarios destinados a proyectos presentados por las ONG y que desde la Dirección General de Salud Pública distribuyen ustedes? Se lo digo sólo porque tengo una duda. ¿Son los 305.000 que aparecen en los presupuestos? ¿O están específicamente destinados a proyectos de lucha contra el sida?

Hablaba también el plan de experiencias piloto con centros asistenciales, con Atención Primaria, con hospitales, con mediadores socioculturales; nos gustaría saber hasta qué punto se ha avanzado en ese sentido, porque entendemos que es una de las líneas en la que realmente había que profundizar y había que extender. Hablaba además el plan de la identificación de elementos clave para el desarrollo de iniciativas de prevención; es decir, ¿han evolucionado en el trabajo del plan hacia la identificación de nuevos objetivos o de nuevas actuaciones que faciliten la prevención, que permitan una mayor proximidad a los grupos de riesgo para conseguir mejorar la prevención y las medidas que éstos adoptan en el ámbito de la prevención? Como verá usted, lo que le voy trasladando son dudas razonables que nos gustaría que nos las fuese aclarando, sobre todo, como le decía en mi primera intervención, porque queremos saber cuál es la realidad para la elaboración del próximo plan, que habrá que revisar, lógicamente, a finales de este año, y esperamos que con menos premura; no, le aseguro que con menos premura porque serán otros quienes lo desarrollen.

Hablaba también el Plan de la asistencia médica integral de calidad. ¿Han puesto ustedes en marcha, o tienen en mente hacerlo, departamentos específicos? ¿En qué se concreta esa calidad en la asistencia médica? En cuanto a la correlación de la asistencia médica de calidad y a las experiencias

piloto de las que hablábamos antes, me gustaría saber dónde se han desarrollado estas experiencias piloto, con qué objetivos, qué evaluación y qué resultados de la evaluación se ha obtenido; como decía, ¿estas experiencias piloto están ya extendidas en la red sanitaria o no? ¿Están en vías de extinción? ¿Está previsto extenderlas en la red sanitaria o no? ¿Cuál es la situación en la realidad en la que se vive?

Una de las cosas que también me preocupaba era la integración sociolaboral, de la que hablaba el Plan. Hablaba de abrir vías de colaboración con organizaciones empresariales, con organizaciones sindicales; hablaba de la participación ciudadana y de la coordinación con movimientos o colectivos vecinales; es decir, hablaba de establecer causas de colaboración con las organizaciones ciudadanas. En ese sentido, ¿qué pasos se han dado? ¿Hay planes sociolaborales o laborales específicos consensuados con organizaciones empresariales, con organizaciones sindicales, concretamente destinados a la reinserción social o sociolaboral de las personas que, por uno u otro motivo, como consecuencia de sufrir esta enfermedad, han tenido que abandonar temporalmente o por un espacio de tiempo o han sufrido un rechazo en su puesto de trabajo y han tenido que cambiar su orientación laboral? ¿Existen planes específicos en ese sentido o están dentro de los planes globales de integración sociolaboral?

Hablaban ustedes de aumentar el compromiso en las instituciones públicas, tanto en ayuntamientos como en instituciones penitenciarias. ¿Hasta dónde se ha avanzado? ¿Cuáles son las líneas de colaboración que se han abierto con los municipios? ¿Cuáles son los nuevos proyectos que se están desarrollando con los municipios? Me consta, y creo que conozco bastante bien cuáles son los proyectos que desarrollan los municipios; pero mi pregunta es: y, a partir de ahí, ¿qué más? Porque un plan tiene que significar un antes y un después; lógicamente, debería haber un antes, que era hasta donde se había llegado y lo que se había hecho, y un después, que significa que, como consecuencia del análisis de la realidad y como consecuencia de la aplicación de anteriores proyectos, se inicia un nuevo proceso en el que se mejoran todas las condiciones y especialmente los objetivos que se marcan. Por lo tanto, evitémonos tiempo; no me cuente usted los proyectos que los ayuntamientos vienen habitualmente desarrollando por iniciativa propia o

porque tienen algún tipo de ayuda que tradicionalmente tenían, y cuénteme cuáles son los nuevos proyectos en estos dos o tres últimos años que se están impulsando desde los municipios y en colaboración con la Dirección General o con la Consejería.

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

El Sr. **HERNÁNDEZ BALLESTEROS**: Voy acabando, señora Presidenta. Tendría muchas otras preguntas, pero creo que, con lo que le he preguntado o le he consultado, será suficiente para tener una visión de la realidad; pero un par de últimas dudas. Mire, hablaban ustedes de potenciar la investigación. Me gustaría saber en qué líneas de investigación estamos trabajando en la Comunidad de Madrid, está colaborando la Dirección General, está colaborando o está trabajando la Consejería de Sanidad. Sí es cierto que es una alegría, y no vamos a negarlo ninguno, que aparezcan nuevos retrovirales que permitan mejorar la calidad de vida, pero creo que el objetivo final, sobre el que se tiene que trabajar o donde deberían orientarse la mayor parte de los esfuerzos, además de mejorar la calidad de vida de los afectados por el sida, es intentar conseguir o encontrar una medicina que cure definitivamente la infección o, incluso, la evite; es decir, subsane o arregle la infección.

Y una última cuestión, señora Presidenta, con su permiso. A mí hay algo que no me cuadra y no termino de comprender; hablamos de algo que a mí me ha parecido bien cuando ustedes lo presentaron, y hablo del preservativo femenino. Según la Dirección General, ustedes adquirieron 72.000 preservativos femeninos; según algún medio de comunicación, hasta 1.589.900. Los medios de comunicación sabrán lo que dicen; éste es muy próximo a ustedes, con lo cual yo, al principio, me lo creí, aunque me parecieron muchos, pero bueno... Hablan ustedes de 72.000 preservativos femeninos, y yo en esto tengo una duda. Me consta que es tradicional que el preservativo lo utilice el varón, que es tradicional estar acostumbrado al uso del preservativo entre la población masculina y no tanto así entre la femenina. Me gustaría saber cuántas de esas 72.000 unidades se han distribuido, porque, mire, queda muy bonito tenerlas, está bien

adquirirlas, pero tenerlas, adquirirlas y guardarlas en cajas es como no tenerlas; entonces, quisiera saber cuántas se han distribuido, por qué medios, hasta dónde han llegado, y qué nivel tanto de distribución como de aceptación por parte de las mujeres ha tenido esa propuesta. Y le digo por qué le traslado la pregunta: porque yo he hecho un pequeño test y me temo que, a día de hoy, muchas mujeres no conocen el preservativo femenino, no saben que está disponible, no les ha llegado ninguna información sobre su distribución, sobre su acceso a él, y entonces me surge la duda de si esas 72.000 unidades, aparte de lo que se ha repartido entre determinados colectivos, siguen guardadas en algún rincón de la Dirección General. Muchas gracias, señora Presidenta, y hasta siempre, señor Director General.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra don Jesús Femosel.

El Sr. **FERMOSEL DÍAZ**: Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señor Director General, por la información que nos ha dado. Yo no le auguro mejor futuro, mi deseo es que usted siga sentándose ahí después de estos meses que se aproximan; otros, como el señor Hernández Ballesteros, dado el número que ocupa en la lista de su partido, a lo mejor lo tienen más complicado que usted. Dicho esto, quería felicitarle por la información que nos ha dado.

Yo tengo aquí el Plan -y me lo he leído- que dice: Objetivo general: disminuir la incidencia de sida en la Comunidad de Madrid. Según las cifras que usted nos ha dado, la disminución de esa incidencia está en torno al 80 por ciento, que no está mal. Luego comentaba otra serie de objetivos entre los que incluía poblaciones de riesgo como eran homosexuales, heterosexuales, prostitución, adolescentes, niños, y respecto a los que, como decía el señor Hernández Ballesteros, los números no eran distintos de los que él tenía y los números son buenos. Un plan se hace diciendo cuál es el objetivo, cómo se va a hacer y con cuánto dinero lo vamos a hacer. No han hablado del dinero, pero en el Plan también está el dinero para este Plan. Los objetivos estaban muy claros; los objetivos de este Plan y del V Plan, y del VI Plan, y ojalá no haya VII

Plan del Sida, serán los mismos: será la prevención, la asistencia, la vigilancia epidemiológica, la información, la investigación, la inserción sociolaboral y será la participación ciudadana, de la que no se ha hablado aquí. Lo que será distinto serán las acciones o las iniciativas, dependiendo de cómo haya evolucionado esta enfermedad en nuestra Comunidad de Madrid, después de la vigilancia epidemiológica que se tiene.

Quería también contestar a la señora García Álvarez para que no quede en el Diario de Sesiones que quienes protestaban era sólo un colectivo de afectados, si no estoy mal informado -y estaba en ese Pleno-, la protesta era por el cambio de la gestión de una ONG en el tema de la asistencia a drogodependientes. Me alegro mucho de que ninguno de los dos Grupos haya hablado de la estigmatización que estos enfermos de sida padecían antiguamente, y no tengo que recordar lo que pasaba en los colegios cuando llegaba un niño siendo seropositivo, lo cual quiere decir que esta sociedad ha madurado y ha entendido cuál es la importancia y los mecanismos de infección del sida. En asistencia sanitaria las acciones siguen siendo las mismas: la aplicación de retrovirales, y la evolución futura, o sea, las distintas acciones que vamos a hacer, es introducir en el tratamiento de la enfermedad de sida aquellos nuevos retrovirales que hagan tener a estos pacientes durante mucho más tiempo, una mejor calidad de vida.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica, usted participa en la vigilancia epidemiológica nacional, que se nutre de las informaciones que dan las Comunidades Autónomas, y tiene, probablemente, uno de los mejores servicios de vigilancia epidemiológica de este país y, probablemente, de los mejores de Europa. Eso no es fruto de su trabajo, sino que es un sistema que ya está implantado en esta Comunidad, y su trabajo es mantenerlo y mejorarlo. Pero intentar decir que la vigilancia epidemiológica se disimula o no, no; mire, usted tiene unos muy buenos profesionales y un magnífico sistema de vigilancia epidemiológica. La información es fundamental, sobre todo en la prevención, y yo tengo que recordar aquí que, como el señor Hernández Ballesteros decía, ahora los drogodependientes no están asociados a la vía intravenosa, pero en el inicio de esta epidemia, el 80 por ciento de los pacientes que tenían sida o estaban infectados por HIV eran adictos a las drogas por vía

intravenosa. No se puede separar esta acción de lo que es la acción de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, puesto que ella atendía al 80 por ciento de los pacientes que iban a tener una infección por HIV o iban a tener el sida.

Se olvida aquí que había un programa que se llamaba Radar, se olvida aquí que había un programa que se llamaba Nido, se olvida aquí que se crearon unas salas de venopunción para esos pacientes que estaban fuera del sistema y de difícil acceso a ellos y que, a través de esos recursos, han tenido acceso no sólo al tratamiento de su HIV sino de aquellas enfermedades que lo acompañan, como es la hepatitis B, la tuberculosis, etcétera. Se olvida aquí que en la asistencia sanitaria ya se ha implantado la consulta joven con la educación sexual; no esos folletitos de educación sexual que se reparten en algunos colegios, sino una educación sexual con evidencia científica, con criterios de salud y no con criterios de incitación. Se olvida aquí que la información que se ha dado durante toda esta temporada tanto en folletos como a las ONG ha sido muy importante.

Dice: es que si compramos 72.000 preservativos femeninos y los tenemos guardados en cajas... Mire, tendremos guardados en cajas aquellos que las mujeres no quieran usar; tendremos que insistir en la información a las mujeres de que las relaciones sexuales con preservativo femenino pueden ser tan satisfactorias como con preservativo masculino, pero no me diga que no se deben comprar porque no los usan porque, con que una la use y evite la transmisión del sida... El coste de los 72.000 preservativos femeninos comparado con el coste de una infección HIV en tratamiento sería como de la noche al día.

¿Implantación sociolaboral? Pues estamos en lo mismo. Se olvida aquí que había un programa que consideraba a los pacientes drogodependientes como enfermos y no como un problema social como se consideró por otros Gobiernos, que era el programa de metadona, programa que hacía varias cosas: primero, fijaba con una adherencia superior al 80 por ciento al drogodependiente; segundo, producía un tratamiento en todas sus patologías, siendo la más frecuente, lógicamente, el HIV Sida; después lo normalizaba, tanto a él como a su inserción familiar, y después -que tampoco se ha dicho aquí-, la inserción laboral de la gente que está

en un programa de metadona viene a ser de alrededor de uno de cada tres; luego, inserción sociolaboral, hay. Mucho hacen los municipios -es cierto-, mucho ayuda la Agencia Antidroga a los municipios y mucho ayuda la Dirección General a los municipios.

Por lo tanto, espero que en la próxima Legislatura nos traiga usted los mismos objetivos de un plan de sida, pero nos traiga nuevas acciones y nuevas iniciativas que serán la respuesta a la nueva modalidad de la situación epidemiológica y de investigación que se haya desarrollado en su Dirección General. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. Tiene la palabra el señor compareciente, don Agustín Rivero.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ALIMENTACIÓN** (Rivero Cuadrado): Muchas gracias, señora Presidenta. Le quería comentar, señora García, con relación específicamente a las ONG, que esa información no la tengo aquí, no le puedo decir el número de ellas pero, si está muy interesada, yo se la puedo enviar porque es pública, está en el BOCAM, por tanto, es pública y no tengo ningún inconveniente en enviársela. La gran mayoría de los proyectos relacionados con el sida son subvencionados. Lógicamente, si hay un gran número, será menor la subvención, en función del dinero que tengamos en ese momento. Se les ayuda, además, en los proyectos para que estén en las líneas que se han aprobado en el Plan contra el Sida y le puedo decir por cada una de las grandes áreas que en el tema de formación de personas y asociaciones en prevención se han hecho 31 proyectos con 17 ONG, en relación con el tema de las personas drogodependientes, se han hecho 7 proyectos con 7 ONG, le puedo comentar todas las que hay en este sentido pero, específicamente, los nombres no los tengo. Si está interesada, como es público, se lo puedo remitir para que lo tenga.

Quería contestar -no está- al señor Hernández. Lógicamente, he entendido que las vacaciones son las vacaciones que me corresponden como una persona que trabaja en la administración o que trabaja para la administración. No he entendido

que me marche de vacaciones en el sentido prioritario. Dicho esto, me gustaría contestar a las preguntas que me ha hecho, son muchas y contestaré a todas las que he apuntado aquí. La primera dice que ya no hay VIH, que la transmisión por drogodependencia es mucho menor, que es lógico por el tiempo... Lógicamente, hay una cosa que se llama educación para la salud. Por tanto, cuanta más formación e información tengan estas personas, es mucho más fácil que no sigan con su drogodependencia, que se pinchen droga y ésta sea una causa de transmisión de la enfermedad.

Me dice que son los mismos objetivos desde hace mucho tiempo. Como decía el portavoz del Partido Popular señor Fermosel, es lógico, el objetivo es el mismo, como tenemos el mismo objetivo de reducir el sarampión; desde hace muchísimos años es el mismo objetivo, lo que pasa es que utilizamos diferentes actuaciones e intervenciones en función de la situación en la que estamos en ese momento. El objetivo era reducir la incidencia del sida y para eso planteábamos todas las acciones que figuran en el programa. Por tanto, el objetivo será el mismo y seguirá siendo el mismo hasta que, como usted decía antes, consigamos una medicación que sea capaz de curar y ya no tengamos el problema o cuando hayan fallecido todos los pacientes y no aparezca ninguno más, como pasó con el tema de la colza o con otras patologías de ese tipo. Así, creo que el objetivo debe ser el mismo pero con acciones diferentes en cada momento y eso es lo que hemos intentado hacer nosotros.

Habla de premisa y premura; eso lo ha dicho usted. En el propio plan -que está aquí-, no hemos puesto más de las que están, lo que no sé es si están todas, y luego le quiero comentar un apartado sobre las ONG. Nos hemos reunido con ellas, hemos llegado a acuerdos, hemos evaluado y hemos visto qué se puede hacer para los próximos planes. Se llegó al acuerdo de que, por primera vez, iban a intervenir en un decreto de la Consejería de Sanidad y Consumo, pues había dos representantes de las organizaciones no gubernamentales. Entre ellos llegaron al acuerdo de que fuera Cogam, y aquí está el nombre porque es público, don Alberto Martín, y Gloria García del Grupo GID, que son los que están absolutamente en todas las reuniones que se tienen en relación con el sida en la oficina; por tanto, ellos forman parte y son quienes transmiten la información

que al resto de las ONG les parece más adecuada. Lo que no sé es si transmiten la información de todas, de la suya o de tres o cuatro, pero ellos son los representantes oficiales de todas las ONG y, por tanto, tienen voz y voto para indicar cuáles son las líneas estratégicas que quieren hacer y para planificar nuevos proyectos, acciones y actuaciones en relación con el sida. Por lo tanto, no sé si representan a todas o a una parte pero oficialmente fueron las que se eligieron para representar a todo el colectivo.

No fue premura, fue un trabajo que se desarrolló durante mucho tiempo. Dice usted que el Consejero casi lo presentó un año después, pero se había estado trabajando un año antes y se había estado trabajando en temas relacionados con el sida. El plan estaba ahí pero se seguía trabajando; no podemos bajar la guardia, tenemos que seguir trabajando independientemente de que el plan esté en la calle, de que lo haya presentado el Consejero o se haya presentado en la Asamblea. Se seguía trabajando, durante todo ese tiempo se estuvo trabajando, por tanto, no se hizo de forma prematura ni rápida.

Me pedía que especificara claramente si los 305.000 euros son para el sida o no. Le puedo decir que trabajamos con 450 asociaciones y que ahora estamos hablando de 22 ONG; por tanto, hay 432 que no forman parte de estos 305.000 euros sino de un millón de euros, que es el presupuesto que tienen para prevención otras asociaciones. Por tanto, los 305.000 euros son específicamente para las ONG que trabajan con el tema de prevención del sida, el resto tienen otros presupuestos a través de ayuntamientos o a través de proyectos relacionados con patologías crónicas o pacientes crónicos.

Ha hablado de la calidad de la asistencia médica y preguntaba qué hemos hecho nuevo o qué hay nuevo. Le puedo decir que, aunque oficialmente no se ha aprobado por el Consejo Interterritorial, en casos específicos, está el tema de la hipodistrofia en pacientes con VIH, sobre todo en gente joven que tiene cuello de buey, ese aumento del cuello como consecuencia de la grasa que se deposita en esa zona, y estos pacientes van a ser operados como tal. Ésa es una actuación sanitaria que todavía no está en el Consejo Interterritorial apropiado y son muy pocas las Comunidades Autónomas que la hacen.

¿Por qué se hace? Porque el Grupo GID y Cogam fue uno de los que propusieron que se hiciera como tal, aunque en el plan se indica que cuando se apruebe en el Consejo Interterritorial.

Respecto al tema de las instituciones penitenciarias, no dependen de nosotros, las instituciones penitenciarias dependen del Ministerio de Justicia. Sí tenemos relación y contactos con ellos pero eso pertenece al Ministerio de Justicia; por tanto, tenemos relación pero no podemos entrar. Es verdad que, cuando hay brotes importantes o problemas importantes, avisan al área de salud para que trabajemos con ellos, pero, lógicamente, no podemos entrar en actuaciones que no son nuestras.

En referencia a la investigación, usted me propone que seamos capaces de investigar o de tener una medicación que se apruebe, pues eso lo pueden hacer las grandes multinacionales que son capaces de investigar. Lo que sí le puedo decir es que la Dirección General de Salud Pública estaba trabajando con el "Carlos III" en el tipo de virus del sida que tenemos en nuestro país. ¿Por qué lo estamos haciendo? Porque, dada la inmigración, estamos viendo que hay tipajes diferentes, diferentes tipos, el ADN es diferente en unos países que en otros; estamos tipando y viviendo el tipo de genoma que tiene este VIH. Estamos trabajando con el "Carlos III", concretamente con el doctor Nájera, hemos trabajado con ellos, y estamos trabajando con el "Gregorio Marañón" en este desarrollo y en este trabajo que he comentado. Y eso es muy importante por una razón: por el tema de la reinfección con el VIH, y hay que saber qué tipo de genoma tiene ese VIH.

Me ha hablado de los preservativos femeninos, sobre que si no los utilizamos o si los tenemos. Pues bien, no tenemos ninguno, están todos repartidos, absolutamente todos repartidos; es más, como estoy de acuerdo con usted en que la aceptación todavía es muy primaria, ya que las mujeres no están muy dadas a ponerse el preservativo femenino, llegamos a un acuerdo con el Colegio de Farmacéuticos para que, a través de la farmacia -a la que se acercan mucho-, de alguna manera actuaran como profesionales sanitarios recomendando el preservativo femenino. Se han repartido los 72.000 entre asociaciones, entre las ONG, lo que yo no sé es si están repartidos todos por

parte de las asociaciones; lo que le puedo decir es que en la Dirección General no queda ningún preservativo femenino y, por lo pronto, el año que viene vamos a hacer el mismo concurso para el mismo número de ellos, porque tampoco nos han dicho que necesitasen muchos más. Al igual que el año pasado sacamos exactamente 2.400.000 preservativo masculino, este año hemos aumentado medio millón de preservativos masculinos porque hay una demanda importante por parte de Cogam, de Triángulo en ese sentido.

Por otro lado, me ha comentado también el tema sociolaboral. Creo que el portavoz del Partido Popular ya ha comentado en este sentido que ha habido varios proyectos, no solamente esta Dirección General, sino que hace tiempo se está trabajando en la reinserción, en el control, en la mejora sociolaboral de estos pacientes.

Otra pregunta se refería a qué trabajo estamos realizando con los municipios. Lógicamente, los ayuntamientos tienen sus propios proyectos, pero en el área de salud pública donde está epidemiología y prevención, trabajamos también con ellos mejorando y apoyando los objetivos que se plantean. Por eso le decía que en esas 450 asociaciones con que trabajamos, también lo hacemos con los ayuntamientos, y hay un presupuesto específico para temas de prevención y para planes de salud de los ayuntamientos; y también hay un dinero para apoyar todas las prácticas de prevención y educación sanitaria que hacen los ayuntamientos con nosotros. Al mismo tiempo, los ayuntamientos nos piden que se pongan en marcha jornadas relacionadas con la prevención, como se está haciendo en muchos sitios -en nuestras áreas de salud, concretamente, hace poco, tuvo lugar una en Fuenlabrada-, y se trabaja con ellos en la información para las jornadas relacionadas con estos temas.

También le quiero decir -como decía usted, no sabemos si es el último día, y eso sí quiero recalcarlo- que debemos tener y congratularnos de los profesionales que tenemos de vigilancia epidemiológica en esta Comunidad Autónoma. A los profesionales no los han colocado, y mucho menos el Director, pues llevan muchos años trabajando aquí; es un equipo formado por profesionales que llevan muchos años, de reconocido prestigio, y tenemos una suerte inconmesurable al tenerlos, porque

realizamos una vigilancia epidemiológica muy importante en nuestra Comunidad; es más, yo resaltaría que es una de las mejores de Europa, ya que han estado en congresos internacionales presentando todo tipo de proyectos, y debemos congratularnos del personal que tenemos de vigilancia epidemiológica. Y no solamente de los de vigilancia epidemiológica, sino también de los que trabajan en prevención y promoción; gente que lleva muchos años introducida dentro de las ONG; introducida dentro de las asociaciones; introducidos dentro de las zonas más desfavorecidas donde, día a día, trabajan para mejorar la calidad de estos pacientes.

Por último, no me gustaría acabar la intervención sin decir, que unido a todo esto -ya ha dicho algunas palabras al respecto el portavoz del Partido Popular- se van a abrir prácticamente, y ya se han firmado, dos centros jóvenes: uno en Rivas-Vaciamadrid y otro en Móstoles, cuyo objetivo principal es el tema de la atención sanitaria a la sexualidad juvenil. Estará formado por dos médicos, dos enfermeras, psicólogos; participarán los propios ayuntamientos en su desarrollo, en su trabajo. Y uno de los objetivos, concretamente el objetivo estratégico 5, para los jóvenes entre 15 y 25 años, dice que se tendrá en cuenta el desarrollo de proyectos educativos, de promoción del uso del preservativo y de accesibilidad a los mismos en colectivos de jóvenes con alta prevalencia de infección por VIH o especialmente vulnerables en la coordinación con el programa de prevención de VIH, como decía según, el objetivo 5.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Rivero, vaya concluyendo, por favor.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ALIMENTACIÓN** (Rivero Cuadrado): Acabo ya, señora Presidenta. El coste de estos dos centros sanitarios, personal exclusivamente, es de 420.000 euros. Muchas gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señor Rivero, por su comparecencia. Pasamos al segundo punto del orden del día.

Comparecencia del Sr. Gerente del Hospital de Guadarrama, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, al objeto de informar sobre situación actual del Hospital de Guadarrama y perspectivas de futuro.

———— C-11/07 RGEP. 165 (VII) ————

Tiene la palabra doña Caridad García Álvarez.

La Sra. **GARCÍA ÁLVAREZ:** Muchas gracias, señora Presidenta. Señor Gerente, creo que tuvimos la oportunidad de conocernos; no era usted Gerente entonces, pero creo recordar que nos presentaron en un momento determinado. En cualquier caso, lo que queremos en mi Grupo Parlamentario es conocer la situación actual del Hospital de Guadarrama y las perspectivas de futuro del mismo. Es un hospital que reúne unas determinadas características, y nos gustaría saber algo más sobre la situación, insisto, del mismo ahora y qué perspectivas de futuro puede tener un hospital de esas características.

La Sra. **PRESIDENTA:** Gracias, señoría. Para contestar, tiene la palabra don Juan Pablo García Capelo.

El Sr. **GERENTE DEL HOSPITAL DE GUADARRAMA** (García Capelo): Muchas gracias, señora Presidenta. Señorías, considero un privilegio poder venir a esta Comisión para explicarles la situación actual y las perspectivas de futuro de un hospital como el Hospital de Guadarrama, que creo que es un buen hospital y que presta unos cuidados de salud de una calidad excelente. Permítame que comience haciendo una brevísima referencia a su historia, puesto que ésta tiene relevancia en la evolución del centro en los últimos años. Como ustedes saben, el hospital fue inaugurado por don Manuel Azaña en el año 1934, permaneciendo cerrado durante y después de la Guerra Civil hasta el año 1952, cuando se reinauguró como Hospital Helios, pasando a formar parte del Patronato Nacional Antituberculoso. El centro jugó un importante papel en la lucha contra la tuberculosis, hasta que la disminución de la enfermedad hizo que

en 1973 fuese reconvertido en centro neumológico dependiente de AISNA. En 1986 pasó a depender de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, pasando a prestar una función de apoyo a otros centros sanitarios, especialmente en la atención a ancianos con pluripatología, y en muchos casos realizando una función sociosanitaria. En 1998 el Hospital de Guadarrama inicia un proceso de transformación tanto de sus instalaciones como de su función, pasando a ser un centro geriátrico rehabilitador. En 2002 finalizó la remodelación completa de sus plantas de hospitalización.

En cuanto a sus instalaciones, el edificio principal posee 8.640 metros cuadrados construidos en una parcela de 33.000 metros cuadrados. La situación física de nuestro hospital es privilegiada tanto por la cercanía al entorno natural de la sierra de Guadarrama como por su situación en el casco urbano de la localidad que le proporciona buenos transportes públicos, que son muy útiles a los familiares de los pacientes. La zona de hospitalización comprende cuatro plantas en funcionamiento, totalmente reformadas, que pueden llegar hasta un total de 160 camas, instaladas con el más moderno equipamiento, garantizando un alto nivel de confortabilidad. En cuanto a servicios generales, dispone de una amplia área de rehabilitación, gimnasio, terapia ocupacional, logopedia, consultas, archivo, mortuorio, hospital de día geriátrico, radiología, farmacia, extracciones y esterilización. Posee otro edificio anexo, donde se ubica dirección y administración, y otras edificaciones más pequeñas, con mantenimiento, lencería, cafetería, carpintería, almacenes de residuos y equipamiento de servicios generales.

El hospital tiene actualmente una plantilla de 283 trabajadores, que son, sin ninguna duda, el principal activo de nuestro centro. De ellos, 17 son médicos; 50, enfermeras; 92, auxiliares de enfermería, y 14 de otras diplomaturas sanitarias: fisioterapeutas, logopedas y terapeutas ocupacionales. El hospital, como saben, cuenta en su mayoría con personal laboral, 17 funcionarios y dos estatutarios.

En este momento, el hospital está posicionado en la red sanitaria única de utilización pública como hospital de media estancia; hospital de media y larga estancia es lo que dice oficialmente, aunque nuestra labor real es de media estancia.

Aunque el hospital no posee población de referencia, pudiendo recibir pacientes de cualquier área de salud o de cualquier hospital de la Comunidad de Madrid, su situación geográfica le predispone a recibir pacientes del Área 6 y de los hospitales más próximos. En este sentido, puedo dar a SS.SS. datos del origen de nuestros pacientes: más del 28 por ciento procedían, en 2006, del Hospital Universitario Puerta de Hierro; el 25,7 por ciento, del Hospital El Escorial; casi el 15 por ciento, del Hospital Clínico San Carlos; el 8 por ciento, del Hospital La Princesa y, en menor medida, de otros centros. En total, el 65,6 por ciento de todos los pacientes procedían del Área 6, sumando la atención primaria y la especializada de esa área.

La organización interna del hospital se estructura en cuatro bloques gestores: gerencia, dirección médica, dirección de enfermería y dirección de gestión y servicios generales. El Hospital de Guadarrama se organiza en unidades funcionales, lo que permite una gestión ágil y eficiente de sus recursos, más que el tradicional sistema de servicios. Enumero las unidades: unidad de admisión y documentación; unidad de trabajo social y atención al usuario; unidad de información interna; unidad de información y control, y el servicio de seguridad. Por último, las unidades clínicas de hospitalización, que son las siguientes: la unidad de crónicos reagudizados, la unidad de media estancia, unidad de cuidados continuos, unidad de cuidados paliativos y unidad de neumología. Dispone también de un hospital de día geriátrico, consultas externas y, como servicios centrales, radiología, extracción y laboratorio, que, principalmente, funciona a través del Hospital de El Escorial, gimnasio, en el que se dispensan cuidados rehabilitadores de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, esterilización, farmacia y la unidad de medicina preventiva. En cuanto a las áreas de gestión, tenemos la unidad económica administrativa, la unidad de personal y la unidad de suministros, y, en servicios generales, limpieza, lencería, hostelería, mantenimiento y servicios generales.

Creo que será de utilidad describir un poco más las unidades funcionales de hospitalización y su actividad. La unidad de cuidados continuos actualmente consta de 32 camas, y su función es suministrar cuidados sanitarios a ancianos con patologías crónicas que precisen hospitalización. La

unidad de media estancia consta de las camas específicamente dedicadas a rehabilitación de pacientes, que son 68, y hay dos líneas rehabilitadoras: una, dedicada a la rehabilitación de procesos traumatológicos, principalmente fracturas, prótesis de cadera, rodilla, etcétera; otra, dedicada a la rehabilitación de procesos neurológicos, fundamentalmente ictus.

La Unidad de Crónicos Reagudizados asiste, como su nombre indica, a pacientes con patologías crónicas en fase de agudización. Fundamentalmente recibimos pacientes derivados de los servicios de urgencia de hospitales de agudos, aunque también recibimos pacientes de atención primaria.

La Unidad de Cuidados Paliativos atiende a pacientes tributarios de este tipo de cuidados, derivados tanto desde centros hospitalarios como desde atención primaria. En este sentido, la reciente puesta en marcha de la EDAD, del Área 6, nos ha permitido coordinar, en mejor medida, nuestra actividad con la atención de paliativos del área, y de este modo muchos ingresos se realizan desde el domicilio en directa coordinación con el médico de atención primaria que atiende al paciente y a su familia y, en casos de control de síntomas, que es un motivo frecuente de ingreso, permite dar el alta al paciente a su domicilio, si es el deseo de éste, una vez controlados los síntomas con la atención coordinada con el equipo de atención primaria que atiende al paciente en su domicilio.

La Unidad de Neumología, que es la directa heredera de la tradición del hospital, posee actualmente doce camas y no atiende a tuberculosis activas, porque ya no somos un centro de referencia en este sentido, sino a procesos neumológicos agudos y crónicos, fundamentalmente neumonías y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El hospital de día geriátrico es una unidad dedicada especialmente al tratamiento ambulatorio de aquellos procesos que ocasionan deterioro funcional en el anciano y cuya asistencia incluye médico geriatra, terapeuta ocupacional y enfermería. Me gustaría resaltar a SS.SS. Cómo, además de tratar el proceso patológico de base, la enfermedad por la que fundamentalmente se atiende al paciente en el hospital de día geriátrico, hay un esfuerzo muy importante en proporcionar al anciano en esta

situación una rehabilitación en sus actividades de la vida diaria para que pueda reintegrarse a su domicilio con la mayor autonomía posible.

La actividad asistencial en el ejercicio 2006, en líneas generales, fue la siguiente. Tuvimos un total de 907 altas, lo cual supone un ligero descenso con respecto al año 2005, que se debió fundamentalmente a la escasa incidencia de gripe; nosotros recibimos una afluencia grande de pacientes cuando la gripe afecta a los hospitales con numerosos ingresos, y cuando los hospitales demandan mayores ingresos en nuestro centro recibe mayor número de pacientes de este tipo. Como digo, en 2006 no hubo apenas, como ustedes saben, epidemia gripal, con lo que bajó el número de pacientes agudos. La estancia media fue de 42,81 días, frente a los 40,03 del año 2005. El motivo de este ligero aumento de la estancia media tiene la misma causa; es decir, como tuvimos menos pacientes agudos, el peso relativo de los pacientes de más larga estancia fue superior; fundamentalmente, hubo menos pacientes en UAR, que es la unidad que tiene más corta estancia. No obstante, la ocupación global durante el año 2006 alcanzó casi el 84 por ciento, lo que deja claro que, a pesar del menor peso relativo de pacientes agudos, el hospital tuvo un nivel de ocupación adecuado. La tasa de reingresos fue del 6 por ciento, frente al 7 por ciento del año precedente, y la tasa de mortalidad corregida fue del 7,2 por ciento, que es prácticamente la misma que la del año anterior, que fue del 7,1 por ciento.

Las cifras asistenciales por unidades nos pueden dar un poco más idea de estas cifras. La Unidad de Cuidados Continuos fue la que tuvo menor ocupación, con el 51,14 por ciento, mientras que la Unidad de Media Estancia -las camas de rehabilitación que les comentaba- tuvo una estancia que superó el 101 por ciento, y las estancias medias de estas dos áreas fueron del 46,94 y del 65,16 por ciento, respectivamente. La ocupación de la Unidad de Cuidados Paliativos fue del 70 por ciento, con una estancia media de 25,78 días, mientras que la Unidad de Crónicos Reagudizados llegó al 86,64 por ciento, con una estancia media de 21,54 días. La Unidad de Neumología tuvo una ocupación del 78,83 por ciento y una estancia media de 26 días.

En cuanto al hospital de día geriátrico, las cifras fueron las siguientes. Se atendieron un total de

371 pacientes durante el año 2006, con un total de 9.363 sesiones. La estancia media en el hospital de día fue de 19 días. La actividad rehabilitadora en sus distintas variantes de fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, alcanzó, en 2006, las siguientes cifras: un total de 35.000 sesiones, desglosadas en 18.246 de cinesiterapia y mecanoterapia; 1.921 de electrotermoterapia, y 9.776 de terapia ocupacional. La logopedia, en sus respectivos programas de afasias, disartrias y/o difagias, motivó un total de 5.058 sesiones. Sin duda, estas cifras pueden resultar frías, por lo que no me resisto a describir brevemente alguno de los resultados logrados en pacientes en el área rehabilitadora. Por ejemplo, según un estudio realizado en 2006 en pacientes que ingresaron para rehabilitación de ictus en un grado de dependencia severo, según el índice de Bartel, que es un índice que se emplea para medir el índice de dependencia en estos pacientes, el 5 por ciento, como digo, de estos pacientes que ingresaron con una dependencia severa fue dado de alta con independencia completa, y un 53 por ciento de estos pacientes lo fueron con una dependencia leve o moderada. En los pacientes ingresados para rehabilitación de procesos ortogeriátricos, que lo hicieron con un grado de dependencia severa, el 8 por ciento fue dado de alta en una situación de independencia total y un 62 por ciento con dependencia leve o moderada. Estos resultados son un pequeño ejemplo de nuestra actividad global, y son el resultado de la dedicación, la profesionalidad y la humanidad de nuestro personal que se dedica a los enfermos, con una experiencia notable y con una gestión orientada a la calidad y orientada por procesos clínicos.

En el Hospital de Guadarrama la calidad y la mejora continua son parte de nuestra filosofía de trabajo diaria. En 2006 hemos realizado nuestra primera autoevaluación, según el modelo EFQM, alcanzando la categoría bronce, lo cual para una primera evaluación es un resultado bastante notable. Los resultados de esta evaluación, junto a otras iniciativas, nos han impulsado a redactar un plan de calidad 2007-2010 que plantea ambiciosos objetivos. En 2006 el hospital implantó el proyecto "hospital seguro", con una importante serie de medidas destinadas a mejorar la calidad de los pacientes y profesionales; algunas de ellas ya venían funcionando con anterioridad, y otras eran de nueva creación. Concretamente en alguna de ellas, como

en los dispositivos de punción de seguridad frente a inoculaciones accidentales o en la utilización de soluciones alcohólicas para el lavado de manos, hemos sido pioneros en la Comunidad de Madrid. Por poner un ejemplo a SS.SS. del éxito de estas medidas, las inoculaciones accidentales del personal sanitario bajaron de doce, en 2005, a cuatro, en 2006.

En este momento el hospital está trabajando en la gestión integral por procesos, y esperamos implantarla en el primer cuatrimestre de este año. En el último año hemos realizado diversas obras que permiten mejorar la zona de consultas, crear una nueva zona docente y, como comentaré más adelante, ampliar la zona de fisioterapia. También se han mejorado los vestuarios de los trabajadores, la zona de médicos de guardia, y se han desplegado en todas las plantas de hospitalización dispensadores automáticos de medicación, en lo que posiblemente también seamos pioneros en la Comunidad de Madrid.

La Sra. **PRESIDENTA**: Vaya concluyendo, por favor.

El Sr. **DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL DE GUADARRAMA** (García Capelo): Enseguida, señora Presidenta. Se ha reorganizado el archivo de historias clínicas, que anteriormente tenía una mala situación, y creo que se le ha dejado en una situación bastante aceptable en la actualidad.

Paso brevemente a comentarles algunos retazos de lo que puede ser un perfil del futuro del Hospital Guadarrama. A mi entender, el futuro del Hospital de Guadarrama se orienta, tanto en su vertiente rehabilitadora como en las áreas de cuidados paliativos y apoyo, a las urgencias de hospitales de agudos, a través tanto de la unidad de neumología como de crónicos reagudizados. La alta ocupación que les comenté antes de la unidad de media estancia es un buen indicador de la importante demanda que este tipo de unidades presenta actualmente, y con previsión de aumentar simplemente por el crecimiento de la población de la tercera edad en la Comunidad de Madrid. Para ello, recientemente hemos aumentado en un 50 por ciento la superficie de la sala de rehabilitación, además de implantar alguna técnica nueva rehabilitadora como

la terapia de marcha con suspensión parcial de carga; con ello, nos encontramos en una inmejorable situación para plantear cualquier aumento en esta área.

También la Unidad de Cuidados Paliativos se encuentra en el contexto de la reordenación y ampliación de recursos de paliativos del área, y, aparte de las estancias de hospitalización, muchas de ellas individuales en este bloque, contamos con una sala especial para los familiares de los pacientes donde pueden encontrar el aislamiento y el descanso que en ocasiones precisan los familiares de estos pacientes. Todo ello nos pone en una situación de prestar una asistencia de calidad técnica y humana en esta área tan sensible. No me resisto a comunicar a SS.SS. que esta unidad es la que más felicitaciones recibe de todo el hospital.

En cuanto al futuro próximo de nuestro hospital, pensamos que la telemedicina va a jugar un interesante papel porque en un hospital con una cartera de servicios pequeña y con una distancia física a los centros de tercer nivel nos puede resultar de gran utilidad para realizar técnicas de exploración complementarias que pueden evitar el desplazamiento del paciente, con las molestias que ello ocasiona.

Para acabar, señorías, no puedo sino transmitir un mensaje optimista de la situación del Hospital de Guadarrama y de su futuro próximo. En estos momentos, y contando con la colaboración de muchos de nuestros profesionales, estamos acabando de elaborar el Plan Estratégico 2007-2010, que nos permitirá encauzar nuestros esfuerzos y recursos hacia un fin, que no es sino rendir el mayor servicio a la sociedad en el contexto de una apuesta por la calidad y la excelencia como compromiso de nuestra orientación al paciente y al usuario. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Izquierda Unida, doña Caridad García Álvarez.

La Sra. **GARCÍA ÁLVAREZ**: Como le decía, señor Gerente, tuvimos la oportunidad de conocernos hace un tiempo, nos presentaron, aunque no tuvimos la oportunidad de hablar tan extensamente como hoy lo estamos haciendo de este hospital. Aprovecho la

ocasión para decirle que no es la primera vez que yo he estado en este hospital. A pesar del baile de gerentes que ha habido, he tenido la oportunidad de estar y hablar con algunos de ellos. Digo lo del baile de gerentes no por nada, sino porque parece que es una pauta que se sigue muy a menudo últimamente, y a veces los diputados no conocemos en profundidad al gerente que en ese momento está gestionando el centro, y nos gusta conocer qué es lo que opina del mismo y saber su conocimiento de él y qué perspectivas puede tener un hospital, en este caso el Hospital de Guadarrama.

Cuando tuve la oportunidad de hablar con usted, ya le digo que fue de una manera muy ligera, yo recuerdo -y no sé si usted se acordará- que comentamos el porqué un hospital de estas características, al que, como usted ha mencionado, le augura un buen futuro dentro del ámbito sanitario público madrileño, de las camas que tiene disponibles, y teniendo conocimiento, como todos tenemos, de que la ratio de camas por mil habitantes en nuestra Comunidad no es precisamente de las mejores, cómo permanecían cerradas algunas de estas camas a lo largo de todo el año, concretamente 20 camas que sabemos que permanecen cerradas en la tercera planta. Como además parece ser que disminuye la afluencia en todos los hospitales madrileños, luego nos encontramos con que surgen problemas, no me refiero a que hayan surgido problemas en su hospital, pero sí que surgen problemas precisamente por estos cierres de camas que se producen durante la época veraniega, y se vuelven a cerrar otras tantas camas dentro del hospital. Es decir, durante todo el año permanecen abiertas 140 camas, y en verano, 120. Me llama poderosamente la atención sabiendo, como usted ha mencionado, que es un hospital de apoyo al resto de los hospitales de la Comunidad de Madrid, aunque especialmente y esencialmente a unas determinadas áreas, que cuando precisamente, en aquella zona, en la zona de la sierra madrileña aumenta la población, y con ello también la población mayor, sin embargo se produzcan cierres de camas. Seguramente tiene una explicación; seguramente la tiene, y yo espero que usted me la dé con tal convencimiento que yo sea capaz de entender perfectamente por qué esto se produce, insisto, cuando en la Comunidad de Madrid la ratio es bastante deficiente.

Usted ha mencionado algunas de las cuestiones que se están haciendo dentro de este

hospital. Ha hecho especial incidencia en los temas de rehabilitación, y es cierto; además, yo recuerdo que cuando iba a ese hospital ésta era una de las cosas de las que el propio personal se sentía orgulloso. También nos ha hablado de la Unidad de Cuidados Paliativos, y también recuerdo que los trabajadores se sentían absolutamente orgullosos de este tema. Yo recuerdo que entonces hablaba con ellos y hablábamos de unidades del dolor. De todas maneras, me gustaría que concretara exactamente los profesionales sanitarios que están dentro de ese ámbito de cuidados paliativos. Me gustaría que detallara qué profesionales figuran ahí.

Ha hablado usted también de los orígenes de este hospital, cuestión que yo le agradezco. Siempre me viene muy bien aprender nuevas cosas o historia de los hospitales que tenemos en nuestra Comunidad, y ha mencionado usted, como no puede ser de otra manera, la Unidad de Neumología. Yo sé que ahí hay un número determinado de profesionales que, dadas las nuevas características de este centro, no tienen una actividad -permítame la redundancia- tan activa como en momentos pasados, y que seguramente estos profesionales tendrán que ser reubicados o estarán haciendo otro tipo de labor dentro de ese centro porque el número de camas, concretamente para estos problemas, es sensiblemente pequeño, afortunadamente.

El tema de rehabilitación -que, insisto, es uno de los orgullos de los que se hablaba en aquel momento, del que siempre se ha hablado y donde, según tengo entendido, se ha invertido mucho, cuestión que, dadas las características de este centro, me parece bien- hay que dejarlo mucho a la voluntad que ponen siempre -ahí estoy absolutamente de acuerdo con usted- los profesionales en su trabajo, a todo en lo que ellos son capaces de volcarse para dar una asistencia de calidad a los usuarios del sistema en general. Sin embargo, tiene usted que reconocer conmigo que los profesionales no son suficientes como para que se pueda hacer de la mejor manera esta actividad, al menos ésa es la información que tengo. Eso nos lleva a que surjan problemas.

Tenemos un hospital en el que se ha invertido mucho y, la verdad, es un hospital -invito a quien quiera visitarlo- que da una buena imagen externa, pero tenemos problemas. Tuvimos problemas en su momento porque faltaban recursos

para poder trabajar con los enfermos de manera que no repercutiera sobre la propia salud de los profesionales que estaban allí; me acuerdo de las famosas grúas, que era uno de los recursos que se solicitaban, pero había otros. ¿Ahora qué ocurre? Que como tienen que concentrarse muy pocos para realizar mucha actividad, resulta que tienen serios problemas para acogerse a aquellos derechos que tienen como trabajadores. Voy a poner sólo un ejemplo: el tema de las libranzas; tienen serias dificultades para, acogiéndose a esos derechos, poder subsanar las deficiencias sin que repercuta sobre la atención y la calidad prestada a los usuarios. Lógicamente, los profesionales optan por poner toda su voluntad y todo su empeño en que el usuario tenga una buena percepción del hospital, aunque tengan problemas internos.

Está pasando en el entorno de toda la Comunidad: tenemos un problema. Como se diría en aquella famosa frase: Houston, tenemos un problema; pues yo le digo: señor Gerente, tenemos un problema, que no es solamente suyo porque ocurre en toda la Comunidad. Parece ser que, aunque la culpa la tenga el maestro armero o yo qué sé quién, tenemos pocos profesionales sanitarios en la Comunidad de Madrid, porque unos se van, porque encuentran mejores perspectivas fuera o por las circunstancias que sea, lo cierto es que tenemos problemas para contratar a más profesionales sanitarios. En este momento, en su hospital tenemos, que yo conozca, al menos doce contratos que van a finalizar en este mes. A lo mejor usted me puede informar si ha habido ya algún tipo de acción al respecto para convocar una oferta de empleo público, si no se va a hacer, si se va a contratar de la misma manera o qué es lo que vamos a hacer para no quedarnos sin personal, ya de por sí deficiente, para no quedarnos sin aquellos que ya van a finalizar su contrato.

Además, tengo que decirle, porque no tengo más remedio que hacerlo, señor Gerente, que me ha llamado poderosamente la atención una queja que he recibido. Estoy convencida, señor Gerente, de que usted me va a aclarar esa queja que he recibido y que me va a decir que no se va a volver a producir; no que se haya solucionado, que ya sé que se ha solucionado, sino que no se va a volver a producir.

La Sra. **PRESIDENTA**: Vaya concluyendo, por favor.

La Sra. **GARCÍA ÁLVAREZ**: Termino ya, señora Presidenta. Mire usted, estamos ahora en unas fechas en el marco del 8 de marzo. En esta Comunidad hemos hablado de manera reiterada de la conciliación de la vida familiar y laboral, y la queja que me ha llegado, y que no me parece de recibo, es que, cuando una trabajadora de ese centro ha solicitado la reducción de la jornada para, acogiéndose a lo legalmente establecido, poder atender a su lactante, en este caso creo que a su hija, resulta que se le reduce la jornada laboral y se le reduce también la hora de lactancia. Eso no es conciliar la vida laboral y familiar, eso no es darles a los ciudadanos el derecho que tienen a acogerse a determinada cuestión que precisamente se refleja de manera legal. Sé que ustedes lo han subsanado pero lo han hecho después de que se ha reclamado y lo han subsanado en nómina, con pago. No es así como se solucionan los problemas, los problemas se solucionan haciendo las cosas como se debe desde el primer momento. Gracias, señora Presidenta, por los minutos que me ha concedido.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, don Lucas Fernández.

El Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: Muchas gracias, señora Presidenta. Señor Gerente, bienvenido. Yo no tenía el gusto de conocerle ya que, como bien decía doña Caridad, la rotación de gente es muy activa en esta Consejería, y no nos habíamos visto hasta ahora.

Este tipo de hospitales a nosotros nos interesa mucho; nos interesa mucho porque creo que cumplen un buen y necesario papel. Yo voy a hacer una serie de preguntas, y le rogaría que, aunque no es la costumbre general de los gerentes que comparecen -el otro día tuvimos una expresión mayestática de lo que es la no contestación a lo que le pregunté al Gerente de Santa Cristina, que no contestó a nada de lo que le pregunté-, me contestara a lo que le voy a decir; se trata de preguntas concretas, no tienen ninguna historia.

Usted sabe que hay tres hospitales de estas características en Madrid, sólo tres. Están ubicados, además, en el entorno de la sierra: el Hospital de Fuenfría, su Hospital de Guadarrama y el Hospital de Villa del Prado, Virgen de la Poveda. Entre los tres vienen a tener en torno a las 600 camas, aproximadamente unas 500 camas funcionando, poco más o menos; lo que sale, aproximadamente, a una cama por 100.000 habitantes.

Por tanto, quiero preguntarle de dónde proceden los pacientes. Usted nos ha dicho que de todas las áreas; eso, teniendo en cuenta en el arco en el que están, tiene su emoción, porque hay unos hospitales que están bastante lejos de donde está usted, como por ejemplo, el Doce de Octubre y el Hospital Príncipe de Asturias, por nombrar alguno. Supongo, que tendrá usted algún acuerdo con los hospitales para racionalizar esa petición, y quiero saber si hay algún órgano coordinador del tipo Summa 112, o algo parecido, que coordine esas llegadas, o, por el contrario, si lo arreglan entre ustedes. Quiero saber si del servicio de urgencia de un hospital o del servicio de medicina interna le llaman a ustedes, y ustedes dicen que sí, que no, o yo qué sé. Estoy de acuerdo en que hay protocolos, y quiero saber si éstos los conocen previamente los hospitales que les remiten pacientes o actúan ustedes con voluntariedad. Sobre todo me interesa muchísimo saber quién lo coordina, eso es muy importante.

También me gustaría saber si tiene acuerdos con alguna aseguradora u hospitales privados para remisión. No lo sé; no se lo pregunto con ninguna intención, simplemente se lo pregunto porque en algún momento lo hubo, y quiero saber si lo sigue o no teniendo.

Quiero que me diga, si es posible, el coste y estancia/día, y si hay retorno, qué tipo de retorno, si acaso el origen es privado, cuánto vale el coste estancia/día... Si no lo es, no hay nada que contestar, por supuesto. Todo esto se lo pregunto porque no tengo ninguna información prácticamente de ese hospital, nada más que lo que viene en los objetivos presupuestarios que, si se molesta usted en verlos, verá que es muy poquito -cada vez menos, por cierto-, van disminuyendo notablemente.

Sobre el índice de personal/cama, nos ha hablado de cifras globales. Me gustaría saber el número en enfermería, tanto de enfermeras y

enfermeros como de auxiliares de enfermería, y el número de médicos por especialidades, si es tan amable. También cuántos médicos y enfermeros están de guardia, porque es un hospital que se maneja en situaciones de riesgo en muchas circunstancias. Fuenfría tiene un médico de guardia; entonces, quiero saber los que tienen ustedes. Y también quiero saber qué medios diagnósticos y terapéuticos tienen ustedes en situación de guardia o urgencia, que, dadas las circunstancias del hospital, supongo que eso sucederá con alguna frecuencia. También quiero saber si tienen ustedes autoanalizadores, carros de parada, etcétera; en fin, sobre todo qué grado de entrenamiento tiene el personal. Y también si hay -estoy seguro de que los habrá, como no puede ser de otra manera, supongo, desde la responsabilidad de la calidad-entrenamiento permanente, si dan cursillos a personal especializado, en fin, cómo se funciona en esas cuestiones concretas; lo contrario sería temerario, así que espero que me conteste usted positivamente.

Desconozco -se lo pregunto porque no viene en ningún sitio- qué mortalidad tiene su hospital, si es tan amable, ya que es un dato importante que nos gustaría saber, porque sé perfectamente que su hospital tiene que tener obligatoriamente una mortalidad, faltaría más; pero quiero conocer el dato porque no lo conozco, no por otra cosa.

También quiero que me hable usted de la Unidad de Cuidados Paliativos más allá de lo que nos ha dicho usted, que está muy bien: que es muy buena, que va a mejorar y que la gente opina que cada vez es mejor; eso me parece muy bien. Pero me tiene que decir usted, si es tan amable, el número de médicos y enfermeras que atienden; el número de pacientes que están en cuidados paliativos habitualmente -me refiero al número de pacientes, no porcentajes-; de dónde proceden, si es también igual de amable y, sobre todo, el número de médicos, número de enfermeras y protocolos. Incluso le pediría, por favor, si es usted como yo espero que sea, que remita el protocolo que tienen ustedes de cuidados paliativos a la Mesa de la Comisión para que me lo den a mí.

Ha dicho usted que recibe enfermos directamente de Atención Primaria. ¿Eso quién lo coordina? ¿Directamente el médico de primaria? Es lo que ha venido usted a decir. Me congratularía que

así fuera, porque yo llevo muchísimos años trabajando en primaria, y ésa es una figura exótica, por lo menos en las áreas que conozco intensamente, de verdad, y ojalá fuera cierto; bueno, no dudo de que sea cierto, pero no me vale porque, si hay un caso al año... Por tanto, lo tiene usted que cuantificar, si es tan amable. ¿Cuántas derivaciones directas de Atención Primaria ha tenido usted en el año 2006? Así, nos entenderemos como debe de ser. ¿Quién lo ha coordinado? Si ha sido el médico directamente, ¿cuántas? ¿Qué tipo de patología? Si es igual de amable. Supongo que lo conocerá; aunque lleve en el cargo poco tiempo, es usted el Gerente y tiene que conocer estas cosas. Igualmente, me interesa conocer el número de plazas del hospital de día geriátrico, ¿cuántas hay? ¿De dónde proceden? Porque, perdóneme, pero no le he entendido muy bien; no sé si proceden del Área 6, de la 12, de la 11, de la 10; no lo sé. No sé el área exactamente ni quién las remite ni cómo van a parar ahí.

Ha dicho usted que el año pasado, el año 2006, ha dado 907 altas porque no hubo ningún brote de gripe. En efecto, estuvimos por debajo de 100 casos por 100.000 habitantes, naturalmente. Y en los meses que llevamos de 2007, ¿cuántos ha habido? Porque sabe usted que las urgencias de los hospitales de agudos estaban absolutamente colapsadas, prácticamente, en el mes de noviembre; supongo que lo sabe porque le sonará y le repercutirá esto. Entonces, este año tampoco ha habido ningún brote de gripe, y no hemos llegado a 110 casos por 100.000 habitantes; estamos, por tanto, en datos de epidemia muy baja. Y, ¿en verano, cuando disminuyen ustedes camas? Porque en verano el Consejero nos plantea todos los años -desde que hubo aquel problema de calor, que, según doña Ana Pastor, no había pasado nada y luego nos enteramos de que no era así, pero eso es lo habitual- con luz y cornetas un plan de prevención de los males del calor. ¿Qué pasa en verano? Disminuyen ustedes camas, pero, ¿qué pasa en verano? ¿Qué grado de incidencia tienen? Los hospitales en agosto se colmatan también, lo sabe usted perfectamente; hay menos personal y muchas veces la misma demanda.

Ha tenido usted el 84 por ciento de ocupación, sin gripe. Entonces, ¿qué grado de ocupación tiene usted cuando hay gripe? El 84 por ciento es una tasa altísima, sin epidemia de presión de agudos; vamos, de ese tipo de agudos. Entonces,

por ejemplo, dentro de dos meses, que puede haber otro pico de cualquier cosa, alérgica o cualquier historia, aunque sé que afecta menos a los mayores, pero suele haber siempre una tasa de trastornos respiratorios a la entrada de la primavera, ¿hasta qué grado de ocupación llegan ustedes, manteniendo 20 camas cerradas?

Voy a terminar. ¿Me puede decir si ha hecho usted alguna encuesta de calidad percibida? Sabe que la calidad percibida es un concepto que cada vez está más de actualidad; tiene que ver con el grado de confort y sensación de comodidad que los pacientes tienen. Yo he estado muchas veces en ese hospital y sensación de comodidad tengo poca cuando voy. Supongo que dentro de esas encuestas que nos ha repetido usted permanentemente, diciendo que la finalidad de su proyecto es calidad magnífica, cosa que a mí me alegra profundamente; supongo que tendrá estudiado este tema, porque es muy interesante para el paciente. Digo que la calidad percibida por los pacientes en la Comunidad de Madrid es malísima. Lo digo porque yo soy paciente, aparte de médico y pertenecer al sistema, pero, como paciente, cuando voy, la calidad percibida en el 95 por ciento de los hospitales es tremenda -y le puedo citar varios-; en el suyo es igual de tremenda que la última vez que estuve allí, que no fue hace tanto tiempo. Me gustaría conocer, porque estoy seguro de que no se le puede haber escapado, qué sienten los pacientes sobre la calidad percibida, sobre el grado de comodidad y confortabilidad. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular, doña Ana Fernández Mallo.

La Sra. **FERNÁNDEZ MALLO**: Gracias, señora Presidenta. Señor García Capelo, en nombre de mi Grupo, le doy la bienvenida a esta Comisión como Gerente del Hospital de Guadarrama y le agradezco la información que nos ha ofrecido sobre la situación actual del citado hospital y los planes de futuro.

En primer lugar, quiero destacar que es con la llegada de un Gobierno del Partido Popular cuando se toma la decisión de marcar de forma clara los objetivos de este centro sanitario. Comienza así una andadura coherente que dota al centro de una

infraestructura, de 40 camas en un principio a las 160 actuales, de una plantilla de profesionales eficientes y de una actividad asistencial que prima sobre criterios económicos. Según dice el señor portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, a su Grupo le interesa muchísimo este tipo de hospitales, y yo quiero decirle que a nosotros mucho más puesto que los hemos creado. Entendemos que, gracias a una gestión moderna, eficaz y eficiente, centrándose en los servicios que actualmente presta este centro, se va adecuando a la evolución de los pacientes que recibe y, a su vez, se va adecuando también a las patologías que requieren actuaciones específicas. Se cumple el compromiso de la Consejería de Sanidad de que en esta Legislatura se reformaría la zona de rehabilitación, ampliándose el área destinada a la misma. Esto es ya hoy una realidad. Se cumple el Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008 y su desarrollo; se cumplen medidas como poner dispensadores automáticos de medicación en planta y otras como los dispositivos de punción de seguridad frente a inoculaciones accidentales, las soluciones alcohólicas para el lavado de manos, que son medidas pioneras que me permiten resaltar la apuesta clara por la calidad de los servicios que presta el centro, en aras de conseguir lo que se denomina un hospital seguro.

Esta mejora continua en el trabajo diario les lleva, en 2006, en la primera autoevaluación según modelo EFQM, a conseguir la categoría de bronce. Todo ello convierte al Hospital de Guadarrama en un centro geriátrico rehabilitador moderno, en un hospital de día geriátrico para la reintegración del paciente, con un programa de atención domiciliaria, de atención primaria y hospitalización, si fuera necesaria, cuando se llega a fase terminal.

Quiero destacar la línea uniforme seguida por los diferentes gerentes. Usted mismo, señor García Capelo, era director médico del centro y ahora gerente, con lo que es buen conocedor y parte de la reorganización funcional que se ha llevado a cabo, basada en criterios de eficacia y eficiencia. Realizaron un estudio de conocimiento de la realidad interna del hospital, la identificación de posibles usuarios y sus demandas, para proceder a la determinación de las necesidades estructurales y organizativas, con el objetivo de redefinir el posicionamiento del hospital en la red sanitaria única de utilización pública de la Comunidad de Madrid.

Así, vemos con satisfacción cómo el Hospital de Guadarrama se ha configurado como un magnífico recurso asistencial, que busca la excelencia en todas y cada una de sus actividades, y lo hace en el marco de las directrices emanadas de la política general de la Consejería de Sanidad y Consumo, que buscan garantizar el mayor nivel de bienestar posible para los ciudadanos de Madrid. Se convierte así este centro en un complemento a ese ambicioso plan de infraestructuras sanitarias, que se completará, estoy segura, con el cumplimiento, en un futuro muy próximo, del compromiso del Gobierno regional de construir el Hospital de Villalba.

Su centro, señor Gerente, está basado en la eficacia, en una gestión eficiente y eficaz, porque alcanza las metas que se propone y, a la vez, economiza recursos o los hace rendir mucho más. Me congratula saber que el señor Fernández todavía no es inquilino, cliente, usuario de estos geriátrico. (El Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: *Juntos iremos.*) No tiene usted aspecto. (El Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: *Tú tampoco.*) Pero sí quiero decirle, sobre la mortalidad, que le quiero recordar el tipo de hospital que es y que espero que no esté usted intentando manipular la realidad. Le recuerdo también que la señora Ministra de Sanidad iba a hacer una ley del alcohol, y no la ha hecho. (La Sra. **ÁLVAREZ GARCÍA** y el Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: *Y eso, ¿a qué viene?*)

Señor García Capelo, me han llamado mucho la atención dos aspectos de su intervención: el primero, el grado de coordinación, es decir, la coordinación y la comunicación con la atención primaria especialmente, y también la especializada, como es su caso, la domiciliaria y el centro de hospitalización; imagino que esto no es tarea fácil. En segundo lugar, ha utilizado usted un término en dos ocasiones; ha dicho humano, humanidad... Ha dicho textualmente "calidad asistencial y humana; profesionales con dedicación y humanidad" y, desde mi punto de vista, éste es un valor esencial. No sólo hay que tener equipamientos modernos, que se tienen, confort, aislamiento, intimidad, sino también esa humanización, llamémoslo así, que es, repito, un valor esencial.

Mientras el Grupo Socialista siga profundizando en esa política que utiliza la salud como arma electoral para intentar ensombrecer los logros de nuestro sistema sanitario, nosotros, desde nuestro Grupo, queremos felicitarle, animarle a seguir

en la línea emprendida de mejora continua. Y, señor García Capelo, un ruego, y es que, habiendo mencionado usted el Plan Estratégico de Calidad 2007-2010, me gustaría que abundase más en el contenido, que nos explicase más detalladamente en qué consiste. Sin más, muchas gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. Tiene la palabra el señor compareciente.

El Sr. **GERENTE DEL HOSPITAL DE GUADARRAMA** (García Capelo): Gracias, señora Presidenta. Intentaré contestar brevemente a todas las cuestiones que me han planteado. En primer lugar, efectivamente, de las 160 camas del hospital, 20 no están abiertas en la actualidad, pero esas camas están disponibles, y todos los años se ofertan camas de apoyo invernal; de modo que, en un período de tiempo muy breve, pueden ser abiertas en caso de necesidad.

Han comentado SS.SS. en diversas intervenciones la ocupación del hospital. La del 84 por ciento es una ocupación media, pero hay picos que superan el 90 por ciento y hay momentos más bajos. Especialmente en verano hay otros hospitales que tienen otros problemas por su posicionamiento en la red, pero nosotros en verano bajamos de un modo importante nuestra actividad, y, realmente, y eso lo conocen los trabajadores del centro. Incluso en verano, cerrando las 20 camas que se cierran, el hospital en ningún momento sufre presión asistencial sino más bien todo lo contrario, porque en esos meses, por diversos motivos, un hospital que atiende población mayor tiene menos demanda de camas, posiblemente porque también baja en verano la rehabilitación de pacientes postquirúrgicos, etcétera.

En cuanto a la Unidad de Cuidados Paliativos -y con esto contesto también a diversas cuestiones que se han planteado-, les diré que está atendida por un médico que es especialista en cuidados paliativos, que tiene realizada su formación específica sobre este tema, sobre ese aspecto del tratamiento de estos pacientes. La unidad de cuidados paliativos tiene un contacto directo -y con esto contesto a su pregunta- con los médicos de atención primaria; tenemos contactos, además a menudo, mensuales prácticamente, en el área a este

respecto; nos reunimos todos los centros del área y Primaria, y todos hemos puesto en común el modo de acceder a los servicios de paliativos, de modo que el médico de primaria puede llamar directamente al médico de paliativos o al médico que esté de guardia en el hospital en ese momento, y puede realizar el ingreso directamente. Como digo, en caso de alta, el médico de la unidad de cuidados paliativos de nuestro centro contactaría con el médico de primaria para dar ese alta, para darles instrucciones, etcétera. En este sentido, la coordinación entre Primaria y la Unidad de Cuidados Paliativos yo creo que es inmejorable, y, además, se trabaja en ello día a día.

Se han referido a los neumólogos que hay en nuestro centro. Éstos realizan diversas funciones. Algunos trabajan en la Unidad de Neumología; otros prestan sus servicios en cuidados continuos, para lo que están perfectamente capacitados puesto que son médicos con alta experiencia en hospitalización, incluso hay uno de ellos que, por motivos de edad, de salud, presta funciones de tipo no asistencial sino más relacionadas con admisión, codificación, etcétera, labores que también son muy importantes. También han hablado de la ratio de personal; desde luego, si ustedes se toman la molestia de ver las cifras, no es inferior al de otros muchos centros, incluso superior al de muchos, me refiero a centros de parecido perfil.

En cuanto a los recursos para movilización de pacientes, que en un hospital con alto nivel de cuidados como el nuestro es muy importante, efectivamente, yo creo que en ese sentido somos modélicos; tenemos todos los medios necesarios para los trabajadores, y a veces es la propia Dirección del centro la que tiene que impulsar a los trabajadores para que los utilice porque somos conscientes de que, fundamentalmente, es un tema de confortabilidad para los pacientes y de salud laboral para el personal que lo atiende; pero, desde luego, por parte del hospital están puestos los medios, todas las plantas disponen de camas, y hay un gimnasio; además, recientemente se han instalado dos grúas de paciente en el gimnasio, con lo cual todas las movilizaciones y las transferencias de pacientes se pueden hacer con un mínimo coste económico.

Por supuesto, las libranzas del personal se conceden, como no podía ser de otra manera, respetando lo que el convenio colectivo de la

Comunidad de Madrid fija, y es así. Ha comentado el tema de la conciliación de la vida laboral y familiar. Yo creo que, en ese sentido -no tengo las cifras, pero desde luego yo soy el que las firma-, se han concedido numerosas adaptaciones de jornada laboral por este tema.

En cuanto a lo que ha comentado la señora García Álvarez, fue un error, yo diría que administrativo, que se solucionó, pero inmediatamente antes de la protesta. Yo creo que, en ese sentido, el centro tiene una sensibilidad especial porque, además, no podemos olvidar que en sanidad estamos trabajando con una población laboral mayoritariamente femenina, que es la que más sufre estos problemas.

Estábamos también tratando el tema de cómo se realiza la coordinación de camas. La coordinación de camas se realiza, fundamentalmente, como he comentado antes, porque la mayoría de las peticiones nos llegan de los hospitales. Creo, además, que la tendencia a seguir creciendo es de nuestra área, del Área 6, con lo que el Hospital de El Escorial y el Hospital Puerta de Hierro nos derivan directamente los pacientes; y, en otra medida, se deriva a través de las unidades de admisión de los distintos hospitales. Pero hay un criterio que es fundamental en este tipo de pacientes, y no estoy hablando de pacientes agudos, que es la disponibilidad de las familias y de los pacientes a desplazarse a centros más o menos lejanos. Yo creo que eso limitaría cualquier esfuerzo de coordinación centralizada y rígida porque seguramente sería mal aceptado por parte de los familiares de los pacientes. Quiero tranquilizarles: no tenemos ningún acuerdo con hospitales privados; no concertamos las camas, es decir, que nosotros somos finalistas en este sentido.

En cuanto a especialistas, la mayor parte de los especialistas son geriatras; hay internistas, y tenemos también algunos médicos generales y neumólogos. Tenemos un médico de guardia, como he dicho, al igual que otros hospitales de la red. Además, si vemos las incidencias, durante las guardias tampoco aconsejan un cambio en este sentido; es decir, que son pacientes con poca patología aguda y que generalmente no presentan complicaciones a menudo. De todos modos, en este sentido estamos perfectamente cubiertos; es decir, todas las plantas del hospital tienen carro de parada,

incluida la planta baja, donde están rehabilitación y el hospital de día. Todos los años se realizan cursos de formación en reanimación cardiopulmonar en soporte vital avanzado para el personal, de modo que, en este sentido, yo creo que el hospital está perfectamente adaptado a cualquier incidencia que pudiéramos tener en este aspecto.

En cuanto a la Unidad de Cuidados Paliativos, los protocolos que funcionan son los protocolos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. No tengo inconveniente en mandárselos, pero son los de la Sociedad; cuando hay algo bueno que copiar, mejor no innovar.

También me preguntaban cuántas plazas tiene el hospital de día geriátrico. El hospital de día geriátrico, como es un hospital que no tiene hospitalización en el sentido hostelero, tiene 20 plazas por turno, de modo que se organizan dos turnos de pacientes; unos tienen tres días semanales, y otros tienen dos días semanales.

En cuanto al hospital de día geriátrico y a la procedencia de los pacientes, no lo he contestado antes, pero decir que son pacientes que vienen del Área 6, concretamente del distrito de Collado Villalba y del distrito de Cercedilla, fundamentalmente por confortabilidad de los pacientes, porque, si no, los tiempos de traslado serían excesivos, y dado que es un transporte continuo, intentamos que los pacientes no tengan grandes molestias en este aspecto.

Sí comenté la mortalidad en mi exposición, que es del 7 por ciento aproximadamente, lo cual, si mira las cifras de otros centros parecidos, es aceptable. Nuestras cifras, en términos generales, son muy buenas. Por ejemplo, no he resaltado, porque el tiempo lo limita, la incidencia de úlceras por presión, que es un dato muy demostrativo de la calidad asistencial en centros de este tipo: es bajísima. Tenemos bastantes pacientes con úlceras por presión, pero la mayoría vienen con ellas cuando acceden al centro; realmente, la incidencia en nuestro centro creo recordar que es del 1 por ciento, y son unas cifras muy muy bajas para este tipo de cuidados. (El Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: *¿Eso lo podría tener documentado, si fuera tan amable?*) Sí, sí. Yo creo que el mérito...

La Sra. **PRESIDENTA**: Vaya concluyendo, por favor.

El Sr. **GERENTE DEL HOSPITAL DE GUADARRAMA** (García Capelo): Muchas gracias, señora Presidenta. El mérito, en este tipo de cosas, lo tiene relativamente la Dirección porque son cuidados de enfermería, y yo creo que son nuestra enfermería y nuestros auxiliares los que trabajan, como hemos dicho, con humanidad y con profesionalidad, lo cual, hablando de pacientes cuya estancia en nuestro hospital vemos que es de 40 días aproximadamente, es muy importante.

Para acabar, quería comentar que sí se realiza una encuesta de posthospitalización. A todos los pacientes se les entrega la encuesta cuando son dados de alta y, desgraciadamente, pocos la remiten. Como suele ocurrir habitualmente, los que la remiten son los que están muy contentos o muy descontentos. Este porcentaje, en nuestro caso, es del 85 por ciento en los que están muy contentos y del 15 por ciento en los que están descontentos.

Creo que es un porcentaje muy favorable para el centro. Nada más, y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias por su comparecencia. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

———— RUEGOS Y PREGUNTAS ————

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

(*Eran las diecinueve horas y dos minutos.*)



**SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA
SERVICIO DE PUBLICACIONES**

Plaza de la Asamblea de Madrid, 1 - 28018-MADRID Teléfono 91.779.95.00 - Fax 91.779.95.08

Web: www.asambleamadrid.es

TARIFAS VIGENTES

B.O.A.M. Suscripción anual:	54,09 € .	Número suelto:	0,84 €.
D.S.A.M. Suscripción anual:	78,13 € .	Número suelto:	0,84 €.
CD-ROM Suscripción anual	12,00 €.	CD-ROM semestral	6,00 €.
SUSCRIPCIÓN ANUAL CONJUNTA B.O.A.M. - D.S.A.M.	112,39 €.		
SUSCRIPCIÓN ANUAL CONJUNTA B.O.A.M. - D.S.A.M. EN CD-ROM	16,00 €.		

- IVA incluido -

FORMA DE PAGO

El abono de las tarifas se realizará mediante:

- Talón nominativo a nombre de la Asamblea de Madrid.
- Giro postal.
- Transferencia bancaria a la cuenta núm. 2038 0603 28 6006392382, de Caja Madrid, Pza. Celenque, 2.

SUSCRIPCIONES (CONDICIONES GENERALES)

1. La suscripción será anual. El período de suscripciones finalizará el 31 de diciembre de cada año. Las altas que se produzcan durante el año, a efectos de cobro se contarán desde la primera semana de cada trimestre natural, sea cual fuere la fecha de suscripción dentro del trimestre.
2. El envío de los Boletines comenzará una vez se hayan recibido el importe correspondiente y la tarjeta de suscripción debidamente cumplimentada.
3. El suscriptor que no renovase la suscripción antes del 31 de diciembre será dado de baja.
4. La Administración del Boletín podrá modificar en cualquier momento el precio de la suscripción. El incremento o disminución comenzará a aplicarse a los abonados dados de alta a partir de la siguiente renovación de la suscripción.



TARJETA DE SUSCRIPCIÓN O RENOVACIÓN:

Nombre o razón social:	CIF/NIF:
Domicilio:	Núm.:
Distrito Postal:	Localidad:
Teléfono:	Fax:

DESEO SUSCRIBIRME AL B.O.A.M. D.S.A.M. Conjunta B.O.A.M. y D.S.A.M.

De acuerdo con las condiciones establecidas a partir de y hasta el 31 de diciembre de 2007, a cuyo efecto les remito la cantidad de Euros.

Mediante: Giro postal Talón nominativo Transferencia bancaria a la c/c citada.

En, a de de 2007.