

# *Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*



---

Número 117

2 de febrero de 2016

X Legislatura

---

## COMISIÓN DE SANIDAD

### PRESIDENCIA

Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> Regina María Plañiol Lacalle

Sesión celebrada el martes 2 de febrero de 2016

### ORDEN DEL DÍA

**1.- Elección, en su caso, del Presidente de la Comisión.**

**2.- PCOC-44/2016 RGEF.169.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre los mecanismos que ha puesto en marcha la Consejería de Sanidad para coordinarse con el Ayuntamiento de Madrid para integrar las diferentes políticas en salud.

**3.- PCOC-121/2016 RGEF.525.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre los planes del Gobierno para actualizar los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de

---

la Red de Centros de la Comunidad de Madrid, que fueron establecidos en septiembre de 2013.

**4.- PCOC-122/2016 RGEF.526.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre el tratamiento que hace el Gobierno de las reclamaciones de pacientes y familiares en relación con los servicios del SERMAS.

**5.- Comparecencias con tramitación acumulada:**

**C-70(X)/2015 RGEF.2632.** Comparecencia de la Ilma. Sra. Directora General de Planificación, Investigación y Formación, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre el desarrollo de sus competencias en la presente Legislatura. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

**C-155(X)/2015 RGEF.3125.** Comparecencia del Ilmo. Sr. titular de la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación de la Consejería de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre el programa de Gobierno y cometidos de su competencia. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

**C-417(X)/2015 RGEF.4365.** Comparecencia de la Ilma. Sra. Directora General de Planificación, Investigación y Formación, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre actuaciones y planes de futuro de su Dirección General. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

**6.- C-32/2016 RGEF.385.** Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre el estado actual de la atención a los pacientes con ictus en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

**7.- Ruegos y preguntas.**

## SUMARIO

	<b>Página</b>
- Se abre la sesión a las 16 horas y 8 minutos. ....	6331
- Interviene el Sr. Freire Campo comunicando las sustituciones en su Grupo Parlamentario. ....	6331
<b>— Elección del Presidente de la Comisión. ....</b>	<b>6331</b>
- Interviene el Sr. Beltrán Pedreira para proponer como Presidenta de la Comisión a doña Regina Plañiol. ....	6331
- Queda elegida, por asentimiento, doña Regina Plañiol Lacalle como Presidenta de la Comisión de Sanidad. ....	6331
<b>— PCOC-44/2016 RGE.169. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.ª Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre los mecanismos que ha puesto en marcha la Consejería de Sanidad para coordinarse con el Ayuntamiento de Madrid para integrar las diferentes políticas en salud. ....</b>	<b>6332</b>
- Interviene la Sra. García Gómez formulando la pregunta. ....	6332
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria respondiendo la pregunta. ....	6332-6334
- Interviene la Sra. García Gómez ampliando información. ....	6334
<b>— PCOC-121/2016 RGE.525. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre los planes del Gobierno para actualizar los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la Comunidad de Madrid, que fueron establecidos en septiembre de 2013. ....</b>	<b>6335</b>
- Interviene el Sr. Freire Campo formulando la pregunta. ....	6335
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria	

respondiendo la pregunta. ....	6335
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Director General ampliando información. ....	6335-6337
<b>— PCOC-122/2016 RGEF.526. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre el tratamiento que hace el Gobierno de las reclamaciones de pacientes y familiares en relación con los servicios del SERMAS. ....</b>	<b>6337</b>
- Interviene el Sr. Freire Campo formulando la pregunta. ....	6337
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria respondiendo la pregunta. ....	6338-6339
- Intervienen el Sr. Freire Campo ampliando información. ....	6339-6341
<b>Comparecencias con tramitación acumulada:</b>	
<b>— C-70(X)/2015 RGEF.2632. Comparecencia de la Ilma. Sra. Directora General de Planificación, Investigación y Formación, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre el desarrollo de sus competencias en la presente Legislatura. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea). ....</b>	<b>6341</b>
<b>— C-155(X)/2015 RGEF.3125. Comparecencia del Ilmo. Sr. titular de la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación de la Consejería de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre el programa de Gobierno y cometidos de su competencia. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea). ....</b>	<b>6341</b>
<b>— C-417(X)/2015 RGEF.4365. Comparecencia de la Ilma. Sra. Directora General de Planificación, Investigación y Formación, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre actuaciones y planes de futuro de su Dirección General. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea). ....</b>	<b>6341</b>
- Intervienen el Sr. Álvarez Cabo, el Sr. Freire Campo y el Sr. Beltrán Pedreira exponiendo los motivos de petición de la comparecencia. ....	6342-6344
- Exposición de la Sra. Directora General de Planificación, Investigación y Formación. .	6344-6349
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Álvarez Cabo, la Sra. San José Pérez, el	6349-6358

Sr. Freire Campo y el Sr. Beltrán Pedreira.....	
- Interviene la Sra. Directora General, dando respuesta a los señores portavoces.....	6358-6361
<b>— C-32/2016 RGEP.385. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre el estado actual de la atención a los pacientes con ictus en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).</b> ....	6361
- Interviene el Sr. Álvarez Cabo exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.....	6362-6363
- Exposición del Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. ....	6363-6366
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Álvarez Cabo, la Sra. García Gómez, el Sr. Freire Campo y el Sr. Beltrán Pedreira.....	6366-6376
- Interviene el Sr. Director General, dando respuesta a los señores portavoces.....	6376-6379
<b>— Ruegos y preguntas.</b> .....	6379
- No hay ruegos ni preguntas. ....	6379
- Se levanta la sesión a las 18 horas y 58 minutos. ....	6379



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

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Buenas tardes, señorías. Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Sanidad convocada para el día de hoy. ¿Alguna sustitución por parte de los Grupos Parlamentarios? ¿Grupo Parlamentario Podemos? *(Denegaciones.)* ¿Grupo Parlamentario de Ciudadanos? *(Denegaciones.)* ¿Por el Grupo Parlamentario Socialista?

El Sr. **FREIRE CAMPO**: La señora Andaluz Andaluz sustituye a la señora Martínez Ten.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: ¿Grupo Parlamentario Popular? *(Denegaciones.)* A continuación pasamos al primer punto del orden del día.

### **Elección del Presidente de la Comisión.**

Para la provisión de la vacante se propone a la Comisión que se siga la práctica habitual en estos casos siempre que haya acuerdo unánime de todos los Grupos. Esta práctica consiste en que el Grupo Parlamentario al que pertenece el anterior miembro de la Mesa, en este caso el Presidente o Presidenta, proponga a su sustituto y esta candidatura se someta al asentimiento. ¿Estamos de acuerdo? *(Asentimiento.)* Señor Beltrán, ¿hace alguna propuesta?

El Sr. **BELTRÁN PEDREIRA**: Sí, señor Presidente. La propuesta es doña Regina Plañiol.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: ¿Están de acuerdo los Grupos políticos? *(Asentimiento.)* Por acuerdo unánime de la Comisión, queda elegida presidenta doña Regina Plañiol Lacalle. Antes de la toma de posesión, quisiera agradecer a los portavoces de los distintos Grupos políticos la consideración y la paciencia que han tenido durante la sustitución que ha hecho este Vicepresidente en la Presidencia de esta Comisión. *(El señor Beltrán Pedreira pide la palabra.)* ¿Señor Beltrán?

El Sr. **BELTRÁN PEDREIRA**: Sí, con su permiso. No sé si los otros Grupos van a intervenir, pero yo quiero dar las gracias al Vicepresidente por estas dos sesiones, en las cuales ha ejercido con rigor, y como debe ser, la Presidencia de esta Comisión. Para nosotros ha sido un honor que haya sido Presidente estas dos sesiones. Gracias.

El Sr. **VICEPRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Beltrán. Solo queda que la señora Presidenta tome posesión de su cargo. *(Pausa).*

La Sra. **PRESIDENTA**: Señorías, muchas gracias. Empiezo con ilusión la Presidencia de esta Comisión. Quiero dar las gracias tanto a sus señorías como a la letrada, al secretario, al vicepresidente y también, cómo no, a los servicios de la Cámara: taquígrafas y ordenanzas. Pasamos al segundo punto del orden del día.

**PCOC-44/2016 RGE.169. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre los mecanismos que ha puesto en marcha la Consejería de Sanidad para coordinarse con el Ayuntamiento de Madrid para integrar las diferentes políticas en salud.**

Llamo al estrado a comparecer al director general de Coordinación de Asistencia Sanitaria, don César Pascual. *(Pausa.)* Muchas gracias, señor Director General; sea bienvenido a esta Comisión. Les recuerdo que, para la formulación de las preguntas, el diputado y el compareciente tienen diez minutos, a repartir cinco minutos cada uno. A continuación tiene la palabra doña Mónica García.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, Presidenta. Buenas tardes. Muchas gracias, señor Pascual, por acudir. Básicamente queríamos que nos informara si ha habido algún tipo de contacto con los nuevos ayuntamientos, sobre todo con el Ayuntamiento de Madrid, que, como sabe, tiene bastantes competencias en el área de la salud -no tanto de la sanidad, pero sí de la salud- y dispone de unos centros, los Centros Madrid Salud, que, teóricamente, se encargan de la promoción, de la prevención de la salud y también de todo el tema de las emergencias, cómo está la distribución de competencias entre el Samur y el Summa, y si están, que creo que sí; pero me gustaría que nos contara cuáles son los objetivos de la Comunidad con respecto a lo que pretende llevar a cabo en coordinación con el Ayuntamiento de Madrid. Esta coordinación y esta integración de los servicios ha sido una deficiencia estructural que llevamos arrastrando muchos años y, en concreto, muchos centros de salud no saben que tienen un centro del ayuntamiento cercano; con lo cual, no se hacen proyectos compartidos, no se hace promoción de la salud compartida ni hay ningún tipo de coordinación ni ningún tipo de trayectoria clínica que una los procesos asistenciales entre estas dos instituciones, ¿no? Me gustaría que nos contase cómo van, si han iniciado esas conversaciones, cuáles son los objetivos de la Comunidad y qué esperan de esta coordinación. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora García. A continuación tiene la palabra el Director General por tiempo máximo de cinco minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Gracias, señora Presidenta. Señoría, en los breves minutos que tengo voy a intentar resumir la actividad que se hace -que es mucha- de coordinación de la Consejería con los ayuntamientos y especialmente con el más grande, que es el Ayuntamiento de Madrid.

De las muchas líneas de coordinación, me he permitido hacer un resumen. En cuanto al área de epidemiología, son muchas las líneas que estamos trabajando con los ayuntamientos de la Comunidad de Madrid, y especialmente con el Ayuntamiento de Madrid, que les voy a resumir: en primer lugar, las enfermedades de declaración obligatoria o en brotes de cualquier etiología, donde existe una serie de competencias que tiene en salud pública la Comunidad de Madrid pero que ejerce el Ayuntamiento, y un caso particular dentro de este grupo es el caso de enfermedad tuberculosa en personas sin techo, indigentes que abandonan los servicios de urgencia antes de tener un diagnóstico,



donde hay una coordinación incluso con la policía municipal y los servicios de Madrid Salud para la localización de estas personas y, en su caso, el correcto diagnóstico y tratamiento. También la colaboración está muy especialmente establecida –y esto con todos los ayuntamientos de la Comunidad- con los brotes de origen alimentario; todo el apoyo a la investigación de estos brotes, y también en el ámbito de las enfermedades no transmisibles, en el Plan de Vigilancia y Control de los Efectos de las Olas de Calor y en el ámbito de las alertas de salud pública. Para todas estas actividades de epidemiología, los servicios municipales y el área de epidemiología de la Dirección General de Salud Pública tienen establecidas comisiones de trabajo conjuntas.

Otra área de trabajo es el área de promoción, prevención y educación para la salud. En este ámbito fundamentalmente se trabaja el programa para la prevención de las enfermedades transmisibles mediante vacunación, el programa de promoción de la salud en colectivos vulnerables y especialmente la elaboración del mapa de vulnerabilidad en salud. En este mapa de vulnerabilidad estamos trabajando estrechamente con el Ayuntamiento de Madrid en el grupo motor del mapa de vulnerabilidad del Ensanche de Vallecas, en la mesa sociosanitaria de San Blas, en el grupo motor del mapa de vulnerabilidad de Villaverde Alto, en la mesa de salud del distrito centro y en el mapa de recursos de Carabanchel Alto, donde están participando profesionales tanto de la Dirección General de Salud Pública como de la Dirección, que yo ostento, de los Centros de Salud de Atención Primaria.

Un tercer punto dentro del área de promoción es el plan de acciones de salud con población gitana de la Comunidad de Madrid. Es un programa específico del Ayuntamiento de Madrid que se desarrolla en algunos distritos en los que tienen más población gitana. Hay también un programa especial con Médicos sin Fronteras y con otras ONG como la Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid.

El quinto programa es el de promoción de la salud infanto-juvenil, donde especialmente nosotros abordamos el Plan de Mejora de Salud Bucodental en la zona de intervención preferente del Ensanche de Vallecas, aunque también se hace en otros distritos, si bien se hace fundamentalmente en este.

El sexto programa es el de promoción de la salud de las mujeres, en el que se ha diseñado y establecido un proyecto de promoción de salud de las mujeres implantado en el año 2013 en el Instituto municipal de San Cristóbal de los Ángeles, con una participación muy directa de la Dirección General de Salud Pública. En este programa también hay actuaciones relacionadas con la prevención y atención a la violencia de género, y dentro de este programa tenemos un área especial de colaboración con la Policía Municipal de Madrid; hay un grupo de trabajo de intercambio para la atención en los casos de violencia de género, donde actúa la policía municipal.

Como séptimo punto, las áreas de salud 1, 4, 5, 7 y 11 tienen establecidos mecanismos de colaboración con los centros municipales de salud del Ayuntamiento de Madrid en el desarrollo de actividades de promoción y de mesa de coordinación de intervenciones.

El tercer punto de trabajo es la sanidad ambiental. La Dirección General de Salud Pública ejerce el papel de autoridad sanitaria, en este caso en materia de sanidad ambiental, y el Ayuntamiento de Madrid es el que lleva a cabo las intervenciones que históricamente han venido desarrollando en materia de salubridad pública, particularmente en el control de agua potable y en el control de residuos y plagas.

La cuarta área de trabajo es la seguridad alimentaria. El Ayuntamiento de Madrid y el resto de ayuntamientos de la Comunidad realizan básicamente el control y vigilancia de los establecimientos ubicados en sus respectivos términos municipales, y fundamentalmente en los establecimientos de comercio al por menor y restauración, y la Comunidad de Madrid en el resto del territorios de ayuntamientos pequeños.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Director General, perdone, pero se está acabando su tiempo.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Termino, señora Presidenta. No obstante, al efecto de desarrollar un control oficial, se han desarrollado una serie de líneas de actuación conjunta creando comisiones al efecto.

En materia de drogodependencias, no me voy a alargar mucho pero se trabaja tanto en materia de evaluación e investigación con el Registro de Drogodependientes, con el Samur y Protección Civil en el indicador de urgencias por consumo de sustancias psicoactivas... Hay programas de prevención en drogodependencias: "Protegiéndote", "Innovamos", "Más familia", "Drogas o tú", "Actúa", etcétera; también formación continua de profesionales y, en materia de inspección e instrucción, el ejercicio de la potestad sancionadora a consecuencia de las denuncias formuladas por la policía municipal.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Director General, siento interrumpirle pero ha agotado sobradamente su tiempo. Muchas gracias. Tiene la palabra a continuación doña Mónica García.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Gracias, señora Presidenta. Si ya no me puede contestar no sé... También me gustaría que hubiera hecho una valoración de un programa que se ha hecho en el Ayuntamiento de Madrid, que se llama "Madrid sí cuida", en el que se ha dado publicidad y promoción a que no existe una exclusión sanitaria, lo cual contrasta bastante con nuestros centros de salud y hospitales, que siguen manteniendo ese cartel que dice que será imprescindible la presentación de la tarjeta sanitaria. Creo que deberíamos suscribirnos a la campaña de promoción de "Madrid sí cuida", en la que se promociona que en Madrid somos solidarios y tratamos y cuidamos a todo el mundo. Muchas gracias.

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

**PCOC-121/2016 RGEF.525. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre los planes del Gobierno para actualizar los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la Comunidad de Madrid, que fueron establecidos en septiembre de 2013.**

Tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias. En primer lugar, darle la enhorabuena, señora Presidenta. La pregunta que le hago hoy al Gobierno es sobre los planes que tiene para actualizar los precios públicos por prestación de servicios y actividades de naturaleza sanitaria en la red de centros del sistema de salud.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Freire. Señor Pascual, tiene la palabra. Le recuerdo que dispone de cinco minutos a repartir entre sus dos intervenciones. Muchas gracias.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señora Presidenta. Efectivamente, los precios públicos vienen ya recogidos en la Ley General de Sanidad, en el artículo 83 -no me voy a detener en el marco jurídico que lo regula-, y en la Ley de Tasas y Precios Públicos. En la Comunidad de Madrid, desde el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, en el que el Consejo de Gobierno los estableció, vienen fijados por la Orden 7/31, de 2013, que es la más actualizada, del Consejero de Sanidad, que fija los precios públicos por la prestación de los servicios, y, luego, el Acuerdo de 12 de junio de 2014, por el que el Consejo de Gobierno actualizó el catálogo de servicios, adecuándolo a algunas modificaciones que se habían hecho a nivel nacional. Los precios públicos, insisto, vienen recogidos en la Ley de Tasas y de Precios Públicos de la Comunidad de Madrid y están actualizados a 2013; se dirigen tanto a los asegurados o beneficiarios del sistema de seguridad que pertenecen a Muface, a los beneficiarios de convenios de colaboración y por accidentes de trabajo, por incidentes o enfermedades cubiertas por otras aseguradoras o por accidentes. La Orden 7/31, de 2013, mediante el Acuerdo de 12 de junio, fue actualizada en su momento por el Servicio Madrileño de Salud y la Consejería de Sanidad, y en este momento estamos realizando las actuaciones necesarias para la actualización de los precios públicos a partir de los sistemas de información existentes tanto a nivel de los servicios centrales como de los hospitales: CMBD, SIAE, SICAP, etcétera. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Pascual. Tiene la palabra a continuación el señor Freire para continuar con la réplica.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias. El interés de mi Grupo en preguntar por este tema es que, como usted sabe, en el intento de privatización del Gobierno del Partido Popular en la anterior Legislatura, uno de los temas más contenciosos fue la facturación intercentros, que era una pieza clave de todo el mecanismo diseñado y estaba basada en unos precios públicos que eran de 2009, cuando estábamos exactamente en 2013. Estamos ahora en 2016 y, como usted ha dicho, la última

norma de precios públicos es de 2013; por eso hemos presionado al Gobierno con esta pregunta, para que lo actualice en cuanto pueda.

Usted ha mencionado un acuerdo que, honestamente, desconozco, y me gustaría que me dijera en qué boletín oficial está publicado el Acuerdo de 12 de junio de 2014, porque el último del que yo tengo noción es el Acuerdo de 26 de noviembre de 2008, por el que se actualiza el catálogo de servicios y actividades de naturaleza sanitaria susceptibles de ser retribuidos mediante precios públicos. En este catálogo no figura un tipo de servicios que, sin embargo, tienen gran importancia y que le adelanto que mi Grupo se interesará en ello: son las actividades de formación que tienen lugar en instituciones del Sistema Madrileño de Salud, del Sermas, tanto pregrado como postgrado, sobre las cuales no tengo conocimiento, salvo que estén recogidas en este acuerdo al que se ha referido usted y que me gustaría que me referenciara porque no dispongo de él: el Acuerdo de junio de 2014; salvo que esté referenciado con las actividades, no dispongo de él.

Puestos a esto, me gustaría preguntarle si la próxima actualización de precios públicos la van a hacer pública, por ejemplo, en hoja de cálculo, como tiene el Ministerio y como tienen otras Administraciones, o si aquellos que queramos analizarlo tendremos que seguir recurriendo a sistemas ortopédicos.

Y, puestos ya a concretar cosas, me gustaría saber con qué procedimiento abordan ustedes la elaboración de los precios públicos, sobre qué base, qué contabilidad analítica hacen, qué acuerdos hacen con los precios públicos de otras Administraciones, qué planteamientos llevan al Consejo Interterritorial sobre la existencia de una tarifa de validez de precios públicos sanitarios para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Como usted sabe, hay un fondo de compensación por servicios intercomunitarios que, en buena lógica, se debía regir por una tarifa común; me gustaría que todo esto nos lo explicara y, sobre todo, que nos dijera si tiene el dato de cuánto es la facturación que realiza el Sermas tanto a terceros como la que se factura al Sermas en concepto de facturación intercentros en base a estas tarifas de precios públicos por los que me intereso. Muchas gracias.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias. El acuerdo de 12 de junio de 2014, del Consejo de Gobierno, por el que se actualiza el catálogo de servicios y actividades de naturaleza sanitaria susceptibles de ser retribuidos mediante precios públicos, está publicado en una página web; luego, gustosamente, tendré el placer de pasarle la referencia. (El Sr. **FREIRE CAMPO:** *No está en el BOCM.*).

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Y en él se recogen y actualizan los servicios y actividades susceptibles de ser retribuidos mediante precios públicos en el ámbito de la Comunidad de Madrid, y se añaden algunos

precios públicos para asistencias de interés: especializada, técnicos y procedimientos de diagnósticos, servicio de dispensación de productos de hemoterapia y transfusión que se incluyeron, servicios de unidades de referencia de enfermedades infecciosas y estudios genéticos, que no estaban incluidos. Los precios públicos se recogen en la normativa; los obtenemos a partir de los actualmente en vigor y el análisis de los sistemas de información analíticos del Servicio Madrileño de Salud, la comparación con otras comunidades autónomas, y la determinación se basa, insisto, en la utilización de los sistemas de contabilidad analítica.

Estamos trabajando, como le he dicho, para publicar este mismo año la actualización de precios públicos, incluyendo todas las actividades y, para ello, siguiendo el procedimiento de establecimiento, del acuerdo del Consejo de Gobierno, a propuesta de la Consejería de Sanidad, previo informe favorable de la Consejería de Hacienda, que valorará la procedencia de la propuesta. La fijación y modificación se realizará por orden del Consejero de Sanidad y, por tanto, se publicará tanto en el BOCM como en la página web, siendo accesible a todos. En tanto en cuanto no se actualicen los precios públicos en la prestación de servicios, en nuestra red sanitaria seguimos aplicando la normativa actualmente vigente. Y tengo que decirles que en el Consejo Interterritorial son todas las comunidades autónomas las que tienen que llegar al consenso de precios públicos, no solo la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señor Director General. Volveremos a contar con su presencia en el último punto del orden del día. Pasamos a continuación al siguiente punto.

**PCOC-122/2016 RGEF.526. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre el tratamiento que hace el Gobierno de las reclamaciones de pacientes y familiares en relación con los servicios del SERMAS.**

Llamo al estrado a comparecer al director general de Coordinación de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, don Julio Zarco. (*Pausa.*) Muchas gracias, señor Zarco; sea bienvenido a esta Comisión. Tiene la palabra a continuación el señor Freire, del Grupo Parlamentario Socialista.

El Sr. **FREIRE CAMPO:** Gracias, señora Presidenta. Solicitaría que la referencia a la que ha aludido el Director General que ha comparecido antes fuera enviada a todos los Grupos por correo electrónico; la referencia a la resolución de precios públicos.

La pregunta para este punto del orden del día es sobre el tratamiento que hace el Gobierno de las reclamaciones que hacen los pacientes y familiares en relación con los servicios del Sermas. Como usted sabe, hay una serie de normativas en la Comunidad Autónoma. Yo he solicitado información sobre ello. Esta información que me han dado es totalmente insuficiente e incompleta y, ciertamente, no cumple con la normativa que rige esto; por eso formulo esta pregunta al Gobierno.

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señor Freire. A continuación tiene la palabra el señor Zarco; le recuerdo que tiene cinco minutos a repartir entre sus dos intervenciones. Muchas gracias.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Zarco Rodríguez): Muchas gracias, señora Presidenta. Señorías, muchísimas gracias por haber tenido la deferencia de invitarme aquí para exponer un tema mollar e importante, como es el de las reclamaciones. Efectivamente, en la Dirección General que me compete dirigir hay una subdirección concreta, que es la Subdirección de Información y Atención al Paciente, que es la depositaria de las reclamaciones, es la encargada realmente de la gestión, supervisión y análisis de lo que se denominan sugerencias, quejas y reclamaciones de los ciudadanos respecto a las cuestiones relativas a derechos y obligaciones. No es mi intención, ya que dispongo de muy poquito tiempo, enumerar las funciones de esta Subdirección -las que tiene encomendadas, que son muy específicas-, pero, desde luego, tampoco me voy a extender citándoles toda la normativa de rango superior, que, como el señor Freire ha comentado, efectivamente asiste a la contestación de las reclamaciones. Realmente, tendríamos que comenzar desde la Constitución Española y finalizar con la Orden 605/2003, que es la que creo que es fundamental e interesante, por la que se desarrolla el sistema de sugerencias, quejas y reclamaciones de la Comunidad de Madrid, y a partir de la cual se estableció un sistema unificado de registro, clasificación y gestión de reclamaciones de los usuarios del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid.

Para comenzar, les informaré de que la resolución de las reclamaciones corresponde a los gerentes de los hospitales en el ámbito de la atención hospitalaria, y a los directores de los centros de salud en el caso del ámbito de la atención primaria; finalmente, las que hacen referencia a servicios centrales de la Consejería de Sanidad se centran en dos aspectos, en dos lugares: por una parte, en la Dirección General de Coordinación de Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, que es la dirección que tengo el honor de dirigir, principalmente en esta Subdirección de Información y Atención al Paciente y, por otra, en la Dirección General de Planificación, Investigación e Información, concretamente en la Subdirección General de Planificación Sanitaria y Aseguramiento.

Para que todo esto sea posible, lógicamente se tiene que mantener una cierta coordinación, una homogeneización, no solamente en el traspaso de información entre unos sectores y otros sino también para que sean respuestas homogéneas, lógicamente, y dar cumplimiento a las instrucciones y circulares del Servicio Madrileño de Salud. Asimismo, el área de atención al paciente y reclamaciones, de la Subdirección General de Información y Atención al Paciente, elabora anualmente una memoria de reclamaciones cuyos datos se publican en intranet, a disposición, lógicamente, de la Consejería de Sanidad y de todos los profesionales que la componen, para conocimiento de ellos, de su gobierno interno y de su ejercicio profesional. Las reclamaciones también son colgadas directamente en el Observatorio de Resultado, del Servicio Madrileño de Salud y, en tercer lugar, también se incluye en la memoria de nuestros hospitales. Por tanto, hay tres lugares realmente depositarios: tanto en la intranet, para los profesionales; tanto en la memoria de nuestros hospitales, como en el Observatorio de Resultados. Concretamente en el Observatorio de Resultados se publican los datos de las

reclamaciones por 10.000 actos asistenciales; son números globales, no están desglosados, es cierto, pero son datos por 10.000 actos asistenciales; desglosados cada uno de los hospitales y centros de salud del Servicio Madrileño de Salud.

Dicho esto, señorías, que la gestión y el análisis de las reclamaciones de los pacientes y familiares en relación con los servicios del Sermas son una prioridad de nuestra Consejería queda claramente demostrado si les digo que a los centros hospitalarios se les solicita anualmente -es decir, todos los años- en su contrato de gestión, la implementación de al menos tres acciones de mejora que tengan que ver con los motivos de reclamación obtenidos del resultado de su análisis; esto es sistemático, años tras año. Además, la Subdirección General de Información y Atención al Paciente realiza un análisis de la calidad de las respuestas a las reclamaciones de los usuarios con una periodicidad bienal.

Señor Freire, concretamente me había pedido usted datos. Pues bien, aunque se trata de datos provisionales, porque en muchas reclamaciones hasta el 31 de diciembre -tenemos un periodo de un mes- falta todavía el análisis fino, se pueden adelantar datos como los que les voy a presentar a ustedes: durante el año 2005, en los diferentes niveles asistenciales de la Consejería de Sanidad se han tramitado 60.648 reclamaciones frente a las 57.246 del 2014. Su distribución es: 41.128, en hospitales; 12.903, en atención primaria; 3.040 del Summa 112, y 3.577 de los servicios centrales de la Consejería de Sanidad. Es más, en el Summa concretamente se hace una división, como ustedes saben, de lo que es la asistencia urgente, lógicamente, la no incluida, digamos, en la atención de los centros de salud de atención primaria, y también en el transporte sanitario no urgente; se hace esa división.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Director General, se está acabando su tiempo.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN AL CIUDADANO Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Zarco Rodríguez): Entonces, le debo decir muy brevemente que, en general, en atención hospitalaria se mantienen, y en atención primaria y en Summa 112 los tres motivos más frecuentes de reclamaciones. En atención hospitalaria son: demora en consultas, disconformidad con la asistencia y concretamente, demora en pruebas diagnósticas. En atención primaria -y termino ya-: disconformidad con la asistencia, desacuerdo con la organización y normas, y también retraso en la atención. En el Summa: disconformidad con la asistencia, retraso en la atención y recursos materiales. Estos tres motivos de reclamación se mantienen a lo largo de estos últimos cinco años. Muchas gracias, señoría.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General. Ha agotado usted su tiempo; por lo tanto, paso la palabra al señor Freire para que concluya su intervención.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señor Director General. Mire, no ha respondido realmente a lo que yo preguntaba. Yo preguntaba sobre el tratamiento que tienen las reclamaciones de los pacientes en términos de análisis, en términos de respuesta, y como instrumento de buena gestión y de calidad de servicio. Usted se ha referido a una orden de hace trece años. Este es mi

quinto año en la Asamblea de Madrid y ya en la Legislatura anterior he preguntado por las memorias; las memorias no me las han dado por la sencilla razón de que no existen.

Usted ha mencionado la intranet. No sé quién tiene acceso a esa intranet, pero, de verdad, es una cosa ridícula, bochornosa, que usted diga que una memoria sobre reclamaciones de los pacientes está en intranet. Me gustaría, por favor, y se lo pido formalmente, que remitiera a la Comisión de Sanidad, no a mí únicamente, copia de esas memorias, por ejemplo, de la última Legislatura, que las he pedido. Usted hace referencia a esta orden de hace trece años. Le quiero señalar que la Comisión de Seguimiento y Evaluación de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones está absolutamente obsoleta y es imposible que se reúna a menos que ustedes hayan puesto sombreros que no existen. La composición de esta Comisión sencillamente hoy es imposible porque todo está cambiado, todo está cambiado.

Como le digo, desconozco que exista una memoria anual, y la he pedido. Y, mire usted, más recientemente, esto es de noviembre de 2015, (*Mostrando un documento.*) me responden ustedes, cuando pido "análisis que ha hecho el Sermas de las reclamaciones" -lo lógico sería remitir la memoria-, me mandan ustedes cuatro páginas que son, incluso con variaciones, los mismos datos que ponen en la página de la memoria de 2014.

He señalado más de una vez, y vuelvo a insistir en ello, que me parece que es una falta de respeto a los diputados este tipo de cosas. Si uno pide, como pido literalmente "análisis que ha hecho el Sermas de las reclamaciones y quejas habidas durante 2014", ustedes, si tienen una memoria, lo lógico es que me la hubieran enviado. Esto que me mandan ustedes es sencillamente una falta de respeto; así lo denuncié públicamente. Pido a la Presidenta de la Comisión que tome nota de ello y, ciertamente vayan preparando las memorias de los últimos cuatro años, porque se las voy a pedir. Me parece que esto es un escándalo. Si usted tiene unas normas y estas normas han cambiado, adaptenlas. La Orden 65/2003, de hace trece años, está obsoleta. Es imposible que se puedan reunir los miembros porque esos miembros han cambiado totalmente. Es una Orden de 2003, y todo lo que pone en ella, sencillamente, no lo pueden cumplir porque, como le digo, es obsoleto. Creo que con esto ha quedado demostrado lo que ha motivado que yo traiga este tema aquí: las reclamaciones de los pacientes en el Sermas no están siendo ni bien atendidas ni bien analizadas. Hoy mismo me ha llegado la respuesta que le dan a un paciente de Navalagamella -que no tienen pediatra- y, sencillamente, es totalmente insuficiente y es una respuesta muy insatisfactoria.

Le adelanto que por mi Grupo vamos a insistir extraordinariamente en este asunto, y me llama la atención que, siendo usted el responsable de una Unidad de Humanización, haciendo tanto énfasis en este tema el Consejo, los ciudadanos, a la hora de la verdad, en sus reclamaciones, quejas y sugerencias estén tan mal atendidos. Ninguna organización de servicios que se precie tendría el comportamiento que traducen ustedes con esto. No me ha dicho nada, por ejemplo, de cómo evalúan...

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Freire, se le está agotando su tiempo, por favor.



El Sr. **FREIRE CAMPO**: De cómo evalúan el porcentaje de pacientes que desisten de reclamar porque no sirve para nada. Alardean ustedes de satisfacción. Me gustaría saber cómo van a incluir en el futuro ese tipo de cuestiones. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Freire. Antes de que se levante el señor Zarco, simplemente decirle que ha aprovechado usted el tiempo de esta pregunta para pedir una documentación sobre la intervención anterior, y debo decirle que tiene usted un canal específico de petición de información en la Asamblea de Madrid y, por lo tanto, la petición que tenga que hacer de documentación hágala a través del "vehículo" adecuado. Señor Zarco, muchas gracias, esperamos verle pronto por aquí. Pasamos a continuación... *(El señor Freire Campo pide la palabra.)* ¿Sí, señor Freire?

El Sr. **FREIRE CAMPO**: En anteriores circunstancias similares en la Legislatura pasada, cuando un compareciente ofreció documentación a los diputados, se "vehiculizaba" a través de la Secretaría del Grupo Parlamentario; facilitaría las cosas. Sabe usted perfectamente que la información que yo pueda pedir por el canal oficial actualmente vigente tarda un mes.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Freire, yo dejo a la voluntad del señor Director General la entrega de documentación, pero no se va a "vehicular" oficialmente a través de esta Presidencia, pero el Director General me está diciendo que sí. Pasamos a continuación al siguiente punto del orden del día.

#### **Comparecencias con tramitación acumulada:**

**C-70(X)/2015 RGEF.2632. Comparecencia de la Ilma. Sra. Directora General de Planificación, Investigación y Formación, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre el desarrollo de sus competencias en la presente Legislatura. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).**

**C-155(X)/2015 RGEF.3125. Comparecencia del Ilmo. Sr. titular de la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación de la Consejería de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre el programa de Gobierno y cometidos de su competencia. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).**

**C-417(X)/2015 RGEF.4365. Comparecencia de la Ilma. Sra. Directora General de Planificación, Investigación y Formación, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre actuaciones y planes de futuro de su Dirección General. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).**

Llamo al estrado a comparecer a la directora general de Planificación, Investigación y Formación, doña Emilia Sánchez Chamorro. *(Pausa.)* Muchas gracias, señora Directora General; sea

bienvenida a esta Comisión. Paso a continuación la palabra a los diferentes Grupos que han pedido esta comparecencia para que, por tiempo de cinco minutos, justifiquen la misma. En primer lugar, tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, señor Álvarez, por tiempo máximo de cinco minutos.

El Sr. **ÁLVAREZ CABO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Bienvenida a esta Comisión y bienvenida también la señora Directora General de Planificación, Investigación y Formación. Tiene tres áreas que nos parecen absolutamente relevantes dentro de las competencias de la Consejería de Sanidad. Es una mezcla que a veces es difícil de entender porque la relación entre investigación y formación para nosotros es obvia; la planificación entendemos que tiene que estar en un plano superior, no en manos de una Dirección General, sobre todo, cuando la orden que especifica las competencias de su Dirección General habla de la distribución de recursos sanitarios en el ámbito de la Comunidad de Madrid. Nosotros entendemos que quizá esa posición debería desempeñarla el propio Consejero o el Viceconsejero, no una dirección general. Supongo que nos explicará cuáles son las razones por las cuáles esta competencia se ha atribuido a su Dirección General.

Nos parece muy relevante en este aspecto que por fin la Comunidad de Madrid disponga de una política de planificación sanitaria, que se ha echado en falta de manera significativa en las pasadas legislaturas. La creación de distintos hospitales públicos no obedecía a una planificación, por lo menos no a una planificación expresa y documentada, y parecía más responder a intereses electorales o a intereses políticos de otro tipo. Ojalá con la incorporación de esta competencia los recursos sanitarios públicos de Madrid se vean de forma conjunta y planificada, porque eso va a redundar en una equidad en el acceso a los servicios, sin duda, y también en la eficiencia del sistema sanitario público, que es una obligación de ustedes, como gestores, en este caso concreto, de la sanidad; es una obligación moral utilizar de forma adecuada y eficiente los recursos que ponen los ciudadanos a su disposición. Nos gustaría que en la explicación que diera sobre las competencias de su Dirección General nos explicara un poco sus previsiones en relación con la elaboración del plan de salud, señora Directora General.

La competencia de investigación a nosotros nos parece clave; de hecho, en el acuerdo de investidura, en dos puntos diferentes, a petición de Ciudadanos se menciona la necesidad de impulsar la inversión en investigación, desarrollo e innovación en Madrid con el objetivo de alcanzar un 2 por ciento del PIB, y sabemos todos que es uno de los motores en la investigación biomédica; por tanto, seguramente la Dirección General que usted dirige va a tener mucho que decir en este aspecto para el logro de este objetivo, que ya confieso que a nosotros nos parece un objetivo quizá poco ambicioso. El resultado en la negociación fue este, pero nosotros pretendíamos que la Comunidad de Madrid estuviera a la cabeza y por encima incluso de los objetivos que el horizonte 2020 establece para España, que es en torno al 2 por ciento. Pues Madrid se conforma con un 2 por ciento cuando tendría que estar por delante.

Otro aspecto en el que también hemos reflejado en el acuerdo de investidura nuestra preocupación es en el punto 51. Se comprometió el Gobierno de la señora Cifuentes a elaborar y

presentar en esta Cámara un plan regional de innovación en sanidad; plan regional que además en ese mismo punto se asocia también a la introducción de nuevos medicamentos en el ámbito de la Comunidad de Madrid, de acuerdo con los principios de equidad y de eficiencia. Esto también tiene mucho que ver con la planificación sanitaria.

Nos gustaría que en su exposición hiciera una referencia a cómo van las distintas fundaciones y los siete institutos de investigación acreditados que tiene la Comunidad de Madrid; cuáles son sus planes; qué ideas tiene en relación con la Fundación de Investigación en Atención Primaria. Estamos plenamente de acuerdo con la existencia de esta fundación, que coloca a Madrid en una muy buena posición en este ámbito, pero tiene que aclarar determinadas incertidumbres: de qué recursos va a disponer; si va a tener autonomía de gestión; de quién depende, porque, cuando se planteó, dependía básicamente, en aquel momento, de la Gerencia de Atención Primaria, y ahora depende de la Dirección General de Planificación. ¿Va a ser una dependencia orgánica y funcional? ¿Solamente orgánica? Nos gustaría que aclarara esta cuestión y que haga un referencia a cuáles van a ser las estrategias que va a emprender desde su Dirección General para aumentar la producción científica, para conseguir que por parte de las fundaciones de investigación se disponga de más recursos y, si tiene la oportunidad, que nos haga alguna referencia a cómo cree que va a influir en el ámbito de la Comunidad de Madrid el reciente cambio de la norma que regula los ensayos clínicos con medicamentos, que se ha aprobado en este mes de enero.

La formación también es otro aspecto clave de las instituciones sanitarias públicas. Madrid hace una formación muy amplia en todo lo que se refiere a la formación sanitaria especializada: médicos, biólogos, enfermeros, farmacéuticos, y ha estado en los últimos años a la cabeza; cuáles son sus planes en este aspecto y si tiene algún tipo de previsión en relación con la posible entrada de la troncalidad en los próximos años. Estoy haciendo referencias bastante genéricas. Lo que queremos en este tiempo del que va a disponer usted es que nos explique de manera detallada las competencias comprendidas dentro de su Dirección General y que, por favor, dé respuesta a estas preguntas y cuestiones que le he planteado. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Paso la palabra al portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, señor Freire, que va a hacer la introducción. Señor Freire, tiene la palabra por tiempo de cinco minutos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Brevísimamente. El motivo de la comparecencia es que explique los planes de trabajo en las tres grandes áreas; esto es todo lo que me gustaría que hiciera. Ciertamente sé que no es responsabilidad suya, porque la conozco, pero de nuevo insisto. Antes de pedir esta comparecencia -porque es imposible que en un cuarto de hora usted cuente lo que va a hacer con unas competencias tan amplias- he pedido el plan de trabajo de todas las Direcciones Generales, incluida la suya, sé que no es usted responsable de lo que me ha enviado el Gobierno, luego se lo pasare, pero esto es sencillamente de nuevo impresentable; espero recibir un plan de trabajo propiamente dicho y que ahora en su presentación sencillamente nos diga las prioridades que tienen las áreas de su responsabilidad. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Freire. A continuación tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Popular, señor Beltrán, por tiempo máximo de cinco minutos.

El Sr. **BELTRÁN PEDREIRA**: Buenas tardes. Queremos que, de forma muy sucinta, nos explique la Directora General por qué Madrid es líder en investigación científica y biomédica en España, por qué es líder en investigación en general y cuáles son los planes de la Consejería en relación con la planificación sanitaria, que está también a su cargo y que seguro que también tiene algo que ver en que esta Comunidad lidere todos los "rankings" españoles en materia sanitaria. Simplemente eso, señora Presidenta. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra doña Emilia Sánchez Chamorro por tiempo máximo de quince minutos para esta primera intervención. Muchas gracias.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN** (Sánchez Chamorro): Muchas gracias. Señora Presidenta, en primer lugar, quiero darle la enhorabuena por este nuevo puesto que va a desempeñar, imagino que con mucho entusiasmo, con todos nosotros. Lo primero que quiero decirles a todos ustedes es que no me va a dar tiempo a contestarles con tal minuciosidad como, por ejemplo, me pide el representante de Ciudadanos; lo intentaré. De todas maneras, como estoy segura de que vendré más veces a la Asamblea, les podré explicar tranquilamente todas aquellas cuestiones que ustedes consideren que deben saber.

La Dirección General de Planificación, Investigación y Formación tiene atribuidas la planificación sanitaria, el derecho a asistencia sanitaria, la ordenación y promoción de la investigación en el ámbito de las ciencias de la salud, la evaluación de tecnología sanitaria, la formación de grado, postgrado y continuada, la acreditación de todas las actividades docentes y también la acreditación de los centros sanitarios para docencia.

Hablaban del área de planificación sanitaria. A mí me parece que es un reto que tenemos por delante. Tenemos una Dirección General con un carácter transversal y, por lo tanto, afecta a todas las unidades de la Consejería y del Sermas. Pretendemos que la Dirección General sea identificada de manera inequívoca como la unidad referente en materia de planificación sanitaria; o sea, consideramos que la parte de Consejería es la parte planificadora y que la parte Sermas, la otra columna en la que se configura la sanidad en Madrid, sea la parte gestora. Por ello, nuestro objetivo es establecer una planificación como base de las actuaciones implantadas en nuestra región en el ámbito de la salud. Partiendo, lógicamente, del conocimiento de las necesidades sanitarias de nuestra población y caracterizando los recursos existentes queremos mejorar, claramente, las actuaciones de nuestro sistema y queremos garantizar la racionalización y la distribución de los recursos y, muy importante, la equidad de acceso de la población a los mismos. La planificación para nosotros, como les digo, es un reto. Estamos montando ahora mismo la unidad de planificación ya que es un ámbito nuevo que no tenía la extinta Dirección General de Planificación, Investigación e Infraestructuras Sanitarias, y queremos plantear adecuarlo en base a criterios de sostenibilidad y garantizando de manera continuada la evaluación de la provisión y calidad de los servicios existentes.

Por lo tanto, queremos elaborar un plan de salud moderno, operativo, realista y acorde con las necesidades sanitarias de nuestra región. El plan de salud yo no se lo puedo empezar a explicar ahora porque, si lo empiezo a explicar, no sigo, pero sí estamos trabajando en la definición de las líneas estratégicas de actuación que la Consejería quiere abordar en los próximos años. Y no queremos hacer esos bloques que los que nos hemos dedicado a la sanidad durante muchos años sabíamos que se hacían de los planes de salud, queremos hacer un plan ágil y partiendo de todo el trabajo previo de nuestros profesionales, que sabemos que han estado hace muy poco trabajando intensamente en todos los planes.

En cuanto al área de compras y evaluación tecnológica, la planificación centralizada -y vuelvo a decir que, como ven, somos un órgano planificador dentro de la Consejería de Sanidad de la alta tecnología- tiene como objetivo fundamental contar con una visión estratégica capaz de garantizar el acceso equitativo de los ciudadanos al equipamiento, el nivel tecnológico adecuado a la cartera de servicios de los diferentes centros sanitarios, la apuesta por la innovación tecnológica para anticiparnos a soluciones y asegurar la eficacia, eficiencia y seguridad de los recursos. Por supuesto, queremos plantear la planificación en dos pilares: en primer lugar, una correcta priorización de las necesidades y, en segundo lugar pero con la misma importancia, queremos contar con la participación de los profesionales, de las gerencias y los servicios clínicos, todos ellos deben estar integrados en el proceso; para ello, seguiremos coordinando a grupos de expertos que colaboran con nosotros tanto en la planificación de la adquisición centralizada como en la evaluación de la solvencia técnica de los equipos, como no puede ser de otra manera. Tenemos unos magníficos profesionales, yo creo que la mayor riqueza que tiene Madrid en el ámbito sanitario son sus profesionales y, lógicamente, nosotros vamos a trabajar y cuidarlos; nos van a cuidar ellos a nosotros y nosotros a ellos. Además del ahorro producido que, lógicamente, con la compra centralizada se produce, porque hay economías de escala por volumen de compra, la compra centralizada de los equipos de alta tecnología presenta, a nuestro parecer, las siguientes ventajas: permite obtener una visión global de todos los factores implicados, fomenta la equidad en la distribución de los recursos, ayuda al trabajo en equipo y a fomentar la multidisciplinaridad, enriquece la calidad técnica de los equipos por la mayor participación de los diferentes perfiles profesionales en la definición de sus características y favorece los cambios organizativos.

En el ámbito de la evaluación de las tecnologías, la unidad de la Consejería de Sanidad forma parte de la red nacional de agencias de evaluación de tecnología sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud y del Consejo de la red desde su creación. En el año 2016, en este ámbito estatal, nosotros tenemos asignados dos informes: el de evaluación relativa al equipo de mamografías por emisión de positrones y el análisis de la eficacia de las terapias contextuales en personas con trastorno mental grave. Asimismo, también queremos potenciar la unidad de evaluación de tecnologías para aumentar la participación de la Comunidad de Madrid en los trabajos en red, en la red de agencias de evaluación de tecnología sanitaria, y aumentar la presencia y la participación en proyectos internacionales. Como trabajos colaborativos podemos destacar el desarrollo de guías de práctica clínica y herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas, así como la implicación de los pacientes en la evaluación de tecnologías sanitarias.

En cuanto al área de aseguramiento, la gestión y el mantenimiento de la base de datos de la tarjeta sanitaria, el SIP-Cibeles -que no está en la plaza Cibeles; no está allí- no solo es la manera de acreditar y hacer efectivo el derecho a los pacientes a la asistencia sanitaria sino también la herramienta básica para todos los sistemas de información del Sermas y de la Consejería de Sanidad en su conjunto. Pero no estamos muy conformes con ella, queremos mejorarla, queremos mejorar la calidad de los datos, queremos hacer un plan de formación "on line" que permita acceder a un gran número de profesionales administrativos, sin olvidar la formación esencial; queremos trabajar mucho más y esta herramienta, que es magnífica, hay que actualizarla, hay que darle mucha más vida de la que tiene ahora mismo. Queremos además explorar otras herramientas de identificación de los pacientes distintas de la tarjeta sanitaria pero que garanticen la máxima seguridad en la identificación de los mismos. Nosotros, el equipo, lo denominamos "la tarjeta sin tarjeta"; vamos a ver cómo podemos hacer esto. Estamos orgullosos de nuestra agilidad en la tramitación de la tarjeta en general, porque son apenas siete días lo que tarda el ciudadano en recibirla desde que la solicita; sin embargo, como les digo, queremos trabajarlo, queremos simplificar los procedimientos, queremos hacer hincapié en evitar que el ciudadano tenga que presentar muchos documentos. Estamos en ello; no les digo que lo tengamos hecho, ni mucho menos, estamos trabajándolo.

En cuanto al aseguramiento, no les puedo decir nada más que hay una gran diversidad de población asegurada y de población atendida en la Comunidad de Madrid. Es muy diferente la Comunidad de Madrid, se nota que es la capital de España; tenemos a ciudadanos que trabajan en la Comisión Europea, tenemos a otras personas que tienen unas rentas altas, tenemos una gran variedad de situaciones. Lo que les quiero decir es que es muy compleja la gestión de nuestra tarjeta sanitaria y, aunque ya hemos dado acceso a la asistencia a los inmigrantes irregulares, queremos hacer una norma que facilite el acceso a los residentes extranjeros que estando en situación irregular se encuentren en situación de especial vulnerabilidad. Lo que tenemos que impedir o al menos minimizar es el turismo sanitario de las élites de países en desarrollo, siempre con el máximo respeto y cumplimiento de la legislación nacional y europea, como no puede ser de otra manera.

En el área de formación de grado, especializada y continuada, voy a tratar de aligerar y después, si quieren, me preguntan más. Nosotros, lógicamente, queremos colaborar en la formación universitaria de los futuros profesionales del sistema de salud y tenemos un trabajo intenso con todas las universidades de Madrid, que son muchas y variadas, y lo que queremos hacer es una planificación y reorganización de la distribución de los alumnos conforme con las capacidades de los centros y evitando situaciones en las que varias universidades compartan los mismos centros docentes, tal y como prevé a futuro la normativa estatal, que nos ha dado cuatro años por delante para organizarlo. Como les digo, es una tarea dura pero estamos en ello.

En cuanto al área de formación especializada, lo que les puedo decir es que estamos muy orgullosos de que seis residentes de los diez primeros MIR nos hayan elegido en 2015, entre ellos, los tres primeros. La verdad es que Madrid continúa siendo la primera opción desde hace muchos años cuando se trata de atraer a los mejores médicos, a los mejores especialistas en formación en Ciencias de la Salud de toda España. Durante el año 2015 gestionamos 3.300 solicitudes de rotaciones

externas porque queríamos ampliar el desarrollo de los objetivos y la mayoría de ellas orientadas hacia el extranjero, ¿por qué?, ¿esto qué es lo que implica? Una apuesta por la excelencia en la formación del capital humano del Sistema Nacional de Salud ya que no todos los MIR que formamos van a trabajar en el futuro en Madrid, van a trabajar en el resto del estado o incluso en el ámbito europeo. Lógicamente, tenemos prestigio, pero no nos engañemos, sabemos que tenemos que trabajar mucho más, no nos podemos quedar ahí disfrutando de que tenemos esta capacidad. Ahora mismo tenemos un reto, y es el nuevo marco normativo tras la publicación del real decreto sobre troncalidad y las áreas de capacitación específica. Tenemos que hacer que con el éxito de la troncalidad toda la estructura docente de la Comunidad de Madrid se adapte a las nuevas exigencias, tenemos que incorporar elementos de innovación docente, tenemos que trabajar en conjunto con el Ministerio, tenemos que elaborar un mapa docente de la formación especializada que permita la imprescindible acreditación y reacreditación global de centros, de hospitales, de centros de salud, de unidades docentes, tenemos que adaptarlo al sistema troncal, ver cuál es la capacidad docente y hacer un desarrollo plural de acuerdos de colaboración. No puedo dejar de mencionar, aunque estaría hablando horas y horas, que el pilar fundamental de la formación son los tutores y tenemos que establecer un sistema de acreditación y reacreditación de tutores vinculado al desarrollo profesional, no solamente darles un premio en el que solo esté el ámbito de formación sino que tiene que trabajarse en todo el ámbito de su actividad profesional, que puede ser en formación, en investigación, etcétera, lógicamente en el trípode de la excelencia. Queremos poner en marcha -ya lo tenemos bastante avanzado- un plan de formación de tutores que permita la mejora de sus competencias en este nuevo escenario de la troncalidad. Es un reto, es un reto.

En cuanto al área de formación continuada, durante 2015 hemos planificado casi 5.000 acciones formativas dirigidas a alrededor de 150.000 alumnos, con un número de horas de 64.000, con una tendencia creciente en número de actividades formativas y número de alumnos. Estas cifras proceden del plan general de formación continuada de esta Dirección y lógicamente no disponemos de datos de ejecución, estamos cerrando 2015 y, por otra parte, estamos abriendo 2016 pero tampoco les puedo decir nada porque estamos discutiendo, estamos discutiendo con todos los actores.

Queremos hacer un salto cualitativo en la gestión, queremos informatizar mucho más de lo que tenemos y queremos impulsar muy especialmente la colaboración con las universidades públicas de la Comunidad, no solo en la definición de acciones sino en la gestión de medios personales y materiales asociados a su desarrollo. También colaboraremos, como no puede ser de otra manera, con la Escuela Nacional de Sanidad, dependiente del Instituto de Salud Carlos III, organismo público de investigación adscrito al Ministerio de Economía y Competitividad, de labor reconocida en el campo docente, estableciendo un marco común de colaboración formativa para profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid y muy especialmente para hacer esa formación de los gestores sanitarios que esta Asamblea, por unanimidad, aprobó.

Queremos también introducir la docencia basada en la simulación. Esto daría para una pregunta oral. La parte de simulación queremos trabajarla en un centro, queremos recrear situaciones

con carácter docente especiales en las que intervengan múltiples profesionales sanitarios y se recreen situaciones críticas con maniquís con constante vitales.

En cuanto a la acreditación de la formación continuada, lo que queremos hacer es que la gestión sea más ágil y mejoremos el procedimiento. Queremos acreditar a proveedores de formación continuada con unos criterios establecidos previamente y unos créditos ya prefijados. Los proveedores se someterían –estamos trabajando en ello- a auditorías y renovaciones de la acreditación, se motivaría al proveedor a mejorar sus procedimientos y a asegurar la calidad; o sea, yo creo que ponemos encima de la mesa un elemento positivo de competitividad entre distintas agencias o personas que proveen de formación continuada. Por supuesto, como les he dicho siempre, nosotros nos basamos, fundamentalmente, en las universidades públicas y en la Escuela. De forma paralela, sí que les tengo que decir que tenemos que avanzar en la homologación que estamos actualmente haciendo entre organismos y países acreditadores en materia de formación continuada en el ámbito de la Unión Europea.

No hay que olvidar que disponemos de una biblioteca virtual para la actualización y la gestión del conocimiento en la que el número de usuarios no cesa de aumentar año tras año. Tenemos registrado, a 31 de diciembre, a 45.450 usuarios, frente a los 44.000 de 2014.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Directora General, solo quería recordarle que se está acabando su tiempo. Tendrá diez minutos después para concluir su intervención.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN** (Sánchez Chamorro): Gracias. Las descargas de artículo a texto completo han ascendido a más de un millón durante 2015.

En cuanto al área de la investigación sanitaria, esta sí quieren después la explico mucho más extensamente. Lógicamente, la Comunidad de Madrid, como nos decía el representante del PP en esta sala, cuenta con los elementos necesarios para ser líder en investigación sanitaria, en atención, seguridad y humanización del paciente y convertirse en referencia estatal y europea. Desde la Consejería estamos dando los pasos necesarios para que esta posibilidad, en nuestro ámbito, se convierta en una realidad. Este proceso necesitará del impulso de un conjunto de acciones coordinadas, en las que tienen que estar presentes los investigadores, los profesionales sanitarios, las fundaciones, los institutos y, por supuesto, debe contar con el imprescindible apoyo político, que en la sala he creído detectar que vamos a tener. Estoy firmemente convencida de ello.

Gran parte de la actividad investigadora que se desarrolla en el ámbito sanitario se realiza a través de las fundaciones. Esta actividad está integrada en varias líneas, desde la investigación básica hasta la investigación clínica, la investigación epidemiológica y la investigación en servicios de salud. En la Comunidad contamos con 9 institutos de investigación sanitaria, 8 de ellos, de los 26 que hay a nivel estatal, ya están acreditados por el Instituto de Salud Carlos III tras superar un proceso de acreditación.



La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Sánchez, le tengo que decir que vaya terminando; le doy veinte segundos más para que concluya.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN** (Sánchez Chamorro): En la actualidad hay 300 grupos de investigación que realizan su trabajo en los hospitales madrileños y más de 4.500 investigadores dedican todo su tiempo a la investigación.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Luego, podrá usted concluir otra vez. A continuación pasamos la palabra a los diferentes Grupos Parlamentarios, que, por tiempo máximo de diez minutos, podrán hacer sus intervenciones. En primer lugar, tiene la palabra el Grupo Parlamentario de Ciudadanos por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **ÁLVAREZ CABO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Gracias, señora Directora General por sus explicaciones. Hay determinados aspectos que confieso que nos ha agrado escuchar: el énfasis que ha hecho en todo lo tiene que ver con la necesidad de planificar, con la necesidad de que esa planificación obedezca a unos criterios de equidad y de eficiencia, que se vaya a contar con los profesionales como elemento clave en la planificación y que introduzca los aspectos que yo creo que ha faltado en los últimos años: un nivel de autocrítica –se lo elogio- y ha hecho varias referencias también a la necesidad de evaluar. Desde luego, si esos principios los lleva a cabo en el desarrollo de sus actividades, nos va a tener a su lado, apoyándola, sin duda.

Siguiendo un poco el esquema de las competencias que usted ha ido desgranando -es verdad, tiene toda la razón, con quince minutos, a pesar de que disponga de un turno adicional de diez minutos, seguro que nos vamos a quedar insatisfechos porque va a haber muchas cuestiones que no va a tener ocasión de tratar y de explicar- me gustaría que hiciera alguna referencia a si se van a considerar en el Plan de Salud, que no le pido que lo desarrolle, todos aquellos determinantes sociales que están explicando la distinta distribución de la morbimortalidad en el territorio de la Comunidad de Madrid, que tiene mucho que ver con las diferencias en el nivel de renta, la ocupación, en el nivel de educación de los ciudadanos, que entiendo que se van a considerar en el Plan, pero nos gustaría que hiciera, aunque sea de forma breve, alguna referencia de hasta qué punto van a incorporar esta cuestión.

Algo absolutamente necesario desde la perspectiva de Ciudadanos es la reordenación de los servicios de atención especializada, y muy significativamente aquellas especialidades muy complejas -estoy pensando en especialidades del ámbito quirúrgico- cuyos resultados están muy ligados al volumen de pacientes atendidos. Y en eso podremos incluir a lo mejor -y ya sé que es tema controvertido, que exige una reflexión muy profunda- lo que tiene que ver con los centros que están acreditados y que realizan trasplantes en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Yo creo que es una obligación de los poderes públicos proporcionar servicios de calidad y de manera eficiente, garantizando que los circuitos de derivación existentes en el seno de la Comunidad de Madrid no supongan una barrera adicional; no hay diferencias en cuanto al acceso. Le sugiero que

haga alguna referencia a esta cuestión y, si no lo había incorporado a sus prioridades, que lo haga, porque va a ser una cuestión que vamos a demandar sin duda a lo largo de la Legislatura todo lo que tiene que ver con la planificación de los servicios de alta especialización.

¿Cuándo vamos a disponer, en este ámbito de la planificación y de la tarjeta sanitaria, de una norma, que usted ha anunciado, para los ciudadanos extranjeros en situación irregular? Nos gustaría que en la respuesta concretara. Ya sé que es una norma, pero la norma se anunció en los meses de verano, cuando tuvimos ocasión de debatir esta cuestión. Creo que debe ser un compromiso claro por parte de su Dirección General el dar una fecha determinada.

No ha hecho ninguna referencia al Plan Regional de Innovación en Sanidad. No quiero que se zafe, que se marche, sin dar respuesta. (La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INFORMACIÓN Y FORMACIÓN: No lo haré.**) Perfecto; pues espero que en los diez minutos siguientes por lo menos dé una pincelada y esboce un calendario de presentación de ese plan en esta Asamblea.

En cuanto a la Fundación de Atención Primaria, si tiene ocasión de hablar de investigación, le sugeriría que nos explicara un poco más cuáles son sus planes de futuro, cómo se va a reforzar esta fundación, porque a nosotros nos parece imprescindible y es de las pioneras de España -creo recordar que es la segunda-. También se prevé en el proceso de reacreditación de alguno de los institutos de investigación que están en curso, entre ellos Ramón y Cajal, alguna dificultad, y si por parte de la Consejería, aparte de estos institutos que hay en marcha, de los que algunos están reacreditándose, como digo, se tiene idea de incorporar nuevos institutos o le parece que el escenario actual de institutos, acreditados por el Instituto de Salud Carlos III es razonable para el potencial científico de Madrid.

En relación con la colaboración en la evaluación de tecnologías sanitarias, le voy a hacer un pequeño reparo. Usted nos ha mencionado dos áreas concretas en las que están trabajando: la unidad PET-TAC, y algo relacionado con salud mental. En la memoria de los presupuestos generales de la Comunidad de Madrid se habla de tres informes de evaluación; no sé si es un informe que hacen con carácter interno y no en el ámbito de la red de agencias de evaluación sanitaria, pero se dice expresamente en los presupuestos aprobados por la Asamblea y que hay tres informes de evaluación planificados para el año 2016, me gustaría que nos explicara cuál es ese tercero.

La adquisición de equipos de alta tecnología. La verdad es que el presupuesto que tiene no es muy grande; estamos hablando de algo más de 2 millones de euros. ¿En qué va a centrar el tiro, si me permite la expresión? Esos 2,3 millones de euros que se van a dedicar a la alta tecnología, ¿en qué los van a concentrar? ¿Qué han priorizado ustedes?

Es muy importante difundir toda la evaluación que se ha hecho en red. Me da la impresión de que los profesionales no conocen suficientemente todos los informes de evaluación, a los que ha contribuido Madrid con el resto de comunidades autónomas, y todavía eso no se ha incorporado suficientemente ni en la práctica clínica ni en la organización de los centros sanitarios públicos.

En relación con la formación sanitaria de la Comunidad de Madrid, ya nos ha hecho usted una referencia a los resultados MIR, que, evidentemente, son excelentes, y yo creo que esa es una línea de trabajo en la que hay que profundizar. ¿Van, en relación con esta parte de la formación continuada de los tutores, a crear un plan de reconocimiento profesional? ¿Van a promover que los distintos servicios donde están tutores dispongan de un tiempo específico? ¿Va a ser una pauta sugerida desde la Consejería que se libere parcialmente la asistencia a los tutores para dar servicio a sus tutelados, a los residentes en este caso, o se va a dejar eso en manos de los centros? Lo digo porque es una cuestión que siempre se ha planteado de manera abierta a los centros y a veces genera una cierta controversia; por lo tanto, sería bueno que hubiera una pauta.

En relación con la formación continuada, nos parece muy bien que incorpore la colaboración con las universidades públicas. Yo he echado en falta también una colaboración más estrecha en este aspecto con las fundaciones de investigación. Una de las áreas donde siempre hay demanda por parte de los profesionales sanitarios en formación es todo lo que tiene que ver con la metodología de la investigación y, si consigue aunar una formación en metodología e investigación con los planes de formación continuada, posiblemente a medio plazo Madrid recoja los frutos de contar con más profesionales con una formación en este campo de la investigación.

Respecto a algunos aspectos de la formación sanitaria en general, desde el punto de vista de formación de grado Madrid está bien dotada; pero en el caso de aquellas profesiones sanitarias que tienen una formación de grado medio -y estoy pensando, por ejemplo, en una formación como la de técnicos de emergencias sanitarias, que recientemente se ha incorporado como categoría laboral por parte de la Consejería-, en el momento actual no hay ningún instituto público que oferte esta formación. Y, si se apuesta por parte de la Consejería en la formación en centros públicos, lo que quiero recordar es que no abandone ninguna de las profesiones sanitarias, máxime cuando ya son categorías profesionales incorporadas al elenco de profesionales del Sermas.

En relación con la atracción de profesionales de otros países, que muchos vienen a formarse, ya sé que es una competencia que excede del ámbito de la Comunidad de Madrid, pero estamos formando, y en algunos años ha habido hasta un 40 por ciento de residentes extracomunitarios en algunos centros. Es un talento que se desaprovecha, y yo no sé qué se puede hacer desde la Dirección General; pero, desde luego, esa sería un área de desarrollo, no teniendo que recurrir a subterfugios intentando que la gente obtenga una nacionalidad por una vía rápida. Lo importante es que, ya que formamos con dinero público a profesionales que pueden dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos, nos intentemos aprovechar de esa inversión en conocimiento y en formación que ha hecho el sistema sanitario madrileño en este caso.

Ha hecho referencia también en la formación continuada a la biblioteca virtual. Nos complace que haya un incremento del número de usuarios, del número de descargas. ¿Se ha resuelto satisfactoriamente todo lo relacionado con la financiación de la biblioteca? Como usted sabe, yo he estado en un centro sanitario público durante mucho tiempo y había continuamente un tira y afloja entre los servicios centrales del Sermas de los distintos centros hospitalarios para ver qué contribución

se hacía a la financiación de la biblioteca; ojalá nos pueda decir usted que esto ha pasado a la historia y que la financiación es clara, es transparente, es suficiente, y no implica una pugna entre distintas partes del sistema sanitario.

Creo que con estas pequeñas pinceladas y lo que tenga a bien contarnos, tiene mucho que decir en el siguiente turno. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Álvarez. Tiene la palabra la representante del Grupo Parlamentario Podemos, señora San José, por un tiempo máximo de diez minutos. Muchas gracias.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Muchas gracias, señora Presidenta, y bienvenida a esta Comisión. También muchas gracias a la Directora General por su exposición. Lleva razón en que tiene muchas competencias y variadas, y es lógico -y lo comprendemos- que no le haya dado tiempo; por eso, nosotras también vamos solo a señalar lo que nos parece más sobresaliente de lo que en una primera intervención de sus competencias podríamos hacer. Lo primero que nos sorprende -pero, bueno, lo ha reconocido; todo hay que decirlo- es que no ha existido planificación, cuando muchas veces hemos reclamado que el Servicio Madrileño de Salud no contaba con esto ni con quién podía - con esa inteligencia sanitaria- llevarlo a cabo, como hacía la Dirección General de Salud Pública, que desapareció. Comprendo además que, por eso, la planificación se llevará a caballo entre diferentes Direcciones de la Consejería; pero respecto a esa planificación y, sobre todo, a esa elaboración del Plan de Salud -que lleva razón, que no nos ha podido detallar-, pienso que la orientación debiera ser la de -lo ha dicho usted- conseguir esa equidad. Pero hay algo más: creo que la orientación debiera estar -también lo ha dicho el portavoz de Ciudadanos- basada en esos determinantes en salud que sabemos hoy día que determinan nuestra salud y ide qué manera!, porque seguimos teniendo unas desigualdades entre las diferentes zonas de la Comunidad de Madrid verdaderamente tremendas que habrá que tener en cuenta precisamente en ese diseño, en esas prioridades del plan de salud.

Tenemos, además, todo lo que tiene que ver con la reordenación de los servicios, zonificación sanitaria, etcétera. Es verdad que no salieron nuestras enmiendas, pero pensamos que en parte adolece de esa falta de organización, y pensamos en el área única. Creemos que, sin una territorialización -aunque no lo llame nadie así y aunque quizás vamos avanzando en organizar esas direcciones asistenciales de atención primaria-, mi Grupo Parlamentario apostaría porque fuera hecha una territorialización ya que, si no, no va a haber una buena organización, gestión y atención sanitaria, en definitiva, del Servicio Madrileño.

Hablando del aseguramiento sanitario, creemos que aquí seguimos teniendo un problema, porque es verdad que hubo un tipo de instrucciones... Primero fueron unas cartas del Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria en verano; pero, a día de hoy, tanto los centros de atención primaria como los hospitales no tienen... Si uno le pregunta al primer filtro que pasan los pacientes cuando llegan a esas unidades administrativas si tienen una clara norma para la atención a aquellos pacientes sin tarjeta, la confusión es grande. Por una parte, siguen existiendo carteles que exigen

tener tarjeta sanitaria y estos hay que retirarlos porque, según la Ley 16/2012, hay excepciones a eso y, si seguimos manteniendo esos carteles, eso, como mínimo, es disuasor, ¡es disuasor!, y hay obligación en esas excepciones que marcaba la ley a la que me he referido, con lo cual, eso hay que evitarlo y hay que dar normas claras a esos servicios de administración y atención a los pacientes, porque todavía hoy día, como bien sabrá, no se atiende a todo el mundo que lo requiere en las urgencias y, si se les atiende, se les factura, ¡se les factura!, y creo que esto es faltar a toda la normativa vigente.

También se ha referido usted a la evaluación de tecnologías sanitarias, tanto las guías prácticas clínicas y la evaluación de las tecnologías sanitarias. Una cosa sobre las guías de prácticas clínicas. Aquí no parece que hay que prestar mucha atención, ser exquisito en su elaboración, porque, más de una vez guías que tienen una importancia y una extensión grande entre todos los profesionales del Servicio Madrileño tienen conflicto de intereses, y eso hay que tenerlo en cuenta y superarlo. No se pueden extender guías de la práctica clínica con importantes conflictos de intereses.

El tema al que usted se ha referido de evaluación de tecnologías sanitarias, que se refería a que pertenecen a las agencias de evaluación de las tecnologías, sí que nos gustaría, sobre todo porque nos acordamos de cómo se lleva a cabo de manera tan deficitaria en Madrid, si tiene ocasión que se refiriera a cómo lo llevan a cabo, con qué recursos cuentan, etcétera.

Tenemos el tema de la formación continuada. Vamos ver, nosotros, en cuanto a la formación continuada, pensamos básicamente –y es una cosa a la que creo que hay que prestar atención y hay que evitarlo en gran manera- que está en manos de la industria farmacéutica, no sabemos si por falta de interés o por no tener verdadera preocupación; me refiero a la formación continuada de todos los profesionales del Servicio Madrileño, que mayoritariamente, muy mayoritariamente, reside en la que da la industria farmacéutica. Es un problema que los profesionales no tengan organismos públicos que de manera independiente les formen, y les formen en sus necesidades reales, y les formen de manera integral y les formen en las horas de su jornada, no que luego tengan que, de manera voluntaria, entregar horas y horas de su ocio. Eso requiere que no olvidemos ninguno de los profesionales de nuestro Servicio Madrileño de Salud: los médicos, el personal de enfermería, las personas de los servicios de administración y atención al paciente, que, como decía, carecen de la formación que debieran en cuanto a la atención de esas personas que no tienen tarjeta, como, por ejemplo, que se acuerden de los servicios de urgencia. Este personal, de manera muy importante, tiene que pagar –y no todo el mundo puede ni desea hacerlo de esa manera- su formación continuada; me refiero lo mismo a un médico que a un técnico en emergencia sanitaria. Entonces, debemos contar en el Sermas con un organismo, como digo, público.

Aquí también querría hacer referencia a que hay convenios entre hospitales públicos y universidad privada, y nos parece que más de una vez se dan irregularidades entre la dedicación de los profesionales de los hospitales públicos a la universidad privada, sobre todo en horario de su jornada laboral, y ahí también me gustaría, si puede, que puntualizase cómo son esos convenios con las universidades privadas.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora San José, su tiempo se está acabando; le ruego que vaya concluyendo, por favor.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Me quería referir a la investigación. Lleva razón en la importancia, y el Consejero lo ha dicho más de una vez; pero pensamos que, aunque depende de la Consejería, es verdaderamente un descontrol el que tenemos entre todas las fundaciones de cada centro o instituto. Nosotros apostaríamos ahí por que hubiera una única fundación de investigación que reuniera a todas; ganaríamos en competencia y en tener los mismos criterios, con una carrera investigadora y dando una estabilidad a los investigadores dentro de la sanidad pública. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra, por tiempo máximo de diez minutos, el señor Freire, del Grupo Parlamentario Socialista.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Gracias, señora Directora General. Tiene usted una de las tareas más complejas, al mismo tiempo apasionantes, de la sanidad de Madrid, y ciertamente, al menos en un área tan importante como formación, tiene usted una experiencia que garantiza un buen desempeño. Como le he dicho al principio, usted tiene unas tareas muy complejas, muy amplias y, ciertamente, en un cuarto de hora es difícil presentarlo; por eso, antes de iniciar o solicitar estas comparecencias, he pedido por escrito el plan. Y voy a insistir en ello porque, aunque usted ha comentado muchos de los objetivos que se plantean, evidentemente no puede tratarlos todos, ni siquiera enumerarlos, y mucho menos calendarizarlos. Esto, de un lado.

De otro lado, usted asume una responsabilidad en un área muy importante, que ha sido posiblemente el área más deforestada que ha tenido el Gobierno del Partido Popular en sanidad durante estos años. La planificación ha brillado por su ausencia. Laín Entralgo pereció en 2012. No hay evaluación. En definitiva, es un área, como le digo, deforestada. Entonces, le toca a usted repoblar esto. Y las especies más importantes para esta repoblación son personas con conocimiento experto; conocimiento experto en áreas en las que nuestro país no está muy sobrado, como es, por ejemplo, evaluación y planificación. Son demasiados años en los que no se ha planificado, en los que no se ha evaluado, en los que no se ha analizado. Esta es una Administración ágrafa, se lo puedo asegurar. Cuando usted compara la Administración madrileña de sanidad con comunidades autónomas grandes, como Andalucía, Valencia, Galicia, Cataluña, País Vasco, esta es una Administración, como le digo, ágrafa, y parecería que totalmente anencefálica. Déjeme que se lo diga así de claro. Esto significa que tiene usted un reto muy importante de lograr atraer talento, de lograr contar con el talento que ya existe, quizá fuera de la Administración pero no fuera del sector público, por ejemplo en las universidades de Madrid, y esto es posiblemente uno de los retos más complejos que tiene usted.

Puestos a repasar algunos de los temas, indudablemente cabría un comentario, que no voy a hacer porque no se corresponde con su responsabilidad, porque usted se ha encontrado un organigrama hecho, un organigrama en el que se ha puesto una competencia tan compleja y tan

horizontal como es planificación, al lado de otras competencias o responsabilidades que, bueno, tienen una relación, pero diríamos que son diferentes.

Por ir a algún campo, en planificación hay varios aspectos muy puntuales y algún ruego. Un ruego muy concreto de mi Grupo es que haga públicos los planes estratégicos que se desarrollaron en la Legislatura pasada para todas las especialidades. Algunos de nosotros tenemos casi todos, pero los tenemos por la vía por los cuales la oposición nunca debiera tener ningún documento, y es porque hay amigos que se los pasan. Una Administración transparente, y de nuevo la transparencia es uno de los puntos en los que le voy a insistir, pondría esto. Ha mencionado el plan de salud. Un plan de salud que se precie, y usted esto lo sabe, es un plan participativo, abierto desde el comienzo. No es algo que se entrega, es algo desde el comienzo, y es de una gran importancia.

En planificación hay un asunto que ha sido ya mencionado, que es de una gran trascendencia: la Administración de la sanidad de Madrid está descapitalizada. Necesitamos un plan de inversión; un plan de inversión de reposición para poner la sanidad en la frontera tecnológica en no pocas áreas. Evidentemente, esto puede implicar, e implica necesariamente, algo que, por ejemplo, está haciendo la Administración sanitaria catalana en estos momentos, que es planificar alta especialidad. Tendría también, claramente, que responder a las necesidades, y no sé cómo puede ser esto en la estructura compleja que se han dado en el organigrama, cómo puede, por ejemplo, llevar su Dirección General los aspectos de planificación de servicios territorializados, por ejemplo, dónde es necesario un centro de salud o la delimitación geográfico-profesional de las distintas zonas de referencia. En fin, son complejidades que, decididamente, deseo que le salgan bien, pero son complejas. Por resumir: planes estratégicos, plan de inversión y, ciertamente, recursos humanos, dotaciones; es decir, ahí hay toda un área en la que algo habrá que plantear.

En el área de formación usted es experta y simplemente quiero insistir en un par de cosas; una ya ha sido mencionada. En Madrid tiene las áreas de precualificación, postgrado, sobre todo la formación especializada y formación continuada. Quería insistir en que explore la posibilidad de formar especialistas de excelencia en algún área. Me refiero, por ejemplo, a médicos residentes que tengan oportunidad de subspecializarse en áreas específicas, de dotar becas, por ejemplo, en el área de salud pública, administración sanitaria y evaluación; becas quizá en combinación con algunas instituciones como hubo en el pasado: British Council, Fulbright, que permitan, como están haciendo algunas comunidades autónomas, que Madrid se incorpore a la frontera de conocimiento en áreas que, como le digo, por ejemplo, en evaluación, requiere una dedicación especial.

Sobre pregrado le llamo la atención sobre algunas de las cosas que están pasando en universidades privadas, por ejemplo, el número de alumnos que tienen en especialidades como odontología. Si habla usted con el Colegio de Odontólogos le darán datos sobre esto.

Otro aspecto en el que ha insistido la portavoz de Podemos es la relación entre centros sanitarios públicos y universidades privadas. Antes he mencionado un aspecto relacionado con las tarifas o precios públicos que en esto debiera haber y la transparencia que debiera haber. Aprovecho

para un paréntesis en relación con la calidad y la atención a los pacientes que son atendidos o que tienen relación con alumnos. Este es un tema de especial sensibilidad que nunca ha sido bien desarrollado; me refiero a que los pacientes que son atendidos por alumnos han de contar también con consentimiento informado, al menos una petición expresa de decirle: ¿le importa que...? Porque hemos tenido quejas en mi Grupo en relación con esto. Pero, como digo, tiene usted tantos temas, que es muy difícil repasarlos uno a uno.

Por tocar investigación, ciertamente –ya ha sido mencionado-, la necesidad de adaptarse al Decreto 1090, recientemente publicado, sobre investigación. Pero de nuevo, por ejemplo en temas de transparencia, he intentado ver quiénes están en el Comité Ético de Investigación Clínica Regional y no he podido verlo, sin embargo he podido constatar quiénes forman el comité del País Vasco o de Andalucía. Es importante que esto conste.

Tiene además algunos agujeros que ya comenté en los presupuestos y ciertamente me gustaría tener respuesta. La fundación de La Paz y la fundación de La Princesa no figuran en los presupuestos que hemos aprobado. Me gustaría saber cómo se ata eso, porque además usted los sabía. ¿Qué ha pasado con eso? La fundación de La Paz y la fundación de La Princesa no están en los presupuestos.

En relación con estas fundaciones, ¿es usted consciente de los problemas que se plantean de control y de transparencia en ellas?

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Freire, su tiempo se va acabando; vaya concluyendo, por favor.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Por lo tanto, sencillamente, quiero insistir. En primer lugar, tiene usted todo el apoyo que le pueda dar mi Grupo para los planes que ha mencionado. Ha manifestado usted una visión que concuerda con las prioridades que tenemos y sencillamente esperamos a lo largo de la Legislatura detallar los aspectos concretos de lo que lleva entre sus competencias. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Para terminar las intervenciones de los Grupos Parlamentarios, tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Popular, señor Beltrán, por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **BELTRÁN PEDREIRA**: Muchas gracias, señora Presidenta. Señora Directora General, gracias por sus explicaciones y por sus proyectos que nos ha expuesto aquí; algunos de ellos ya están siendo realidad en esa Dirección que abarca desde la planificación hasta la investigación y que no es, como diríamos vulgarmente, moco de pavo, pero que sin duda, como se ha dicho aquí por los portavoces de la oposición, es un reto muy importante.

Nosotros, contrariamente a lo que dice la oposición, creemos que ha habido planificación. Puede ser que no haya habido toda la que les guste a los señores de la oposición, que yo creo que lo



que les encanta es ver las cosas en las páginas web o ver informes muy sesudos, pero las realidades luego son las que son, y lo que quieren los ciudadanos son resultados, no quieren informes de planificación muy bonitos, muy bien editados, y hechos por grandes especialistas; lo que quieren son realidades; lo que quiere el ciudadano es que se le atienda bien. Eso es lo que hace la Comunidad de Madrid. Contrariamente a lo que dice el Grupo Podemos, la Comunidad de Madrid sí cuida a los ciudadanos y lo hace de forma constante. Por lo tanto, podemos decir que hay una continuidad asistencial durante todos estos años, y creo que se olvida un factor importantísimo que es clave en lo que es objeto de su competencia: no ha hablado ninguno de los portavoces de presupuestos, de dotaciones presupuestarias, de disponibilidad presupuestaria...

Parece que estos años anteriores han sido años de abundancia económica, de ingresos por todas partes, etcétera, etcétera, pero insisto, como he insistido en otras comisiones, hemos tenido que priorizar y hemos tenido que hacer ejercicios difíciles, políticamente hablando, porque han sido incomprendidos por parte de la oposición, por supuesto, pero, sin duda alguna, también por parte de los ciudadanos. Y eso no ha sido, desde el punto de vista político, plato de gusto para el Partido Popular ni para los Gobiernos de la Comunidad de Madrid, sino que ha venido forzado por las circunstancias económicas excepcionales. Y, por lo tanto, cuando uno va a planificar lo primero que tiene que saber es en qué escenario presupuestario se va a mover porque, si no, flaco favor le hacemos a la planificación por muy bonita que sea, por muy florida que sea y por muy bien que aparezca en muchas páginas web -yo veo muchísimas en planificación sanitaria-, pero luego la realidad es la que es; y entonces hay que pasar siempre de las musas al teatro, que es lo que nos exigen los ciudadanos.

Yo no entraré en el debate de Podemos, ya hemos aclarado suficientemente la cuestión de la tarjeta sanitaria. Creo que huelga ya aclararlo más en esta Comisión y cuál es el papel que lleva a cabo la Administración de la Comunidad de Madrid al respecto; lo hemos dicho ya en distintos Plenos y en distintas comisiones.

También se obvia por parte de la oposición que Madrid es un centro no solamente de referencia en temas de investigación, sino también de foros de ciencia y tecnología, de congresos, seminarios internacionales, nacionales, sociedades científicas nacionales, también internacionales, etcétera. Todo eso redundante, sin duda alguna, en que nuestra Comunidad tenga ese nivel, insisto, a pesar de las dificultades. Porque no vamos a obviar que ha habido muchas dificultades estos años: ha habido investigadores que no han tenido los medios suficientes para investigar; ha habido también -y lo reconocemos desde el Grupo Parlamentario Popular- investigadores que se han tenido que ir al extranjero, que no han podido tampoco desarrollar aquí toda su formación y su saber científico, y eso nos duele como ciudadanos y también como españoles que somos, pero también lo reconocemos.

Lo que nos gustaría es que, a partir de ahora, también podamos tener los medios suficientes y disponer de ese presupuesto que nos garantice que la investigación va a seguir progresando y que nuestro país siga también prosperando, no solamente entre comunidades autónomas, sino en el ámbito internacional. Porque, claro, cuando uno lee en cualquier revista científica que, por ejemplo,

Cataluña produce más artículos científicos o puede producir más –digo en general, no me refiero a la investigación en el ámbito sanitario- que Alemania, pero la cuestión está luego para el ciudadano en saber qué aplicabilidad ha tenido en la práctica; es decir, uno puede producir mucha teoría pero luego la cuestión básica es cómo se traslada esa teoría a la práctica del día a día y qué beneficio reporta para los ciudadanos, que son, al final, los destinatarios de toda esa investigación.

A nosotros no nos parece mal –y también se ha obviado aquí- la colaboración público-privada en materia científica. Hay mucha investigación por parte de la industria privada médica, farmacéutica y demás que también es de vital importancia para la Comunidad de Madrid que tiene también especial interés en que siga desarrollándose y que Madrid sea un polo de atracción para la investigación en este ámbito. Se ha mencionado aquí la preferencia de los MIR por la Comunidad de Madrid y por la sanidad madrileña, ipor algo será! No voy a incidir más, creo que los hechos hablan y, por lo tanto, eso también es un indicador importante.

Aquí se ha mencionado por parte de la oposición -lo acaba de decir el señor Freire- al Instituto de Investigación de La Paz. En la evaluación que hace el Instituto Carlos III del funcionamiento del Instituto de Investigación de La Paz -en evaluaciones a tres años incluso- se ve que es uno de los institutos más punteros en España. No he entendido bien cuál ha sido exactamente la interpretación que hace el señor Freire al respecto. Lo que sí es claro es que en su Dirección General usted va a tener un trabajo, que a nosotros se nos antoja también un reto importante, que es incidir en lo que he dicho antes también: seguir motivando al profesional en esa flexibilidad que exige ya el mundo científico y en un mundo globalizado, con un funcionamiento en redes como en el que estamos; en evaluar que esté usted ante un mundo también que no es homogéneo, es heterogéneo, en donde hay –se ha hablado aquí- distintos institutos de investigación, fundaciones de investigación, artículos... Es decir, hay muchísimas cosas en las cuales usted tiene que incidir y creemos que serán de vital importancia para el futuro de la sanidad en Madrid y también para la sanidad española.

Y, por último -no quiero extenderme mucho más antes de que la Presidenta, ejerciendo sus funciones, me llame la atención, quiero que nos hable de la importancia que tienen las universidades madrileñas en la investigación-, creo que ha pasado un poco desapercibido en las distintas intervenciones que hemos tenido- y concretamente en el ámbito biomédico y científico sanitario. Yo creo que sus explicaciones, en esos diez minutos que a usted le quedan, serán ilustrativas de lo que es la investigación. En principio, usted nos relatará lo que son sus planes estratégicos en esa planificación, en los cuales ya están trabajando y que sin duda serán un impulso más a la sanidad madrileña, no solamente en el ejercicio actual sino que esperamos lo sea también para los próximos años. Nada más y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Ya para cerrar estas intervenciones, tiene la palabra de nuevo la Directora General por tiempo máximo de diez minutos.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN** (Sánchez Chamorro): Les ruego que me disculpen si no puedo contestar a todas las

preguntas que han hecho. He intentado apuntarlas, pero veo que no voy a llegar. No piensen en ningún caso que no he querido contestarles, pero es que prácticamente es imposible. Hay una serie de datos: estamos empezando a trabajar en el Plan de Innovación. La Comunidad de Madrid, a través de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, está trabajando en el Plan de Ciencia y Tecnología, en el que se integran las distintas consejerías. En ese proyecto estamos integrados. Pero, por otra parte, internamente, estamos en el proceso de creación de un grupo de trabajo interno, en el que básicamente vamos a trabajar sobre aspectos como pueden ser: los actores; la participación. Y cuando hablo de las participaciones está claro que tiene que participar la industria y los parques tecnológicos y tienen que participar las universidades. Aquí el señor Beltrán dice efectivamente que la colaboración público privada en el ámbito de las universidades, tanto públicas como privadas, tiene que incorporarse al plan de innovación, como no puede ser de otra manera. Así como el impulso de nuevas fórmulas de financiación y, por supuesto, incorporar las líneas prioritarias que están ya en la estrategia europea sobre innovación tecnológica: el Horizonte 2020. Lógicamente no me voy a poner a explicar esto porque si no ya no pasaríamos a más.

En cuanto al tema de investigación, me ha encantado la sensibilidad con respecto a los investigadores. Cuando la Presidenta me ha dicho que finalizara, yo tenía aquí como siete páginas hablando de investigadores, del factor personas. Nosotros tenemos que, no solamente atraer talentos sino intentar que el talento se quede en Madrid. Madrid es una comunidad autónoma uniprovincial con una riqueza increíble y tenemos, lógicamente, unas fundaciones en las que estamos presentes y que queremos mantener. Yo creo que actualmente está bastante bien. Son ocho de 26 las que tiene Madrid, las siguientes son seis en Cataluña. Yo creo que están muy bien las fundaciones tal y como las tenemos. Nuestro reto ahora mismo, como Dirección General, es tratar de consensuar, de armonizar todos aquellos aspectos de las fundaciones que les sean comunes. Pero yo pienso que no es bueno, permítame que discrepe, que haya una única fundación. Yo creo que la competitividad entre los distintos profesionales de nuestros distintos centros de excelencia es buena. Lógicamente, tenemos que hacer un patrón común de coordinación y en ello estamos. Nos estamos reuniendo con todas las fundaciones, incluso a veces con representantes de más de una fundación. O sea, que yo creo que por esa línea vamos a trabajar. Estamos hablando de una Legislatura. Yo no les puedo contar ahora mismo que tengamos hecho todo, si lo tuviéramos hecho la verdad es que ya no nos plantearíamos esto. Como les digo, vamos a trabajar muchísimo el factor humano en cuanto a la estabilización de los investigadores, en cuanto a dotación, etcétera; pero, como les digo, es muy amplio. La fundación de Investigación a la Atención Primaria para nosotros es una ilusión, pero de todos aquellos sanitarios que hemos trabajado en ello. Se constituyó en los últimos días de diciembre y estamos un poco pendientes de la puesta en marcha de aspectos administrativos y gestores. Ya tiene un director general, tiene el apoyo tanto de una de las patas de la Consejería, que es la pata gestora, que es la Dirección General de la Coordinación de la Asistencia Sanitaria, como de la otra pata, que es la Dirección General de la Coordinación de la Atención al Paciente y la Humanización; es decir, que estamos volcados en ella. Tendrá nuestro soporte y, lógicamente, les ayudará que hasta el momento han estado apoyados por el IdiPAZ, por la fundación de La Paz y se va a hacer el traspaso; tendrán el apoyo de FUNDANET, que, lógicamente, se lo facilitaremos desde la Dirección General...o

sea, que estamos muy contentos con ella. Tenemos que ayudarle como al niño recién nacido, que primero no anda nada y después va a comenzar y, como les digo, lo constituimos en el patronato, en el que estamos el doctor Cesar Pascual y yo misma, y tendremos ahí muchas cosas que decir.

En cuanto a por qué no están la fundación de La Paz y la fundación de La Princesa, nosotros no tenemos nada que ver. Los Presupuestos Generales del Estado, de conformidad con la Ley Orgánica de 2012, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, desarrolla un mandato. Entonces, esta Ley entiende por fundación en el sector público aquellas que se hayan constituido con aportación mayoritaria de la Administración de la Comunidad o su patrimonio fundamental con un carácter de permanencia esté formado por más del 50 por ciento por bienes o derechos aportados por la Comunidad de Madrid. Pues, un informe elaborado por la Intervención General del Estado dice que no incluye a las fundaciones biomédicas de los hospitales La Paz y La Princesa como fundaciones del sector público, considerando que su patrimonio fundacional con carácter de permanencia está formado en más del 50 por ciento por bienes o derechos no aportados por la Administración Pública a la Comunidad de Madrid. Solo a estos efectos estas dos fundaciones están fuera del perímetro de la consolidación de los presupuestos. Tengan en cuenta que, a todos los niveles, las diez fundaciones se comportan igual a efectos de dotación fundacional y a efectos de su patrimonio con carácter de permanencia en nuestra humilde opinión, y les puedo comentar que los patronatos, la organización, el trabajo del día a día de las fundaciones es idéntico. Esto, por lo que en la anterior ocasión me preguntó y yo le dije: "no lo sé, lo investigaré", es solo a esos niveles. En cuanto a investigadores, a colaboración público-privada, la motivación de los profesionales, desde luego, es nuestro reto, claro que sí.

En el ámbito de la formación continuada, estamos trabajando el plan y orientándolo en ese sentido, pero quiero decirle que no está en manos de la industria farmacéutica en su conjunto. Tenemos, por ejemplo, que hay proyectos en los que se hacen 350 cursos al año de farmacoterapia que están liderados por la Subdirección General de Farmacia de la Consejería de Sanidad; es decir, que hay una gran formación, pero, ¡vamos a ver!, los que somos sanitarios sabemos que la industria farmacéutica claro que está trabajando y formando, lo que hay que hacer es un control y hay que evaluar y no nos tiene que dar miedo; que lo controlemos, que sea transparente y evaluable. Ahora, como les digo, tenemos más de 350 cursos al año en farmacoterapia. Este es un dato objetivo que se puede ver en el portal. Muchas de las cosas que me han preguntado son públicas y están en el Observatorio de Resultados del portal salud. Pueden mirarlo ahí, si no, desde luego, por mi parte intentaré contestarles, porque todo no lo puedo decir.

En cuanto a que no estamos atendiendo a personas sin que tengan tarjeta sanitaria, como muy bien dice el portavoz, señor Beltrán, es que no vamos a volver a entrar en ello. Estamos atendiendo casi a 40.000 personas sin tarjeta sanitaria sin ningún problema en la Comunidad con los TAR y los TIR. Yo creo que es un instrumento de derecho, es un derecho como ustedes bien saben, que forma parte del entorno comunitario y la tarjeta es una generadora de derechos a nivel comunitario y tenemos que diferenciar la parte de Seguridad Social de la parte de atención sanitaria.

En cuanto al plan de salud, no puedo contárselo y dedicarme a ello. Lo que les puedo decir es que vamos a partir del informe de salud de la población de 2014, elaborado por la Dirección General de Salud Pública y, a partir de ahí, trabajaremos y trabajaremos más.

En formación, cuando tengamos aprobado el plan se lo traeremos, desde luego, lo que les puedo decir es que ya mismo hay dos cursos programados de metodología e investigación y dos de lectura crítica. Por supuesto que nos quedan muchísimos más. No les puedo plantear...Es que en cada parte tengo para quince minutos.

Nos comentaban que por qué no habíamos hecho el informe respecto a los inmigrantes. Porque estamos trabajando, lógicamente, en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y hemos estado trabajando en consonancia con el resto del Estado, porque yo creo que esta Comunidad Autónoma es tremendamente responsable en cuanto a que en los aspectos estatales no podemos entrar nosotros en hacerlo por el camino. Pero estamos atendiendo, atendiendo, sin tarjeta sanitaria a aquellas personas que lo necesitan y que entran en nuestros centros.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Directora General, ya sí que se le va acabando su tiempo; le voy a pedir que concluya.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN** (Sánchez Chamorro): Pues, simplemente quiero concluir diciéndoles que en la parte de atrás está el equipo de la Dirección General y que es un reto para todos nosotros, y que lo vamos a hacer con responsabilidad y entusiasmo, y que, bueno, tenemos cuatro años –ya casi tres y medio– por delante y que trataremos de responder a todas las expectativas que nos hemos puesto. Nada más.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Directora General, muchas gracias; esperamos verla pronto por aquí. Muchas gracias también a su equipo, que la ha acompañado, por su presencia hoy aquí. Pasamos al punto sexto del orden del día.

**C-32/2016 RGEP.385. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre el estado actual de la atención a los pacientes con ictus en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).**

Se ha informado por parte del Consejo de Gobierno que el Consejero de Sanidad delega esta comparecencia en el director general de Coordinación de Asistencia Sanitaria, don César Pascual, y que la Mesa de la Comisión ha aceptado esta delegación. Por lo tanto, llamo a comparecer al señor Director General. (*Pausa.*) Señor Director General, muchas gracias de nuevo por estar otra vez aquí. Paso la palabra al señor Álvarez, que va a hacer la introducción de la comparecencia por parte del Grupo Parlamentario de Ciudadanos.

El Sr. **ÁLVAREZ CABO**: Muchas gracias, señor Pascual. Muchas gracias, señor Presidenta. Hemos traído esta cuestión aquí porque nos parece relevante que la Comisión de Sanidad, aparte de conocer con detalle cuáles son los planes de las distintas direcciones generales en las que se estructura y que nos plantee cuáles son sus acciones políticas, queremos también poner el foco en determinados problemas de salud que afectan a un conjunto importante de los ciudadanos o que tienen una repercusión clara en su vida en términos de esperanza de vida, de calidad de vida, de dependencia, y queríamos empezar por la atención al ictus.

El ictus es una patología que tiene, epidemiológicamente, bastante relevancia. Quiero recordar en esta Comisión que en el año 2013, que es el último año del que están disponibles las causas de muerte, de acuerdo con la estadística que facilita el Instituto Nacional de Estadística, las enfermedades cerebrovasculares supusieron cerca de 28.000 fallecidos. Esto quiere decir que en mujeres, en España, la principal causa de muerte son las enfermedades cerebrovasculares, y en varones, la tercera. Eso ya nos da una idea de la magnitud de esta patología.

Acercándonos a nuestro ámbito territorial, la Comunidad de Madrid, en el año 2014, de 660.000 altas que se produjeron en los hospitales, más de 14.000 eran por enfermedades cerebrovasculares, y concretamente por el ictus, 7.655, y es una patología que tiene una tasa de mortalidad elevada, por encima del 15 por ciento, según los datos disponibles en el Observatorio. Esto significa que muchas personas ven acortada su vida por el ictus y que es imprescindible que desde el Sermas se establezcan recursos, circuitos y procedimientos adecuados para dar respuesta a esta patología, y hay que reconocer que se ha hecho bastante. Existen desde hace años unidades de ictus en la Comunidad de Madrid, existen nodos que se encargan, con una estructura territorial, agrupando en torno a tres millones de habitantes –existe un nodo noreste y un nodo suroeste, podemos decir– donde hospitales que funcionan de forma concertada, de manera que hay la posibilidad de ofertar a los ciudadanos de la Comunidad de Madrid todo el intervencionismo vascular que puedan requerir. Esto nos parece bien, pero este cuadro, que puede parecer un poco idílico, tiene sus grietas, y es lo que queremos poner de manifiesto: hay un incremento de la demanda, hay dificultades en todo lo que tiene que ver con la derivación a centros de media y larga estancia. Hay que recordar que el ictus es una patología que muchas veces, con independencia de que se haya abordado en la fase aguda, deja secuelas, y esas secuelas a veces tienen que ser tratadas en centros residenciales públicos y hay dificultades, porque hay unos tiempos de espera que a veces son exagerados, y hay también aspectos relacionados con la equidad en el acceso a los tratamientos que diferencian a la Comunidad de Madrid significativamente de otras Comunidades Autónomas. No podemos estar a la vanguardia organizativa, que yo no lo discuto –no lo discutimos en Ciudadanos– cuando en aspectos farmacológicos, la Comunidad de Madrid, haciendo caso omiso a informes de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, en concreto los informes de posicionamiento terapéutico, es restrictiva con el uso de determinados fármacos que tienen un efecto claro en la prevención secundaria del ictus, que ayudan a evitar que un paciente de alto riesgo tenga de nuevo un ictus, y nos gustaría que en su explicación hiciera alguna referencia a todas estas cuestiones: curidades, circuitos, posibilidad de mejorar la atención a medio y largo plazo en centros de rehabilitación, y los aspectos de acceso

equitativo a las innovaciones terapéuticas que permiten que los pacientes no vuelvan a tener un ictus. Nos gustaría que aclarara todos estos aspectos en su exposición, señor Pascual. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Álvarez. Paso la palabra al señor Director General; tiene usted un tiempo inicial de quince minutos para elaborar la comparecencia.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COODINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señora Presidenta. Señorías. Efectivamente, creo que la atención al ictus en nuestro país es uno de los mayores éxitos de la sanidad pública, y solo hace falta comparar nuestras cifras con el resto de Europa para verlo. No obstante, claro que hay, por supuesto, oportunidades de mejora, y en la Comunidad de Madrid también, por supuesto.

El origen del Plan de Ictus, como muy bien ha explicado su señoría -lo conocen perfectamente-, salió de un convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Asociación Madrileña de Neurología, que se inició en 2007 y finalizó en 2008, que fue cuando se presentó el Plan Asistencial de Ictus de la Comunidad de Madrid, que en 2014 cumplió su segunda edición. El plan recoge las pautas principales que se desarrollan en relación con la atención a los pacientes con ictus: primera, que es un abordaje integral y que abarca todos los eslabones, desde atención primaria a los servicios de urgencias extrahospitalarias, las urgencias hospitalarias los servicios de neurología y la información al paciente. Segunda, el código ictus, que todo el mundo conoce, pero no me puedo resistir a hacer una mención a él específica, porque algunas personas confunden el código ictus con algún otro tipo de activación de urgencia hospitalaria y extrahospitalaria, que distribuyen los equipos de ictus, los hospitales con unidades de ictus y los centros de ictus, que no son lo mismo.

Hospitales con unidades de ictus tenemos en nuestra Comunidad nueve: La Paz, "Ramón y Cajal", La Princesa, Clínico San Carlos, "Gregorio Marañón", Doce de Octubre, Puerta de Hierro, Alcorcón y "Rey Juan Carlos". Tres nuevos hospitales han formalizado la solicitud para ser designados como unidades de ictus y están pendientes de resolución -han sido ya evaluados-, que son: Torrejón, "Jiménez Díaz" y "Príncipe de Asturias". Y en la fase prehospitalaria el centro de coordinación de Madrid Summa 112, que es clave fundamental precisamente para establecer la racionalización de los recursos existentes; la derivación, que permite a los pacientes que sufran ictus ser atendidos en donde exista la mayor disponibilidad lo antes posible. El hospital receptor de estos pacientes se asigna en base a dos criterios: el primer criterio es el menor tiempo posible dentro del intervalo de dos horas, como máximo, desde el inicio; son críticas las dos horas para el pronóstico rehabilitador del paciente con ictus, no el pronóstico vital, que quizá no influye tanto, pero para nosotros el pronóstico rehabilitador sí que lo es. Y segundo, la sectorización vigente, que no me voy a detener a explicarlo. Luego, tenemos articulada una atención continuada, con un protocolo de 24 horas 7 días a la semana para neurointervencionismo, en los dos nodos que ha comentado su señoría, La Paz, La Princesa y "Ramón y Cajal" y, por otro, el clínico San Carlos el Doce de Octubre y el Puerta de Hierro, que tienen la peculiaridad de que trabajan de dos en dos, por tanto, trabajan en tres semanas; la gente piensa que trabajan una semana uno y otra semana otro. No, son nodos distintos, siempre hay uno de uno y otro de otro de guardia, por tanto, son bloques de tres semanas seguidas, y ahí es donde se deriva al

neurointervencionismo rápidamente, dónde el neurólogo de guardia del hospital remitente contactará con el de referencia, consensuará la indicación de tratamiento y el traslado.

En cuarto lugar, marcaba la necesidad de un neurólogo encargado de la gestión de casos, de referencia en todos y cada uno de ellos, tras la activación de ictus, de manera que un solo profesional se erige en la figura determinante en el seguimiento y en el tratamiento, estando perfectamente regulada esta figura de neurólogo con funciones de gestor del caso, que es quien se encarga de contactar con el resto de profesionales que intervienen en ello.

En quinto lugar, la aplicación de las nuevas tecnologías, con Teleictus, que nos ha permitido en este momento tener ya en marcha un proyecto entre el hospital universitario La Paz y el hospital universitario Infanta Sofía que está actualmente funcionando. También tenemos otra experiencia consolidada de funcionamiento entre los hospitales Rey Juan Carlos, Villalba e Infanta Elena de Valdemoro, y un proyecto, que está en marcha, entre el hospital de La Princesa y el hospital del Henares, aunque este no está consolidado todavía. Iremos ampliando estas experiencias de Teleictus conforme los propios profesionales se vayan incorporando, porque Teleictus requiere un compromiso profesional diferente de querer participar en la utilización de las nuevas tecnologías, y no todos los profesionales se adecúan por igual; por tanto, la fase de implantación y ampliación de Teleictus va a depender un poco también del interés profesional.

En sexto lugar, en atención primaria tenemos un protocolo desarrollado e implantado que se llama "Actuación de atención primaria ante el ictus en fase aguda". Este protocolo viene a procurar una contribución de la atención primaria en la atención de pacientes con ictus desde el primer momento que contacta con el sistema sanitario. Muchas veces, una sintomatología menor, que los pacientes no aciertan a discriminar, es detectada y, por tanto, desde atención primaria puede activarse el código ictus como unidades periféricas que los médicos discriminar. Consta de varios apartados, desde la valoración inicial de la sospecha, la activación del código ictus, etcétera, que tampoco quiero detallar para no perder tiempo.

En séptimo lugar, una comisión de coordinación y seguimiento del código ictus en Madrid, que es un órgano asesor integrado por profesionales que asesora al Servicio Madrileño de Salud. A partir de una comisión mixta de seguimiento del convenio de colaboración entre la Consejería y la Asociación Madrileña de Neurología se constituyó este grupo de neurólogos que asesora al Servicio Madrileño de Salud en el seguimiento, la evaluación del plan y la incorporación de ideas al nuevo plan.

Por último, como octavo apartado del Plan del Ictus, las campañas informativas a la población general, porque insisto en que el ictus cursa con síntomas iniciales que en muchas ocasiones no generan alarma pero que, sin embargo, son vitales de cara al pronóstico rehabilitador del ictus y pueden condicionar demoras en la asistencias, como pueden ser, simplemente, determinados dolores de cabeza, y el paciente no acierta a discriminar exactamente qué es lo que le está ocurriendo. Por tanto, también se han planteado y se han realizado campañas con el objetivo de difundir esta sintomatología inicial del ictus, con material audiovisual y de cartelería que tenemos en



los centros sanitarios, incluso también en los transportes urbanos de Madrid, acompañados de consejos y de recomendaciones.

Los resultados asistenciales de 2015 están pendientes de validación de CMBD, pero les puedo adelantar que se han atendido un total de 8.774 ictus isquémicos en la Comunidad de Madrid frente a los 9.323 de 2014, y 2.163 ictus hemorrágicos frente a los 2.303 de 2014.

En cuanto a calidad, quiero decirles que la asistencia y los resultados de altas y de fases de rehabilitación precoz del Plan de Ictus son, desde nuestro punto de vista, excelentes. Estamos teniendo unos índices de mortalidad en la evolución intrahospitalaria relativamente bajos comparativamente con otros hospitales del país. Estamos obteniendo además las menores estancias medias en las unidades de agudos, con una rápida derivación a los servicios de neurología; cierto que tenemos luego dificultades para derivar de los servicios de neurología a los hospitales de media y larga estancia, porque no todos los hospitales de media y larga estancia tienen rehabilitación de daño cerebral y, por tanto, no todos los admiten y en ocasiones tenemos dificultades para trasladar.

Vamos a expandir un protocolo de evaluación sistemática de la disfagia y los trastornos de deglución en la población con ictus agudo y su posterior adaptación a otras patologías neurológicas que ha desarrollado con gran éxito el hospital Rey Juan Carlos, que ha conseguido unas cifras espectaculares, una disminución de la neumonía aspirativa del 32 al 7 por ciento y una disminución de la mortalidad del 16,6 al 8,6 por ciento, prácticamente la mitad. Este proyecto además ha obtenido un premio de calidad recientemente y queremos difundirlo al resto de hospitales para que adopten el protocolo que el hospital Rey Juan Carlos ha desarrollado.

Tenemos una dotación de camas para las fases agudas por encima de ratio, suficiente, de 4 a 6 camas de ictus de fase aguda con monitorización multiparamétrica no invasiva: en total son 42, repartidas por los hospitales que les he citado anteriormente, y tenemos entre 80 y 90 camas destinadas en los servicios de neurología -estas son variables en el día a día- para los casos de ictus, conforme van saliendo de las unidades de agudos.

La dotación de recursos humanos también es la adecuada y la planteada en el protocolo. Esto dificulta que en algunas ocasiones algunos hospitales que han tenido un planteamiento inicial de tener unidad de ictus puedan llegar a tenerlo, aunque hemos buscado fórmulas alternativas, especialmente con la atención continuada, porque es absolutamente obligada la disponibilidad de una guardia de un médico de presencia física especialista en neurología y hay hospitales que no tienen plantilla suficiente para cubrir esta guardia y con guardias compartidas con otros hospitales pueden plantearse la posibilidad de tener unidad de agudos. La necesidad de tener al menos dos médicos con formación en la enfermedad y jornada laboral a tiempo completo en la unidad, dos neurólogos, necesitan tener la guardia del médico del neurólogo, necesitan tener consultores en medicina física y realización de fisioterapia y necesitan enfermería especializada.

Las urgencias en los servicios de neurología atendidos con hospitales de ictus en 2014 fueron 8.130 y, en 2015, 7.910 en estos nueve hospitales, aunque, probablemente, haya urgencias

atendidas en otros hospitales que no tienen unidad de ictus, en las que el paciente no llega con activación de código ictus desgraciadamente, por las razones que sean, que incrementen esta cifra.

En cuanto al acceso a los nuevos anticoagulantes orales en la Comunidad de Madrid, que su señoría ha citado, tengo que decirle que el procedimiento establecido en la Comunidad de Madrid deriva de un grupo de trabajo multidisciplinar creado en 2011, que estableció las indicaciones. Este grupo estableció una serie de indicaciones anterior a los informes de posicionamiento terapéutico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que, posteriormente, en el primer informe de utilidad y los siguientes que ha ido sacando la Agencia Española del Medicamento han ido incorporando estos criterios. La prescripción de nuevos anticoagulantes está sujeta a visado debido a las condiciones especiales de utilización establecidas desde el momento en que se autoriza la nueva indicación. Hay indicaciones que tienen estos anticoagulantes que están en ficha técnica pero no están financiadas y, por tanto, es necesario la implantación de visado.

En 2012, la anterior Dirección General de Gestión Económica y Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos aprobó las instrucciones para la utilización de los nuevos anticoagulantes en la Comunidad de Madrid y, luego, ha habido posteriores resoluciones en 2012 y en 2013 para la definición del visado. Tengo que decirle que las instrucciones de la Comunidad de Madrid se elaboraron siguiendo los procedimientos y, aunque es cierto que para los nuevos anticoagulantes orales hubo un requerimiento por parte del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Neurología del grupo de enfermedades cerebrovasculares que solicitaba, a tenor de los estudios publicados y los resultados en la vida real, que ese tipo de fármacos fueran prescritos de primera elección, sin embargo, la respuesta de la Agencia Española de Medicamentos fue que, estando de acuerdo y que no cuestionaban que una de las mayores ventajas que tenían los nuevos anticoagulantes orales frente a los antivitamina K era la disminución del riesgo de hemorragia intercraneal, no podían estar de acuerdo con los resultados que ampliaban, y que el riesgo relativo de hemorragia que alegaban, superior a unas diferencias mayores del 50 por ciento, no era tal sino que era si se hacía en población general, en una población seleccionada no pasaban del 0,7 por ciento, y que el riesgo relativo de ictus no hemorrágico en revisión secundaria no había entre la warfarina y los nuevos anticoagulantes orales diferentes significativas; por tanto, no consideraba la Agencia del Medicamento que representara un beneficio tan sustancial como para incluirlo de primera elección. Por tanto, este debate sigue abierto, soy consciente de que sigue abierto entre los profesionales y la Comunidad de Madrid y, si el debate se aclarase, no tendría tampoco ningún inconveniente en incorporar los nuevos anticoagulantes bajo este nuevo protocolo. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Director General. Pasamos a las intervenciones de los diferentes Grupos Parlamentarios, de menor a mayor. Tiene a continuación la palabra el representante del Grupo Parlamentario Ciudadanos por tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **ÁLVAREZ CABO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Gracias, señor Pascual. En relación con este aspecto, en el que indudablemente ha habido un avance significativo y el plan de ictus ha venido a mejorar mucho la atención a estos pacientes, como decía, hay algunas grietas en

ese edificio tan bonito. Desde el punto de vista de planificación, que aquí hay que recordar que sí ha habido una planificación, afortunadamente, y se han definido las zonas, ahora hay una diferencia sustancial en las poblaciones asignadas a cada una de las unidades de ictus. Usted estaba hablando de que todas ellas están en un rango entre 4 y 6 camas en las unidades de agudos y tenemos en el momento actual hospitales como el Doce de Octubre, que tiene una población de referencia que supera 1.200.000 habitantes, mientras que en el extremo está el hospital Ramón y Cajal, que tiene una población de referencia exclusivamente de 555.000 habitantes, cuando posiblemente la dotación física y de personas de guardia sea similar. Esto, suponiendo una distribución homogénea de la incidencia de ictus, que yo no dispongo de una información que diga que sea diferente -supongo que ustedes, a lo mejor, tampoco-, no parece responder a una necesidad de planificación. Sé que están en ello; nos lo han transmitido los neurólogos, y están en conversaciones con esa comisión mixta de seguimiento para redimensionar las áreas de referencia de cada uno de los centros.

Hay un aspecto curioso -siempre me ha interesado y me gustaría que hiciera alguna referencia-: que un hospital que es capaz de ofrecer neurorradiología intervencionista y además con garantía de éxito porque tiene mucha experiencia, como es el hospital Gregorio Marañón, no se ha incorporado al nodo del que forma parte. ¿Por qué el Gregorio Marañón, que además fue uno de los pioneros, de los primeros en incorporar una unidad de ictus, teniendo radiólogos intervencionistas, como digo, muy avezados, no se ha incorporado? A ver qué explicación nos puede ofrecer usted de esta paradoja, cuando además es un área de referencia próxima a los tres cuartos de millón de habitantes, que tienen que ir a otro de los hospitales del nodo. Es curioso.

Los centros de derivación, que es otro de los aspectos que usted mismo ha reconocido que ahora mismo son insuficientes, a veces ofrecen -es lo que nos transmiten los neurólogos que trabajan en las unidades de ictus- cama después de 20, 25 o 30 días; camas que se están ocupando en los servicios de neurología, ya no en las unidades de agudos, obviamente, pero sí en los servicios de neurología, y en períodos críticos. Usted también es el responsable de las urgencias hospitalarias y sabe que esas dificultades para el drenaje de enfermos que están en unidades de hospitalización de agudos, cuando el recurso que precisarían es una cama de media y larga estancia, lo que hace es ayudar a la congestión y a la saturación de nuestros servicios de urgencias. Tiene que ser más ágil la derivación a estos centros, ya sea por la vía de crear plazas en centros públicos, ya sea aumentando el concierto con aquellas entidades privadas -estoy pensando en la Fundación Instituto San José y en la Fundación San Vicente- que ofrecen estos tratamientos. Este es un aspecto que claramente hay que mejorar.

En relación con los nuevos anticoagulantes orales, yo no voy a entrar con usted, como comprenderá, en una controversia sobre las indicaciones, pero la información que ha dado es una información parcial, señor Pascual; digo parcial porque desde el momento en que en el año 2013 se fija por parte del Ministerio de Sanidad un informe de posicionamiento terapéutico en el que intervienen expertos de muchas comunidades autónomas, y desde luego había expertos farmacólogos de la Comunidad de Madrid entre las personas que redactaron esto, se pone en marcha por parte de todas las comunidades autónomas un nuevo protocolo. Y no estamos hablando de primera elección,

estamos hablando de prevención secundaria, porque usted se ha ido a la primera elección, que es un tema controvertido que la propia Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios no ha aclarado suficientemente porque faltan evidencias –eso no se lo voy a discutir-, pero en prevención secundaria la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios estableció una serie de indicaciones restrictivas; sobre lo que hay en ficha técnica restringió y todas las comunidades autónomas, excepto Navarra y Madrid, aplican en prevención secundaria las indicaciones de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Por tanto, Madrid no está ofreciendo a estos enfermos las mismas prestaciones que el resto de comunidades autónomas, y la explicación no puede ser ni la disponibilidad económica ya que estamos hablando de un colectivo pequeño, porque ya las indicaciones del IPT son bastante restringidas, ni podemos hablar de que no tenemos otros recursos para atención a ictus, cuando todos somos conscientes de que en ese aspecto Madrid está muy avanzado. Los neurólogos hacen un chiste macabro, si me permite la expresión, y es que en Madrid, para poder acceder a los nuevos anticoagulantes orales, no hay que tener un ictus como en el resto de España sino dos, y eso es una inequidad que hay que corregir. Y no estoy hablando en ningún caso de la primera elección, a la que usted se ha ido. Por tanto, no introduzcamos barreras que van en contra de la equidad en el acceso. Espero que eso se resuelva.

Otra cuestión que nos parece importante es la transparencia en la información. La información que facilita la Consejería en relación con el ictus -porque se puso en marcha en su momento un registro de ictus que cumplimentan de forma concienzuda y muy pormenorizada los neurólogos- es una información de la que disponen los neurólogos y ustedes, la Administración sanitaria. Pero en el Observatorio de resultados, que he tenido naturalmente interés en consultar porque nosotros, desde Ciudadanos, siempre hemos defendido que esta debe ser la fuente oficial de datos relacionados con la actividad y los resultados del sistema sanitario público en Madrid, hay exclusivamente indicadores muy básicos: altas por ictus, pacientes con un ictus mayor de veinte días y mortalidad por ictus. Los resultados en lo que se refiere a lo que usted ha mencionado, como recuperación y resultados clínicos de todo tipo, sabemos que existen; claro que existen, así se recogen de forma pormenorizada!, pero hay que ponerlos en conocimiento del conjunto de la población. Que se validen, que se aseguren que de verdad reflejan la realidad que quieren recoger, pero se tienen que poner a disposición. Recuerdo, como tantas otras veces, que en el acuerdo de investidura, en cuatro puntos distintos, y uno de ellos específicamente sanitario, el Gobierno actual de la Comunidad de Madrid se comprometió, para contar con el apoyo de Ciudadanos en esa votación, a poner a disposición de toda la población en un formato accesible los resultados de todos los servicios públicos. El principal servicio público que el Gobierno de la Comunidad presta a sus ciudadanos es la sanidad, que se lleva más de un 40 por ciento del presupuesto e incide de forma clara en las condiciones de vida de los ciudadanos. Por tanto, por favor, pongan esto a disposición de todos nosotros, de toda la población.

Acabo con una referencia de nuevo a los anticoagulantes orales. No solamente es una pugna de los neurólogos con la Administración sanitaria, en el mes de agosto, la Defensora del Pueblo, doña Soledad Becerril, hizo un requerimiento a la Consejería en este sentido, porque entre sus funciones está la de velar por los derechos de los ciudadanos e intentar que los servicios públicos sean

equitativos en todo el territorio nacional. A ese requerimiento no nos consta a nosotros que haya habido respuesta por parte de la Consejería, porque lo que se pedía por parte de la Defensoría del Pueblo es que Madrid se asimilara al resto de comunidades autónomas, dentro de esas indicaciones restrictivas, digo restrictivas, que ha establecido la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, que es el organismo competente. Si de verdad creemos en un Sistema Nacional de Salud cohesionado, si creemos en la posición de coordinación que tienen el Ministerio y las agencias que dependen de él, lo lógico es que desde esta Comunidad de Madrid no se recurra a la insumisión farmacéutica –perdonen la caricatura-, sino que se ofrezcan las mismas prestaciones y que las indicaciones que están financiadas por el sistema sanitario público sean también accesibles a los ciudadanos de la Comunidad de Madrid. Es paradójico que en ocasiones nuestros neurólogos, a personas que están en esa situación, y sería distinto si residieran en Toledo, en Guadalajara o en Ávila y accedieran al tratamiento, les tienen que incitar a que de su bolsillo –y son 80 euros al mes- recurran al tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales. Yo creo que esta es una situación que hay que corregir claramente, siempre dentro del marco restrictivo de por sí del Informe de Posicionamiento Terapéutico. Muchas gracias, señor Pascual.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Álvarez. Tiene la palabra la representante del Grupo Parlamentario Podemos, señora García, por un tiempo máximo de diez minutos.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, Presidenta. Muchas gracias, señor Pascual. Lo primero que quería era dar la bienvenida a algunos pacientes y miembros de asociaciones vinculadas tanto al ictus como al daño cerebral adquirido o sobrevenido que nos están escuchando ahí atrás y que seguramente estén bastante interesados en lo que nos va a decir.

Efectivamente, el código ictus o el plan que ha habido alrededor del ictus ha sistematizado un proceso poniendo hincapié en hacer una buena trayectoria clínica desde el suceso y concentrando los recursos en áreas, lo cual es una buena planificación. Damos la bienvenida a este tipo de planificaciones.

Me ha dejado un poquito desconcertada a la hora de ampliar estos recursos que diga que se va a ampliar el código ictus a Torrejón y Príncipe de Asturias. Espero que en esa ampliación del código ictus se tenga en cuenta que están a 10 kilómetros y que no nos pase otra vez lo que nos ha pasado con Móstoles antiguo y Móstoles nuevo, que al final esta planificación público-privada interviene de una manera un poquito perversa.

En cuanto a la planificación, tiene razón el portavoz de Ciudadanos, la población no es homogénea en todos los hospitales donde se efectúa y, efectivamente, en el Doce de Octubre estamos teniendo una altísima demanda por esa buena planificación que hay que cada semana le toca a un hospital; estamos teniendo muchísima demanda con exactamente los mismos recursos que cuando no estaba esta planificación, con lo cual sería de agradecer que esos recursos se aumentaran y, de hecho, de eso se quejan los neurólogos.

Nos gustaría ver qué valoración hacen, como se ha hecho en otras comunidades, del proyecto código ictus; qué evaluación están llevando a cabo no solamente sobre indicadores de mortalidad sino evaluaciones clínicas de cuáles han sido las secuelas, qué número de secuelas están teniendo estos pacientes, los años de vida ajustados por calidad de vida que estamos ofreciendo a estos pacientes, la metodología que están usando para evaluar este tipo de programas.

Aparte del ictus, vamos a hablar del daño cerebral adquirido o sobrevenido porque hay muchas patologías que comparten exactamente las mismas secuelas y consideramos que se tienen que englobar dentro de un mismo proceso asistencial. Creemos que debe ser un concepto compartido. En este aspecto, la Federación de Daño Cerebral Adquirido tiene una demanda y es que en la codificación que se hace al alta de los hospitales se tenga en cuenta esto, porque es verdad que el ictus puede tener desde ninguna secuela hasta muchísimas secuelas y eso no se tiene codificado, no se sabe cuáles son las secuelas. Como digo, hay muchas patologías que comparten estas mismas características con el ictus, como es el alto impacto familiar, múltiples secuelas de características motoras, cognitivas, de tipo global, y una necesidad de unos recursos y unas demandas de una rehabilitación funcional que habría que medir y objetivar para ver cuáles son los recursos que necesitamos.

Lo segundo que queríamos poner en evidencia, que ya se ha puesto y creo que la gente de las asociaciones es lo que más demanda, es que se están poniendo muchísimos recursos en la parte del proceso agudo y es verdad que está funcionando bien, aunque no tenemos evaluación de lo que está pasando, al margen de esa mortalidad o de esa disminución de estancia media, pero no sabemos otras características clínicas que están derivando de eso, pero hay una clara brecha en la continuidad asistencial de estos pacientes cuando tienen que llegar a recursos crónicos y a recursos subagudos. Como sabrá, la rehabilitación de un ictus o de un daño cerebral adquirido no comprende solo la fase aguda sino que afecta a toda la fase crónica, que puede durar incluso años. Estos pacientes no tienen acceso a todos esos tratamientos neurorrehabilitadores, no tienen acceso a los logopedas y, como dicen en alguna asociación, por ejemplo la Asociación Afasia, el hecho de que un paciente pueda o no pueda volver a hablar en muchos o en la mayoría de los casos depende de que se puedan costear esos tratamientos privados, con lo cual hay una clara ineficiencia, porque estamos tratando un proceso en la parte aguda y estamos destinando muchos recursos, pero no estamos tratando el proceso completo; incluso creo que se está haciendo una vulneración de nuestra responsabilidad de mantener el tratamiento a todos estos pacientes durante la fase crónica.

Usted ha dicho que hay un abordaje integral. No, no hay un abordaje integral; no hay un abordaje integral cuando estos pacientes tienen una merma en esos recursos para crónicos. Hay una falta de recursos para crónicos; es verdad que hay una serie de conciertos; también en la parte pública los recursos que hay en camas son deficientes –y ahora le voy a contar las cifras de por qué son deficientes- y, bueno, estos pacientes se ven en un auténtico limbo administrativo. De hecho, por eso se crean estas asociaciones, para dar cobertura a estos pacientes y a sus familiares sobre adónde tienen que ir y dónde tienen que pedir los recursos. Hay una demora en algunos de estos centros de atención, en hospital de día o en régimen ambulatorio para esta rehabilitación de entre dos o tres

meses, que, como usted sabrá, esa demora es crucial en un proceso patológico de estas características.

Creo que en eso estamos fallando. Estamos fallando también en cómo coordinamos esto con los servicios sociales -no está suficientemente coordinada- y no estamos haciendo una prevención de la dependencia ni una promoción de la autonomía de estos pacientes, porque eso al final va a redundar a largo plazo incluso en la parte económica. Hay evidencias razonablemente fuertes de que el ahorro de costes a largo plazo superaría los costes de rehabilitación a corto plazo, y estos son estudios que hay en Reino Unido. La evidencia científica apoya que la rehabilitación integral temprana para estos pacientes después de un daño cerebral, así como los programas de formación profesional para apoyar a que estos pacientes puedan volver a tener una ocupación productiva a la larga, como tantas otras cosas, son mucho más coste-eficientes que si no se hace ese tratamiento integral.

Las asociaciones de pacientes, como le he dicho, y los propios pacientes reclaman que haya esa continuidad asistencial que ahora mismo recae prácticamente en las familias, incluso una de las partes de la familia muchas veces tiene que dejar de trabajar porque tiene que atender a los cuidados de estos pacientes.

También quería hacer mención a otro capítulo, que es la atención a los niños con ictus o con daño cerebral adquirido; daño cerebral adquirido aún a un mayor número de patologías. Recientemente en Cataluña se ha creado un protocolo para atender a estos niños con ictus, en Madrid no existe, y hasta hace muy poco no existía ni siquiera una unidad de atención a los niños con daño cerebral adquirido. Esta unidad no sé si sabrá que está ahora mismo, desde el año 2014, en el Niño Jesús, y fue básicamente por una familia que estuvo peleando con la Consejería, que estuvo peleando en el Congreso y que estuvo peleando aquí en la Comunidad de Madrid, para que estos recursos estuvieran a cargo de la parte pública. Hay que reconocer la valía de esta familia y la deficiencia por parte de los recursos públicos, así como cierta vergüenza de que tengan que ser las familias, batallando, las que consigan una serie de recursos que creo que a la hora de hablar de la incidencia y de la prevalencia de esta enfermedad los deberíamos casi poner directamente, sin que tenga que haber estas batallas. Aun así, lo que reclaman es que esta unidad sigue teniendo unos recursos limitados, porque más o menos, para que se hagan una idea, creo que atiende a 22 niños y la incidencia y prevalencia de esta enfermedad es de entre 23 y 103 casos de niños con ictus al año en la Comunidad de Madrid y unos 200 niños al año con un traumatismo craneoencefálico; con lo cual, estos recursos se quedan completamente mermados.

También nos gustaría que desde la Consejería, y dado que ya en el Congreso se llevó una proposición no de ley en este sentido, se clarificara exactamente cuáles son los tratamientos que se considera que deberían estar incluidos en la cartera de servicios de estos pacientes. Creo que son cosas que se tienen muy estudiadas y muy planificadas en otras patologías, como puede ser el campo oncológico, y en cambio hay un auténtico desierto en el caso del daño cerebral adquirido. ¿Qué se entiende por rehabilitación?

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora García, por favor, vaya concluyendo; se está acabando su tiempo.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Estoy en ello. ¿Qué se entiende por rehabilitación, por neurorehabilitación y qué tratamientos incluye? En definitiva, creo que habría que hacer un plan de cuidados del daño cerebral adquirido integral que abarque todo. Por supuesto, ya que está aquí la Directora de Investigación, habría que ahondar en la investigación de esta patología, ampliar los recursos basándonos en la incidencia y prevalencia real que hay, y aquí quería hacer una mención a lo que ha dicho el portavoz de Ciudadanos con respecto a los nuevos anticoagulantes. Habla el portavoz de Ciudadanos de la Agencia del Medicamento, pero es que verdaderamente -y aprovecho también que está la Directora General de Planificación, Investigación y Formación- esto debería ser competencia de una agencia de evaluación de tecnologías; una agencia de evaluación de tecnologías que en el caso de Madrid es completamente deficitaria y que en el caso de Madrid no apoyó el señor de Ciudadanos...

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora García, su tiempo se ha acabado; concluya, por favor.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Y ahora mismo podríamos tener una evaluación de la evidencia científica por una agencia de evaluación de tecnologías. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Paso la palabra al representante del Grupo Parlamentario Socialista, señor Freire, por tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señora Presidenta. Gracias, señor Director General. Me ha parecido muy interesante que Ciudadanos haya traído aquí este tema porque el ictus es un problema extraordinariamente importante desde el punto de vista sanitario, social y personal; sin embargo, me ha sorprendido su focalización en la prevención secundaria con anticoagulantes de nueva generación porque, en buena lógica, yo creo que los políticos deberíamos dejar esta decisión a organismos que ojalá estuvieran más desarrollados, como es, por ejemplo, una agencia de evaluación de tecnologías, que estableciera consensos técnicos y profesionales al respecto.

Sobre el ictus, he tenido, desgraciadamente, una experiencia muy próxima, y puedo decir que en Madrid ha mejorado; pero ha mejorado la parte de tratamiento agudo. Ciertamente, tenemos unidades de atención, hay buena tecnología, hay expertos y hay un movimiento de neurólogos que hace que la fase aguda de la enfermedad en Madrid esté razonablemente atendida; pero ahora entraré en detalles. Ciertamente, como está informado, en Madrid hay unos 7.500 o 7.700 casos al año, que es lo que está documentado en el CMBD, pero tan importante como los casos agudos son el número de personas que han sobrevivido al ictus. Este número no lo podrá encontrar, señor Director General, en ninguna publicación oficial de aquí; no hay cálculos. Las estimaciones están en unas 150.000 personas que viven, ellos y sus familias -por cada persona se puede multiplicar por cuatro-, la tragedia de las discapacidades que conlleva el ictus. Y es donde quiero centrar mi intervención.



Antes de eso, quiero reseñar un par de cuestiones sobre los servicios de agudos. He estado buscando referencias en este campo, que no es un campo que yo domine, pero he visto alguna cosa que me preocupa. Antes han hablado de planificación, y yo no veo mucha planificación en esto. Tenemos en estos momentos en Madrid nueve unidades. Según dice usted, contaba la Fundación Jiménez Díaz como en proceso; a mí me han dado como que ya estaba acreditada, pero me menciona además Torrejón y Alcalá. Sobre Torrejón, quiero señalar que es un hospital de concesión que ha montado la unidad por su cuenta cuando el hospital de Alcalá lo había pedido desde 2008. Entonces, aquí estamos en un problema que tiene que ver con una competencia con reglas desiguales que permite a un centro privado, con la complicidad de la Administración, señor Director General, adelantarse a poner tecnologías que luego son vendidas al Sermas. Por ejemplo, Torrejón ha puesto radioterapia; ahora pone una unidad de ictus. Evidentemente, su agilidad empresarial le permite adelantar estos servicios y, una vez que ya es un hecho "de facto", indudablemente colocan a la sanidad en una situación difícil. Lo mismo pasa en relación con el hospital Rey Juan Carlos; me gustaría saber con qué criterios de planificación Alcorcón y Rey Juan Carlos tienen una unidad o, con qué criterios de planificación, Torrejón y Alcalá.

Cuando uno mira datos comparativos, el informe del Gobierno francés de hace muy pocos años menciona que, por ejemplo, en Isla de Francia, la zona de París, donde hay 11 millones de habitantes, tienen 18 unidades. Resulta que Madrid va a tener 12 para casi la mitad de población. Creo que aquí hay un problema. Efectivamente, el impulso de las unidades de ictus viene muy dado por los profesionales, lo cual honra a los profesionales, pero no ha habido en la Administración –no parece haber habido– una cabeza planificadora que tuviera en cuenta las necesidades, la eficiencia etcétera. Y esto me lleva al segundo punto: evaluación. No he encontrado ni un solo documento donde se evalúe lo que se está haciendo en Ictus. Me consta que se recogen datos, pero no he conseguido, ni siquiera cuando he preguntado a mis amigos neurólogos, que alguien me diga algo comparativo. Recientemente, la Cámara de Cuentas de Andalucía ha hecho la fiscalización del plan andaluz de ictus y, ciertamente, voy a intentar que haga algo similar la Cámara de Cuentas de España. Por lo menos tendremos datos de cuántos pacientes se atienden en cada sitio y estos datos serán publicados, pero esto les correspondería a ustedes. Antes el portavoz de Ciudadanos ha mencionado el compromiso que establecieron con ustedes para invertir a la Presidenta y, ciertamente, no lo están cumpliendo. Espero que Ciudadanos saque consecuencias de este incumplimiento que es generalizado, que es generalizado. Incluso cuando dan información la dan de una manera arcana. Yo he mirado el CMBD disponible para una serie de diagnósticos relacionados con esto en todos los hospitales de Madrid, y entonces, ¿qué me sale? -He calculado mortalidad en porcentaje.- Ustedes dan la mortalidad como mortalidad estandarizada, calculada de acuerdo con un modelo logístico cuya fórmula no se deja al lector. Es imposible sacar ninguna conclusión de eso, nadie puede sacarla. De mis datos sí saco alguna conclusión: hay hospitales con un 20 por ciento de mortalidad cuando sumo 2012, 2013 y 2014, y hay otros hospitales con una mortalidad del 12 por ciento, por ejemplo. Y ¿esto se entiende? Luego, evidentemente, habría que estandarizarlo, pero esto se entiende, es información, y esta información se tiene que buscar y le aseguro que no está al alcance de cualquiera. De nuevo insistimos en este asunto de la transparencia: si recogen datos, publíquenlos. Pero no me refiero

fundamentalmente, en mis críticas, a lo que se está haciendo, con ser importante, a la falta de planificación, de visión estratégica respecto a eficiencia y evaluación de las unidades de agudos, sino que mi preocupación, y creo que la de los pacientes actuales, pasados y futuros, tiene que ver con algo donde tampoco ustedes ponen ninguna información, y es lo que podríamos llamar la fase post-aguda, la rehabilitación. Hay un serio problema con esto, señor Director General. Un programa de ictus no es únicamente medicamentos y trombolisis. Ciertamente, eso es importante, es importante salvar vidas en la fase aguda, pero la tragedia de las familias, de los pacientes, viene después, y esto no parece que esté resuelto, no encontrará nada escrito en lo que tienen ustedes. Por cierto, la página web, que es la fuente de información de los ciudadanos de a pie, tiene los enlaces rotos. ¡Tiene los enlaces rotos! Es imposible ver la información por esa vía; tenemos aquí un problema serio. Yo les invitaría a ustedes a que revisaran, por ejemplo, esto que tengo aquí (*Mostrando un documento.*), se lo puedo dejar luego. Es la evaluación, el sistema de centinela del Reino Unido de auditoria de la evaluación organizativa de los cuidados post-agudos. Esto es clave. Ustedes de esto no tienen nada. Es como si no existiera. Evidentemente, esto ¿a qué responde? Pues, indudablemente, significa lo siguiente: ustedes, como dije en la intervención anterior, el Gobierno del Partido Popular, no ha hecho planificación alguna de servicios. Empujados por los profesionales neurólogos, han montado unidades de ictus y, evidentemente, responden a aquello que los profesionales hacen y saben hacer, que es salvar vidas en la fase aguda, más allá de eso no han hecho nada ni tienen a nadie responsable, ni han hecho, o al menos no se conoce, ningún análisis.

Si quieren hacer cosas de estas, y yo creo que es su obligación –y, ciertamente, se lo vamos a exigir–, también podrían mirar, por ejemplo, al documento recientísimo sueco de Calidad y Eficiencia en el Tratamiento de Ictus y verían, por ejemplo, los indicadores que tienen que ver con el bienestar de los pacientes, con su nivel de discapacidad cognitiva, etcétera.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Freire, se está acabando su tiempo; vaya concluyendo, por favor.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Un segundo nada más. Aprovecho también que está la directora de Evaluación, doctora Sánchez Chamorro, para sugerirle que es una buena área de evaluación, y la evaluación no solo se puede o se debe con funcionarios propios. Hay expertos en las universidades de Madrid a las que, cuando hay un problema –y este lo es–, se les puede encargar un análisis; por lo menos, tenemos algunos datos de los cuales partir. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Es el último turno de las intervenciones de los Grupos Parlamentarios; por lo tanto, tiene la palabra el señor Beltrán por tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **BELTRÁN PEDREIRA**: Muchas gracias, señora Presidenta. Señor Director General, agradecerle sus explicaciones y, sin duda, a la vista de las intervenciones de la oposición, estaremos muy atentos a sus últimos diez minutos de intervención, porque estamos ante un tema de una gran importancia. Estamos ante una enfermedad que es la segunda causa de mortalidad en España, en

esta Comunidad de Madrid y, por lo tanto –y sobre todo aquellos que lo hemos vivido personalmente-, creemos que es un tema esencial. Yo, como portavoz del Partido Popular en este asunto –lo he dicho en algunas ocasiones y lo reitero-, no voy a hacer de ello un combate político con nadie; simplemente tomo nota de lo que nos dice la oposición. Creo que a lo largo de estos años se ha hecho un esfuerzo importante, y usted lo ha expuesto en su primera intervención. Yo creo que estamos aquí todos para mejorar el sistema, y por eso agradezco las intervenciones de la oposición al respecto. Creo que usted ha tomado buena nota de aquellos puntos que son importantes y que nosotros creemos que nos ayudarán también a mejorar, desde el tono empleado por algunos de los portavoces de la oposición, y creo que estamos ante un asunto –insisto- en el que tenemos que trabajar todos juntos; es decir, aquí no vale que yo, como Partido Popular, diga una cosa sino que todos tenemos aquí nuestra responsabilidad a la hora de mejorar la sanidad madrileña, y yo creo que este es un tema de vital importancia para ello.

Yo creo que, en cuanto a las consideraciones que ha hecho el portavoz de Ciudadanos, al que le agradecemos, sin duda alguna, que haya traído este tema a debate aquí hoy y los temas que ha mencionado –y estoy seguro de que usted nos dará una explicación ahora a algunas de las cuestiones que ha mencionado- si hay margen de mejora en los anticoagulantes, como usted ha expresado, y también en la referencia que ha hecho el doctor Freire a que los profesionales sean también quienes determinen cuáles son los aspectos y no seamos los políticos quienes entremos en ello, todo lo que sea mejorar, todo lo que sea dedicar recursos a una mejor asistencia en materia de ictus, va a redundar en lo que siempre tenemos como objetivo aquí, que es que la asistencia sea lo mejor posible para los ciudadanos que sufren esta enfermedad como para sus familias, quienes también tienen en muchos casos que afrontar la enfermedad, como se ha puesto de manifiesto aquí, conjuntamente con el paciente. Por ello, yo creo que es importante que usted incida también desde la Consejería y también desde la Dirección de Planificación en todos aquellos aspectos de prevención –y aquí se han mencionado algunos- que son de vital importancia para el presente y para el futuro de la sanidad madrileña. Yo creo que usted nos ha dado algunos datos: los CMBD que nos ha mencionado; sin duda alguna también hay margen de mejora en todo lo que es la evaluación de lo que han sido los planes de ictus en la Comunidad de Madrid; usted ha mencionado también la importancia de la respuesta del SUMA 112, y yo lo creo también, en un tema vital para que el tratamiento sea lo más acertado posible en esta enfermedad, y también creo –yo ahí no entro porque lo desconozco- que es importante ver cómo funcionan esas doce unidades que aquí se han traído a colación, si hay también margen de mejora, si hay margen de una mejor planificación, pues que también desde la Consejería se lleve a cabo, y creemos también que todo ello, como venimos haciendo en esta Comisión, en aras de la transparencia, que los ciudadanos conozcan cuáles son todos los indicadores al respecto, cuáles son los aspectos que se pueden mejorar por parte de la Consejería, y yo creo que es un trabajo conjunto con los profesionales, que son los que mejor conocen también el alcance de todo lo que es el tratamiento de esta enfermedad. Por tanto, nosotros le pedimos como Grupo Parlamentario en representación de los ciudadanos de Madrid que la Consejería haga el máximo esfuerzo posible en los aspectos que se refieren al ictus. Y como voy a ser consecuente con lo que dije al principio, aquí se

trata de que entre todos mejoremos el sistema, y en este aspecto concreto, que traemos a esta Comisión, sin duda alguna, es un esfuerzo que tenemos que hacer todos.

El señor Freire ha pintado un panorama excesivamente negativo. Yo creo que ha habido avances positivos, y agradezco a los otros portavoces y al señor Freire todo lo que nos han dicho al respecto, y que usted nos aclarará ahora.

En los próximos meses seguiremos trabajando todos en hacer que el tratamiento del ictus sea lo más efectivo posible, insisto, no solo para los pacientes sino para el entorno del paciente, para los familiares; creemos que todo esfuerzo que hagamos al respecto es poco. Y sobre todo, lo que se ha recalcado aquí, avancemos por el camino de la investigación, porque mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de la investigación es el objetivo número uno que tiene marcado esta Comunidad y el resto del mundo. Nada más y muchas gracias, señor Presidente.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Beltrán. Vamos a cerrar esta comparecencia con la última intervención del señor Director General; tiene usted un tiempo de diez minutos para concluir.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señora Presidenta. Al portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos quiero decirle que no voy a entrar en disquisiciones científicas, pero tampoco está clara la prevención secundaria del ictus por los NACO y, por tanto, creo que deben ser los profesionales los que diriman este aspecto.

En la Comunidad de Madrid gastamos en NACO el 90 por ciento de anticoagulantes, no es un problema de gasto, el 90 por ciento –y ya nos acercamos al millón de euros- de todos los anticoagulantes son los nuevos anticoagulantes; por tanto, si fuera por una política de gasto no tendría ningún sentido esto. Sigue habiendo discrepancias, sigue habiendo falta de evidencias entre los distintos grupos de profesionales y serán ellos los que tendrán que ponerse de acuerdo y que nos den las indicaciones al respecto.

No creo que quien les habla sea sospechoso. Cuando hice el primer plan funcional del hospital de Guadarrama, del cual fui gerente tras su rehabilitación, figuraba una unidad de daño cerebral y yo implante la rehabilitación del daño cerebral adquirido. Cuando fui Director General de Servicios Sociales contrate unidades de daño cerebral adquirido y realice con el servicio de salud cántabro correspondiente de mi comunidad, con acuerdos para daño cerebral adquirido. Por tanto, no es un tema que me es ajeno, en el cual he trabajado mucho, y reconozco la deficiencia que tenemos. El problema real que tenemos es la cartera de servicios y en eso la Comunidad de Madrid no es competente; podrá hacer cartera de servicios complementaria, pero no está claro –y creo que lo ha citado la portavoz del Grupo Parlamentario Podemos- el límite y el alcance de la cartera de servicios en rehabilitación. Este es un problema que compete al Ministerio de Sanidad, no compete a la Comunidad de Madrid. Nosotros podríamos poner servicios complementarios, es cierto, pero saben ustedes que eso conllevaría una financiación diferente, que podemos también plantear, pero con la

que la mayoría de los representantes de esta Cámara no están muy de acuerdo, que se llama copago. Por tanto, discutiríamos en otro entorno y de otra forma. Sin embargo, estoy completamente de acuerdo en que quizá podríamos avanzar, porque tenemos una necesidad de avanzar, en fijar los límites de la rehabilitación crónica. Tenemos resuelta, más o menos adecuadamente, la rehabilitación precoz y, sin embargo, ni nosotros ni ninguna comunidad autónoma, por desgracia, tiene resuelto esto, porque no está limitada, insisto, la cartera de servicios.

Hombre, insumisión farmacéutica... Hemos respondido a la Defensora del Pueblo, quizá no con la respuesta que ella esperaba de nosotros, pero me niego a aceptar el término de insumisión farmacéutica porque hemos dado cumplida respuesta con el informe.

Reconozco que a veces se ofrece con mucho retraso la derivación de las camas. El problema, desgraciadamente, suele coincidir –no está ocurriendo este año–, por ejemplo, cuando hay una epidemia de gripe y hay congestión, que muchas de las camas son compartidas y cuesta mucho más hacer las derivaciones que cuando esto no ocurre, pero no se resuelve redimensionando los centros públicos, y usted sabe que estamos trabajando en redimensionar las poblaciones asignadas. Creo que es bastante más sensato redimensionar y adecuar la presión asistencial que tienen los hospitales y, una vez que hayamos readecuado la presión asistencial, adecuar las unidades si ha lugar. Y, en este sentido, tengo que decirle al señor Freire que yo no tengo ningún criterio de que París lo haga mejor que nosotros, no tengo ninguna evidencia ni ningún test científico de por qué lo hacen mejor que nosotros, tienen 18, pero tampoco justifican por qué, y nosotros vamos a tener 12. Otra cosa son otras consideraciones que su señoría ha tenido. La fiscalización de la Cámara de Cuentas Andaluza: mire usted, yo he leído ese informe y, realmente, estoy encantado de que la Cámara de Cuentas audite nuestros resultados porque van a ser mucho mejores; estoy absolutamente convencido de que son mucho mejores.

Creo que sí ha habido planificación. Aunque no es mi competencia, lo lamento mucho y me voy a comprometer a revisar que la página web no tiene los enlaces rotos, pero créame que no es intención de la Dirección General ni de la Consejería que tenga los enlaces rotos. Lo han comentado tanto su señoría como el portavoz de Ciudadanos y me comprometo, porque ya estamos trabajando y avanzando mucho en la publicación, tanto en el Observatorio como en el Portal de Transparencia, de los datos del registro, que quizá es una de las labores que llevamos más avanzadas.

Conozco el documento sueco de calidad y eficiencia en el tratamiento de ictus, lo tengo en mi despacho, y me parece muy razonable, pero no somos el sistema sueco de salud, por desgracia; es una aspiración que pudiéramos llegar a ese nivel y llegaremos. Desde luego sí que tiene y establece una serie de criterios que creo que van a ser muy útiles para que los profesionales de esta comisión mixta hagan la evaluación del plan y rediseñen la siguiente fase; no va a ser la Administración, se va a encargar a los profesionales que forman esa comisión asesora del Sermas y comisión mixta quienes se encarguen de hacer la revisión. Por tanto, vamos a avanzar en transparencia y vamos a trabajar también en poder disponer de más medios de rehabilitación crónica, y tengo que añadir que todos nuestros hospitales públicos, La Poveda, Fuenfría y Guadarrama, tienen unidades de daño cerebral

adquirido que están ampliando, y estamos también trabajando con ellos para modificar los criterios, porque ciertamente alguno de ellos tenía algunos criterios que eran demasiado selectivos; por tanto, ya hay un grupo trabajando desde Dirección General con estos hospitales para que sean, primero, más homogéneos todos en ofrecer la misma cartera de servicios y, segundo, para que algunos de ellos no sean tan selectivos porque, evidentemente, los hospitales públicos deben tener la misma facilidad de acceso.

En cuanto a la codificación al alta, estamos modificando el CIE-9 a CIE-10 y podremos codificar, pero nosotros codificamos con CIE-9, que es lo establecido, y este año estamos haciendo el trasvase a CIE-10, codificaremos con CIE-10 y, evidentemente, este cambio sustancial va a incluir muchísimas más codificaciones de las que se incluían antes. No es una cosa arbitraria de los servicios de salud de las comunidades codificar de una forma o codificar de otra, hay que codificar con lo que está establecido.

La brecha asistencial a la que se refería su señoría creo que no tiene nada que ver con ineficiencia, permítame. Una cosa es que pueda haber una diferencia en la asignación de recursos, que históricamente se han dado. En general todo nuestro sistema de salud español está dedicado a enfermos agudos -esto no es una novedad-, pasa lo mismo con el ictus que con otras patologías y tenemos muy pocos recursos asignados a población crónica, aunque afortunadamente creo que estamos variando y que ya en todos los planes asistenciales las patologías crónicas y la cronicidad están en marcha. Pero vincular ineficiencia a brecha asistencial creo que no es justo, sinceramente.

En cuanto a que haya demoras asistenciales de dos o tres meses, no dudo que en alguna ocasión se haya dado, pero el tiempo medio no es ese. ¡El tiempo medio no es ese! Yo lamento, y pido disculpas, si algún paciente ha tenido este tipo de demoras, pero esa no es la demora media que tenemos; la demora media que tenemos no pasa de 45 días e intentaremos reducirla porque ya nos parece mucho, pero dos o tres meses. Insisto, no me atrevo a negar que haya pasado, y por eso pido disculpas.

Las evidencias de ahorro a largo plazo en el ictus, como en cualquier otra patología, señoría, es evidente que sobre cualquier estrategia preventiva existen evidencias y estudios que... Pero nosotros tenemos que solucionar la atención a fases agudas en nuestro sistema y, al mismo tiempo, tendremos que ir trabajando -de hecho, en los nuevos planes de salud se trabaja ya- con medidas de prevención.

En cuanto a la atención a niños, la unidad del Niño Jesús tiene plazas suficientes, porque no todos los niños tienen que ingresar allí, porque ellos atienden a los niños, pero luego determinadas rehabilitaciones las mandan a sus hospitales de origen, no necesariamente las tienen que hacer allí; por tanto, en este momento creo que hay plazas suficientes. Otra cuestión es que tenemos que plantearnos un programa específico para el daño cerebral adquirido en la infancia, de otra manera. Esas son cuestiones distintas, pero, tal como lo tenemos establecido en este momento, la unidad de daño cerebral del Niño Jesús está cumpliendo su cometido. Podría estar de acuerdo con usted en que

nos sentemos a discutir cómo tenemos que replantear el daño cerebral adquirido con otra orientación distinta, sobre todo el que tiene que ver con accidentes, que es quizás donde podamos tener alguna deficiencia mayor o una perspectiva distinta.

Los tratamientos incluidos en carteras de servicios -quiero insistir- no nos corresponde a nosotros. La Comunidad de Madrid va a apoyar en el Consejo Interterritorial, cuando se plantee este tema, el cambio y la ampliación del concepto más amplio de rehabilitación no solo para el ictus sino para otras muchas patologías, porque se ha contemplado y subyace en el fondo de la estrategia de cronicidad de la Comunidad de Madrid y sería ilógico que no lo defendiéramos en el Consejo Interterritorial cuando lo estamos describiendo; por tanto, lo defenderemos, pero no es nuestra competencia.

Yo agradezco sinceramente sus intervenciones. He tomado nota, me comprometo a mejorar la transparencia y a publicar todo lo relativo al ictus, tanto en el Observatorio como en el portal de transparencia, para que tengan acceso todos los ciudadanos. Como ya estamos haciendo -poco a poco, sí, pero vamos avanzando- seguiremos publicando todos los datos que sus señorías nos han exigido en esta Cámara y seguiremos avanzando. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señor director general, doctor Pascual. Muchas gracias también a los miembros de su equipo que nos acompañan y a los visitantes que han querido acompañarnos hoy asistiendo a esta Comisión. Pasamos al último punto del orden del día.

### — RUEGOS Y PREGUNTAS. —

¿Desean formular sus señorías algún ruego o alguna pregunta? (*Denegaciones.*) En ese caso, se levanta la sesión.

*(Eran las dieciocho horas y cincuenta y ocho minutos).*

**SECRETARÍA GENERAL DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA**

**SERVICIO DE PUBLICACIONES**

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

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

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

**TARIFAS VIGENTES**

Información sobre suscripciones y tarifas,  
consultar página web de la Asamblea.



Depósito legal: M. 19.464-1983 - ISSN 1131-7051

Asamblea de Madrid