

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 651

3 de abril de 2018

X Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilmo. Sr. D. José María Arribas del Barrio

Sesión celebrada el martes 3 de abril de 2018

ORDEN DEL DÍA

1.- C-186/2018 RGEP.2157. Comparecencia del Sr. D. José Carlos Soto Madrigal, miembro de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS), o persona en quien delegue, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre la situación de la prevención del suicidio en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

2.- C-281/2018 RGEP.3347. Comparecencia de la Sra. D.ª María Bayta Díaz Rodríguez, psicóloga y coordinadora del equipo técnico de la Asociación ASPAL, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre el resultado de su trabajo con afectados por el juego en las casas de apuestas deportivas. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

3.- PCOC-150/2018 RGEF.1849. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.^a Josefa Navarro Lanchas, diputada del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre medidas que va a implementar para resolver los graves problemas existentes en la prestación del servicio de pediatría en los centros de atención primaria del municipio de Getafe.

4.- PCOC-217/2018 RGEF.2820. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación actual de la receta electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad de Madrid.

5.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 15 horas y 34 minutos.	39753
— C-186/2018 RGEF.2157. Comparecencia del Sr. D. José Carlos Soto Madrigal, miembro de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS), o persona en quien delegue, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre la situación de la prevención del suicidio en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	39753
- Exposición del Sr. Miembro de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio.	39753-39756
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Rejero Zubiri, la Sra. San José Pérez, la Sra. Ardid Jiménez y el Sr. Raboso García-Baquero.	39756-39763
- Interviene el Sr. Miembro de la Asociación dando respuesta a los señores portavoces.	39763-39765
— C-281/2018 RGEF.3347. Comparecencia de la Sra. D.^a María Bayta Díaz Rodríguez, psicóloga y coordinadora del equipo técnico de la Asociación ASPAL, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre el resultado de su trabajo con afectados por el juego en las casas de apuestas deportivas. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	39765

- Exposición de la Sra. Psicóloga y Coordinadora del Equipo Técnico de la Asociación para la Prevención y Ayuda al Ludópata.	39766-39771
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Veloso Lozano, el Sr. Delgado Orgaz, la Sra. Ardid Jiménez y la Sra. Plañiol Lacalle.	39771-39780
- Interviene la Sra. Psicóloga y Coordinadora dando respuesta a los señores portavoces.	39780-39783
— PCOC-150/2018 RGEF.1849. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.ª Josefa Navarro Lanchas, diputada del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre medidas que va a implementar para resolver los graves problemas existentes en la prestación del servicio de pediatría en los centros de atención primaria del municipio de Getafe.	39783-39784
- Interviene la Sra. Navarro Lanchas formulando la pregunta.	39784
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria respondiendo la pregunta.	39784-39785
- Intervienen la Sra. Navarro Lanchas y el Sr. Director General ampliando información.	39785-39788
— PCOC-217/2018 RGEF.2820. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación actual de la receta electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad de Madrid.	39788
- Interviene el Sr. Freire Campo formulando la pregunta.	39788
- Interviene el Sr. Director General de Sistemas de Información Sanitaria respondiendo la pregunta.	39788-39789
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Director General ampliando información.	39789-39791
— Ruegos y preguntas.	39791
- No se formulan ruegos ni preguntas.	39791
- Se levanta la sesión a las 17 horas y 46 minutos.	39791

(Se abre la sesión a las 15 horas y 34 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenas tardes. Comenzamos la sesión con el primer punto del orden del día.

C-186/2018 RGE.P.2157. Comparecencia del Sr. D. José Carlos Soto Madrigal, miembro de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS), o persona en quien delegue, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre la situación de la prevención del suicidio en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Ruego al señor Soto Madrigal que se incorpore a la mesa. *(Pausa.)* Le recuerdo que, al tratarse de una comparecencia por vía del artículo 211, procede que haga uso de la palabra para informar a la Comisión por un tiempo máximo de quince minutos; tiene la palabra, señor Soto.

El Sr. **MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN DE INVESTIGACIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL SUICIDIO** (Soto Madrigal): Estimados señores, muy buenas tardes y muchas gracias por permitirme dirigirles unas palabras. Les aseguro que para mí son, efectivamente, muy buenas tardes porque siento que, después de tanta lucha, el hecho de que pueda estar aquí hablando sobre suicidio esta tarde con ustedes viene a significar que, por fin, este tema tiene la atención de aquellos que deben velar por nuestra salud, y se lo agradezco de veras. Especialmente quiero dar las gracias a Alberto Reyero, que me cursó la invitación para comparecer ante esta Comisión. Espero que mi presencia aquí sirva para arrojar algo de luz sobre uno de los más importantes problemas de salud pública al que nos enfrentamos y, sin embargo, el más oculto.

Mi nombre es José Carlos Soto. Hace tres años y dos meses, mi hija Ariadna, de 18 años, se suicidó. Desde aquel 24 de enero de 2015, tanto mi mujer, Olga, como yo, pasamos a ser supervivientes de la persona más importante de nuestras vidas: nuestra hija. Es imposible que yo pueda explicar hoy en diez minutos el impacto brutal, el desgarrar terrible que sentimos y al que día a día seguimos enfrentándonos mi mujer y yo; no voy a intentarlo, pero sí les explicaré por qué estando hoy aquí creo que le hago el mejor homenaje posible a mi hija. La única medicina que te ayuda a seguir viviendo después de haber sufrido un golpe tan devastador es el amor; amor, cuidado, comprensión e información, es lo que recibimos desinteresadamente cuando contactamos con la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio, AIPIS, que es la Organización que nos ayudó a transitar este camino difícilísimo del duelo por suicidio, que nos puso en el intento de volver a vivir después de la pérdida de nuestra hija.

Hoy tengo el honor de representar a esta Asociación ante ustedes. En nuestro caso fue fundamental contar con el apoyo de los psicólogos especializados que trabajan desde la Asociación para ayudarnos a seguir adelante, que rápidamente se dieron cuenta de que era necesario integrar dentro de la estructura de la Asociación a los supervivientes, que somos aquellos que hemos perdido

un familiar por suicidio; primero, porque era necesario encontrar un foro donde compartir nuestro dolor y nuestra lucha, donde sentirnos escuchados en una sociedad sorda a nuestro grito y, segundo, porque sin duda somos más fuertes y podemos pelear cada día para que otros no sufran lo mismo que nosotros hemos sufrido. Esta lucha da sentido a mi vida y ocupa todo mi tiempo desde entonces. Cada vez somos más los familiares que encontramos en esas reuniones de supervivientes un espacio donde poder abrir las compuertas de nuestro dolor y pronunciar, por primera vez en muchos casos, la frase: mi hijo, mi hermano, mi padre se ha suicidado. Muchos descubrimos, como yo mismo hice gracias a la AIPIS, la dimensión brutal del problema del suicidio en nuestra sociedad.

Estamos hablando de la primera causa de muerte no natural en España, ¡la primera! El número de víctimas por suicidio duplica el número de víctimas por accidentes de tráfico en nuestras carreteras, de esas de las que tristemente hablamos por ejemplo al cerrar estos días las operaciones de regreso de la Semana Santa. Casi 4.000 personas cada año acaban con su vida, casi 11 en el día de hoy, 250 intentos al menos en un solo día; cifras que además son solo la punta del iceberg, porque si algo sabemos es que muestran apenas un porcentaje pequeño de las víctimas reales. ¿Cuántos ancianos aparecen muertos en sus casas agarrados de las manos? ¿Cuántos accidentes mortales de tráfico son provocados por personas que querían acabar con sus vidas? ¿Cuántas sobredosis no son sino suicidios que no engrosan las estadísticas? Sabemos que por cada suicidio hay al menos veinte tentativas sin éxito, más de 71.000 personas intentan suicidarse cada año en nuestro país. ¿Pueden imaginarse otro problema de esta envergadura sobre el que no estemos actuando? Las cifras de suicidio entre menores y adolescentes son abrumadoras y crecen cada año. Una de cada cuatro personas que se suicida es menor de 25 años; jóvenes que piensan que nadie va a entenderles o a escucharles, que se sienten solitarios en su dolor porque esta sociedad no les ha dicho que otros, como ellos, han pasado por ese mismo trance y han salido adelante.

En definitiva, hay una avalancha de información que existe, que está disponible, pero de la que no oímos hablar en los telediarios, como si nuestros muertos, como si aquellos que ahora mismo están pensando en acabar con sus vidas, no tuvieran derecho a que escucháramos su llanto. En definitiva, mucho, muchísimo dolor silenciado, hablamos de una sangría social de tal envergadura que debería ser considerado un problema de salud pública de primer nivel del que deben ocuparse con urgencia y, sin embargo, las víctimas y los que sobrevivimos a su pérdida vivimos cubiertos por un manto de tabú, de silencio que nos estigmatiza doblemente. Con los profesionales hemos aprendido que muchas de estas casi 4.000 muertes al año en nuestro país por suicidio pueden ser evitadas.

Detectar señales de alerta que permitan avisarnos de si una persona está pasando por una situación de ideación suicida o de elevada angustia o depresión es el primer camino para trabajar en la prevención del suicidio. Muchos hemos lamentado no haber sabido reconocer estas señales antes; quizá hubiésemos actuado de otra manera. Es por eso que para la Asociación Red AIPIS FAeDS el trabajo de prevención del suicidio es nuestra piedra angular. Somos la única asociación que da cobertura tanto a profesionales como a supervivientes. Nuestra asociación atiende al mes infinidad de llamadas y mensajes de personas con ideación suicida, que encuentran en nosotros atención profesional y comprometida. Cada vez recibimos más mensajes de familiares pidiendo ayuda porque

no saben cómo actuar y a quién dirigirse. Les aseguro que intentamos dar respuesta a esta incesante demanda, pero les pregunto: ¿es lógico que nuestra sociedad nos obligue a las víctimas a sobreponernos en solitario a nuestro dolor y a abordar esta tarea urgente e inabarcable solos? ¿Saben lo que es pensar que si no llegamos a todos los que nos solicitan ayuda con la máxima rapidez estaremos desatendiendo a una persona que quizá intente quitarse la vida? ¿Es posible que nuestra sociedad, nuestras instituciones, no nos apoyen en esta lucha? Creo que estarán de acuerdo conmigo en que la respuesta es no.

Otra de las labores indispensables que realizamos es la formación de los profesionales. ¿Saben que muchos psicólogos nos confiesan que a lo largo de toda su carrera nadie les ha ofrecido información sobre cómo intervenir con pacientes que hayan manifestado ideación suicida? ¡Estamos hablando de la primera causa de muerte no natural en nuestro país y existe un déficit de formación alarmante entre los profesionales de la salud mental sobre este asunto! ¿Sería lógico que nuestros médicos no supieran cómo actuar ante una crisis coronaria? Orientar a los psicólogos sobre cómo actuar ante un paciente con ideación suicida o suicidio no consumado parece de una lógica aplastante. Pues bien, hemos elaborado protocolos de actuación a ese respecto, del mismo modo que estamos ofreciendo formación a docentes, padres y comunidad educativa en su conjunto, y he de decirles que muchos institutos y colegios están abriendo sus puertas para tratar la prevención del suicidio entre niños y adolescentes. En algunas charlas hemos tenido la satisfacción de saber que se han podido detectar de manera precoz casos de chavales con ideación suicida; ¡no saben lo bien que duerme uno sabiendo que quizá ha contribuido a salvar una vida!

Estos y otros trabajos se han plasmado en varias guías de prevención del suicidio que hemos elaborado en colaboración con la Comunidad de Madrid y que tienen a su disposición en nuestra página web, porque la información es fundamental para romper con el tabú del suicidio y contribuir con ello a su prevención. El falso mito de la viralización de la conducta suicida, el conocido efecto llamada, actualmente desmontado por los especialistas, es otra de las barreras que sin duda debemos romper para ser eficaces en esta batalla.

Llegados a este punto, creo que pueden hacerse buena idea de las múltiples y urgentes necesidades que he venido hoy a transmitirles: necesitamos formación para los médicos de Atención Primaria, más psicólogos clínicos incorporados en los centros de Atención Primaria con información y formación específica sobre este asunto, más profesionales en ideación suicida en Atención Hospitalaria y seguimientos periódicos, formación a profesionales de la educación sobre ideación suicida, así como a padres, docentes, orientadores y alumnado.

Las organizaciones que venimos trabajando en la atención a las víctimas y supervivientes necesitamos contar con su apoyo, necesitamos que nos ayuden a seguir trabajando; necesitamos urgentemente que se aborde de manera eficaz este problema y creemos firmemente que solo se podrán coordinar y planificar todas las actividades, que solo seremos realmente efectivos, si contemplamos el problema en su conjunto, nos responsabilizamos y contamos con la necesaria ley de prevención del suicidio y atención a las víctimas.

Hoy he querido traerles aquí el testimonio de nuestro dolor, pero también el de nuestra lucha. No vamos a rendirnos, el nuestro es un mensaje de vida; nos sostiene la fuerza de los que siempre están con nosotros. Ahora, por favor, les pido, como responsables de nuestro bienestar, que nos escuchen y apoyen; les aseguro que salvar una vida bien vale su apoyo. En Red AIPIS FAeDS nos ponemos a su disposición; ponemos nuestra experiencia a su disposición para resolver cualquier cuestión en la que podamos ser de ayuda y, si lo consideran oportuno, estaremos encantados de cooperar en la elaboración de esa necesaria ley de prevención del suicidio que ya no puede esperar más. Quedo a su disposición para las cuestiones que quieran formularme. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Soto. A continuación tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, señor Rejero.

El Sr. **REYERO ZUBIRI**: Muchas gracias, Presidente. Bienvenido, Carlos Soto, a esta Comisión. Muchísimas gracias por traernos aquí su vivencia personal, lo que pasó con su hija Ariadna y de qué manera consiguió superar esa situación relacionada con el suicidio de su hija. Yo he visto en las redes algunos de los vídeos de las entrevistas que le han hecho y creo que, además, lo que le mueve es una frase que a mí se me quedó grabada: Eso no puede volver a ocurrir. Es algo que decías cuando te encontrabas con los compañeros de tu hija y eso es lo que ahora estás ofreciendo a la sociedad, que, de alguna manera, eso no pueda volver a ocurrir. También quería agradecer a la Red AIPIS el trabajo que hace, porque me parece que es fundamental, así como a la persona que hoy te acompaña. Además, quiero recordar que al final todo lo que tiene que ver con lo social, el papel tanto de las familias como de las entidades, es fundamental en nuestro sistema y, por lo tanto, enhorabuena.

Yo conocí a Carlos en una rueda de prensa hace no demasiado tiempo con motivo del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, que es todos los 10 de septiembre, y yo te diría, Carlos, que me gustaría que para el año que viene –o para este año; un año después-, no sé si habremos llegado tan lejos como para llegar a eso que nos has pedido, una ley de prevención del suicidio, aunque hay algunos países como Argentina que ya la tienen, pero sí que seamos capaces, por lo menos en lo que se refiere a nuestro entorno más cercano, a la Comunidad de Madrid, de contar con un plan de prevención del suicidio, tal y como aprobamos hace solo unos meses en el Pleno de esta Asamblea. Porque ese es nuestro objetivo, contribuir de la manera que podamos desde esta Asamblea a que el número de los suicidios disminuya en España y en la Comunidad de Madrid. Tú has dado datos de España, pero en el caso de la Comunidad de Madrid los datos están aproximadamente en 327 personas, aunque son datos que, como decías, en muchos casos tienen una fiabilidad relativa, porque hay muchos casos de suicidio escondidos, pero es un problema real y tenemos que ser capaces de darle solución. Por lo tanto, desde aquí presentamos una PNL. Tú has comentado, porque has colaborado con la Comunidad de Madrid, que se han hecho muchas cosas, y yo creo que hay que reconocerlo, en todas las instancias; lo que se refiere al anterior Plan Estratégico de Salud Mental, los materiales divulgativos que se han publicado tanto en Educación como en Sanidad y, algo también importante, que contamos con unos excelentes profesionales de salud mental en la Comunidad de Madrid. Yo creo que en ese sentido los datos son, todos ellos, positivos. Pero tenemos el

convencimiento de que podemos hacer más y de que podemos conseguir que esa cifra de 327 personas que murieron en el año 2016 se reduzca en los años siguientes.

Por eso aprobamos una PNL el pasado 19 de octubre en la que hablábamos de todas aquellas cosas que considerábamos importantes que debemos acometer desde la Comunidad de Madrid. Un apartado muy importante es el apartado de los medios; yo creo que hay que acabar con ese mito de que hablar sobre el suicidio lo que hace es servir de efecto llamada para que haya más suicidios. Eso ocurre si se habla del suicidio mal y para eso los medios tienen unos códigos éticos y tienen que saber cómo tienen que informar acerca de los suicidios. Que haya unos mecanismos para centrarnos en el abordaje de la conducta suicida; yo creo que hay que llegar a la persona, al individuo que tiene ideas suicidas y realmente ofrecerle alternativas para mostrar que la única alternativa no es el suicidio sino que hay otras. Medidas específicas de apoyo para las familias, que yo creo que es fundamental, y también para la víctima. Atención social y psicológica para las familias que desgraciadamente han sufrido un suicidio y están en esa situación de duelo. Otro tema importante que desde la Comunidad de Madrid también tenemos que ser capaces de fomentar es el asociacionismo de las organizaciones; yo creo que sois pocas las asociaciones que estáis funcionando y que deberíais tener más fortaleza, porque al final es la mejor manera de dar solución a un problema como este.

Yo les diría que, con posterioridad al Pleno en el que hablamos de esto, he tenido la oportunidad de hablar con el Consejero, con Enrique Ruiz, acerca de la necesidad de que se apruebe y yo creo que él, además, me ha dicho que ya estaban trabajando en el Plan de Prevención del Suicidio de la Comunidad de Madrid, que también estaban trabajando en relación con el Plan Estratégico de Salud Mental, que desgraciadamente lleva ya bastante retraso, pero es importante que se haga, y yo creo que el compromiso -espero que sea una realidad; yo no tengo por qué dejar de creerle- es que por lo menos para el 10 de septiembre de este año tengamos un Plan de Prevención del Suicidio en marcha en la Comunidad de Madrid, lo cual sería a nuestro juicio una excelente noticia.

Para terminar, señor Soto, simplemente quiero reiterarle el agradecimiento de mi Grupo y, además, decirles a todos ustedes, señorías, que podemos prevenir el suicidio, que hay posibilidad de prevenir el suicidio, que podemos reducir el sufrimiento de mucha gente. Cuando hablamos de suicidio siempre me gusta utilizar la cifra de las personas que tienen ideas suicidas y no culminan el suicidio, pero que son personas que padecen el mismo sufrimiento que las personas que han culminado el suicidio, que podemos actuar sobre ellos. Para eso creo que estamos en la Comisión adecuada; no es la Comisión en la que normalmente desempeño mi trabajo, pero creo que desde aquí podemos contribuir a conseguir que el suicidio disminuya en la Comunidad de Madrid en los próximos años. Por supuesto, mi Grupo está a su disposición para lo que usted necesite. Nada más y muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Reyero. Tiene la palabra la señora San José por el Grupo Parlamentario Podemos.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Gracias, Presidente. Muchas gracias también al señor Soto por su exposición y por traer a esta Comisión la experiencia que ha vivido y la experiencia que está llevando a cabo su asociación, que realmente es positiva.

Como usted dice, muchas veces las instituciones no están dando la respuesta adecuada, aunque indudablemente se hayan hecho cosas. Por eso, quiero repasar o hacer hincapié en lo que a nuestro juicio no se ha hecho o en aquello en lo que no se han puesto los suficientes recursos en la red, que debiera actuar en la estrategia de prevención del suicidio, porque siempre hay un gran decalaje entre lo que se dice y publica y lo que luego realmente se lleva a cabo. En este caso, por ejemplo, creo que la Consejería de Sanidad no lleva a cabo muchas veces lo que se publicita o se dice. Si nosotros repasamos en las últimas Memorias o en los informes de salud los datos que tenemos publicados y que están a nuestro alcance, es verdad que hay un Plan Estratégico de Prevención del Suicidio 2010-2014, pero todavía no tenemos nada nuevo y lo único que se dice es que se prolonga. Es verdad que aquello supuso un adelanto, por ejemplo, con dos programas piloto de prevención del suicidio siguiendo un modelo multinivel basado en la Alianza Europea contra la Depresión, uno en un hospital público y otro en un hospital privado.

La Estrategia que se llevó a cabo en el 12 de Octubre parece óptima y tuvo muy buenos resultados, pero ahí se quedó, no se ha extendido, no se ha hecho más, etcétera. Y ahí, efectivamente, se dio la integración entre el nivel hospitalario, el nivel de atención a la salud mental desde los centros de salud mental, se contaba con la atención de pacientes y de sus familiares, etcétera. Eso se quedó ahí y no se ha extendido ni se ha evaluado, aunque se dice que verdaderamente consigue disminuir tanto los intentos como el número de suicidios.

Efectivamente, se hicieron varios protocolos y guías, pero me quiero referir, por ejemplo, a un protocolo que se hace desde los servicios de urgencia para asegurar la continuidad del paciente que ingresa en los mismos. Esto que se sigue diciendo y a lo que se alude en las Memorias es un programa o código de atención al riesgo suicida que precisamente es bastante controvertido por lo que luego me referiré. También se pusieron en marcha acciones formativas que evidencian la importancia que tienen precisamente campañas de formación tanto a nivel de la población general como en los colegios e institutos y de los propios profesionales, a los que usted también ha hecho referencia. Pero no sabemos en qué ha quedado todo eso ni si se está continuando.

También conocemos -y solo desde el año 2012, porque el último informe de salud de la población madrileña fue de 2014 y no hay ningún otro dato- las tasas tan tremendas de mortalidad por suicidio, que, como usted bien dice, es la primera causa entre los jóvenes, que está incluido en causas externas, siendo alarmante en jóvenes hasta los 15 años, repuntando luego hasta los 34. Con esas cifras no se ha hecho nada; es decir, nos encontramos con un modelo sanitario madrileño que no tiene una estrategia, contando con esta situación, que prosiga en ese camino de prevención de conducta suicida. ¿Y por qué pienso -y quiero hacer hincapié en ello- que es el mayor problema? Porque nuestro modelo de salud mental creo que se ha ido deteriorando; no mejorando para que diera una buena respuesta, sino empeorando. Se ha abandonado la salud mental comunitaria, que es

de donde debe empezar, a nuestro juicio, esta atención, esta cobertura al riesgo suicida; se han privatizado centros de salud mental, y se ha hecho que todo dependa de la gerencia hospitalaria, que fue bastante criticada y controvertida.

Por lo tanto, estamos ante un modelo que, si no cambia, pensamos que no cubrirá adecuadamente esta problemática que tratamos, porque nos falta un plan de salud mental, que es el que debe incluir esa estrategia de prevención de conducta suicida, y porque no tenemos una organización materialmente adecuada ni de medios físicos –me refiero con recursos materiales- ni con plantilla suficiente. Solo hay que acordarse de la escasa relevancia que tiene la Oficina Regional de Coordinación de la Salud Mental; se dice que han incrementado un poquito la plantilla porque están elaborando el plan de salud mental; el último fue en 2014, cuatro años sin un verdadero plan de salud mental. ¿Cómo vamos a tener una gran estrategia para prevenir esto si es parte de un todo y no tenemos ese marco que lo debería incluir?

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, señora San José.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Respecto –y no lo tenemos todavía, pero tenemos borradores y alguna información- al nuevo Plan Estratégico de Salud Mental, ¿qué sabemos de él? Tres cositas: han abandonado toda la problemática adictiva que puede tener relación, han abandonado integrar las redes de la Consejería de Políticas Sociales y mantiene ese código –por poner un ejemplo más- tan controvertido que es derivar el riesgo desde las urgencias hospitalarias a unos centros de salud mental deteriorados y privatizados que son los que deberían llevar el peso de esta estrategia y no pueden por falta de recursos. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora San José. Tiene la palabra, por parte del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Ardid.

La Sra. **ARDID JIMÉNEZ**: Muchas gracias, Presidente. Buenas tardes, señor Soto, le agradecemos desde mi Grupo su comparecencia. Como se han dicho antes los que me han precedido en el uso de la palabra, se aprobó en esta Asamblea una proposición no de ley que instaba al Gobierno a materializar intervenciones y acciones respecto a la prevención del suicidio. Me gustaría saber si a ustedes les han comunicado cuáles son las acciones que se han tomado a este respecto, si ustedes son conocedores de que se aprobó esta proposición no de ley y en qué punto está ahora. Me gustaría que en su segunda intervención nos hiciera referencia a esto.

También me gustaría que de manera expresa en su segunda intervención nos dijera claramente qué es lo que quieren de los Grupos de la Asamblea directamente, porque evidentemente el suicidio es una situación de salud pública muy compleja. Hoy en día en la Comunidad de Madrid estamos alrededor de un suicidio diario, para verlo de una manera más plástica, cerca de un suicidio diario. Las causas no están estudiadas en la mayor parte de los casos, pero sí que podemos describir algunas de las dificultades con las que nos encontramos. La primera, de la que también se ha hablado, se refiere al plan de continuidad de cuidados desde las Urgencias y derivación a los servicios especializados. Esto es algo que está fallando en la actualidad, y realmente, si conocemos lo que es la

ideación suicida en un individuo y qué pasos se dan hasta que se materializa la conducta suicida, es algo en lo que deberíamos ponernos a trabajar de manera muy seria y el punto en el que tenemos que hacer la prevención.

Las conductas suicidas repetidas quizás sean el hecho diferencial respecto al suicidio conseguido. Me gustaría saber si ustedes conocen datos de la Comunidad de Madrid, si saben en qué cifras nos estamos moviendo, a partir del trabajo que se ha hecho con personas que han tenido más de uno o más de dos intentos de suicidio. No sé si ustedes tienen conocimiento de esto. La verdad es que los resultados de los trabajos de la Consejería de Sanidad en relación con todos los planes que ha puesto en marcha son nulos, por lo menos nosotros no los conocemos y tenemos acceso a la intranet porque somos profesionales de la sanidad; es decir, no es porque no tengamos acceso al instrumento, es que no hay resultados. Esto es algo que, respecto a la prevención del suicidio, nos va a plantear muchas dificultades. Por eso me parece importante su comparecencia aquí, porque creo que va a remover, y, además, en su caso, de manera especial, porque lo ha vivido usted; usted es un superviviente. Hay un hecho claro: los trastornos psicopatológicos son quizás también el otro elemento diferencial fundamental en los intentos de suicidio que terminan en muerte. Quizá ese sea el elemento que hoy podamos considerar predictor en mayor medida de una conducta suicida: una ideación suicida y además un trastorno psicopatológico. De manera que estamos dentro del campo de la salud mental, y aquí nos encontramos con otro de los problemas: ¿de qué nos sirve tener formada a la sociedad, a las organizaciones sociales, a los profesores o a los médicos de Atención Primaria si después, cuando hay que derivar a la Atención Especializada, nos encontramos con listas de espera extraordinarias o con citas para meses después? Ahora, la Comunidad de Madrid acaba de poner en marcha en veintiún centros de salud el psicólogo en Atención Primaria. Es un programa piloto. Veremos si encontramos en algún momento datos de ese programa piloto. Nos tememos mucho que, cuando pase un año, nos encontraremos sin resultados y sin datos de lo que ha pasado con esta experiencia.

Yo creo que la detección temprana de individuos que tengan un riesgo elevado es fundamental en la prevención, y es verdad que la formación es muy importante. La formación a todas las personas que puedan estar en contacto e implicadas en una relación con las personas vulnerables es fundamental. De hecho, la Comunidad de Madrid durante un tiempo dedicó también esfuerzos a esto. Yo creo que hoy la formación es quizá otra de las grandes perjudicadas por los recortes. Desde el cierre de la Laín Entralgo, la formación en los sanitarios ha sido prácticamente irrelevante, de manera que comprometer a todas las instancias que están relacionadas pasa por que se sientan competentes también a la hora de detectar y manejar el problema. Me gustaría que, si pudiera, nos hablara de esto en su segunda intervención. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Ardid. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchísimas gracias, señor Soto, por su comparecencia y su testimonio ante esta Comisión de Sanidad que, como

padre, me ha parecido verdaderamente sobrecogedor, porque nadie que no haya pasado por lo que usted y su mujer han debido pasar puede concebir de ninguna forma el sufrimiento que han tenido que experimentar ustedes.

Yo creo que, como ya se ha mencionado, el suicidio es un importante problema de salud pública que constituye, como ya ha mencionado, la primera causa externa de muerte en España. Los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística publicados a finales de diciembre confirman que el suicidio es la primera causa externa de muerte en España, por encima de los accidentes de tráfico, pero yo veo con cierta esperanza que se ha producido un descenso por segundo año consecutivo, tras cuatro años de subida, en torno al 20 por ciento. Yo creo que el suicidio es una medida del fracaso social, es un termómetro del fracaso de la sociedad al detectar a personas que están puestas al límite y que no ven otra opción o no ven otra salida. Ya digo que valoro mucho el hecho de que tras cuatro de subida en la tasa de suicidios haya disminuido como un 20 por ciento en dos años consecutivos.

Los datos publicados correspondientes a 2016 son de 3.569 suicidios en toda España, y la Comunidad de Madrid sigue siendo la comunidad con la tasa más baja de España, con 4,72 casos por cada 100.000 habitantes, frente a 7,67 de media nacional. El índice de suicidio en varones es más alto que en mujeres; el mayor número de suicidios se produce entre los 40 y 49 años, y también hay una edad de particular riesgo a partir de los 65 años. Se considera la primera causa absoluta de muerte en varones de 15 a 29 años y la segunda en mujeres, después de los tumores, y es muy frecuente, porque es particularmente dramático, el suicidio en adolescentes, pero en la Comunidad de Madrid las tasas de suicidio en adolescentes son, afortunadamente, muy bajas, habiéndose producido solamente dos casos en menores de 15 años en el año 2016.

El suicidio es un fenómeno muy complejo de origen multifactorial, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Los trastornos mentales, especialmente la depresión, los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas son importantes factores de riesgo del suicidio, que subyacen en un porcentaje muy importante de los casos, especialmente en Europa y en América del Norte. La tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico, por ejemplo, es nueve veces mayor que la población general. En la depresión mayor el riesgo de suicidio se multiplica por 21; en los trastornos de alimentación, por 33, y en las toxicomanías, por 86; cosa que yo creo que hay que tener muy en cuenta a la hora de identificar las poblaciones de riesgo.

La Organización Mundial de la Salud lanzó en 1999 la iniciativa mundial para la prevención del suicidio, y en el año 2008 el suicidio se identificó por la misma organización como una acción prioritaria a partir de la cual se debían desarrollar en cada país las iniciativas pertinentes, por ejemplo -y se identificaba muy especialmente-, el apoyo y tratamiento a la población de riesgo, la reducción de la accesibilidad a medios para el suicidio, el desarrollo de redes de apoyo a personas que sobreviven a un intento de suicidio y el entrenamiento de profesionales en Atención Primaria y a otros sectores.

La prevención del suicidio constituye una prioridad en la Comunidad de Madrid, que se ha concretado en los últimos seis años en acciones lideradas desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, siguiendo el modelo de las estrategias multinivel, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud, y otras instancias de ámbito europeo, como la alianza europea contra la depresión. Este modelo implica acciones con varias dianas: poblaciones de riesgo y vulnerables, formación e información a profesionales de Atención Primaria y el SUMMA; información de facilitadores sociales, bomberos, policía, profesores, etcétera, para la mejor detección de los casos de riesgo, y acciones directas de sensibilización en la población general; todo esto siguiendo directrices establecidas internacionalmente.

Quiero señalar igualmente que la doctora Mercedes Navío Costa, que es la Coordinadora de la Oficina Regional de Salud Mental, dirigió el proyecto de prevención del suicidio en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad. Las acciones de prevención del suicidio realizadas a la Comunidad de Madrid siguiendo este tipo de despliegue estratégico son las siguientes: se ha implementado un programa piloto de prevención del suicidio, como ya se ha comentado en el Hospital 12 de Octubre y en la Fundación Jiménez Díaz, dirigido a personas que han realizado tentativas de suicidios; el programa del Hospital Universitario 12 de Octubre incluye integración de los niveles ambulatorios hospitalarios, atención psiquiátrica y psicológica, individual y grupal, a pacientes y familiares, gestor de caso telefónico, así como formación a Atención Primaria, y el programa de la Fundación Jiménez Díaz incluye comunicación previa de información extrahospitalaria en estrecha coordinación con el SAMUR. Estos dos programas pilotos han sido valorados en el año 2016 y los resultados preliminares de la evaluación confirman una reducción significativa de la repetición de tentativas de suicidio, cosa que considero que es muy importante en este problema. Está prevista su extensión progresiva a otros hospitales del Servicio Madrileño de Salud, que ya ha comenzado -no como comentaba la portavoz de Podemos- por el pilotado en este momento en el Hospital Gregorio Marañón en el Centro de Salud Mental de Retiro.

Para abordar el riesgo de suicidio en la población de riesgo se mantienen implantados protocolos de prevención que mejoran la detección del riesgo en los Servicios de Urgencias y en las unidades de hospitalización de todos los hospitales del SERMAS. Tengo que decir aquí que es muy importante la preparación y la modificación de las infraestructuras para prevenir suicidios o intentos de suicidio en la población de pacientes ingresados. Muchas veces no lo observamos pero las ventanas de los hospitales, por ejemplo, no se pueden abrir o tienen una limitación para su apertura y el motivo es evidente.

También, por supuesto, hay que destacar el Código ARSUIC, Atención al Riesgo Suicida, en virtud del cual se garantiza la continuidad asistencial a pacientes con potencial riesgo suicida identificado no subsidiarios de ingreso, asegurándoles una cita para el seguimiento ambulatorio en el Servicio de Salud Mental de referencia en el plazo máximo de una semana, no, como se ha mencionado aquí, tras el alta hospitalaria o de urgencias.

También hay protocolos de prevención del suicidio para unidades de hospitalización, que incluyen la sistematización de la detección del riesgo suicida y la intervención ante el mismo durante la hospitalización aguda, llevada a cabo tanto por médicos como por enfermería. También se han establecido protocolos de prevención del suicidio en los Servicios de Urgencia con un checklist que sistematiza la exploración del riesgo suicida y evita la omisión accidental de alguna pregunta clave.

En paralelo con las acciones preventivas se han llevado a cabo acciones formativas, como por ejemplo el Programa Actualización en la Detección y Manejo del Riesgo Suicida en la Atención Primaria y el Programa Actualización en la Detección y Manejo del Riesgo Suicida en el SUMMA 112, que desde 2013 ya se han celebrado 44 ediciones, con más de 1.300 plazas ofertadas a médicos, enfermeras y técnicos.

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

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Se ha incorporado usted a estos cursos. Además se van a llevar a cabo jornadas que aborden la atención al duelo por la pérdida que ha sufrido usted y su familia.

También se han realizado dos ediciones de la campaña institucional Prevención de la Depresión y del Suicidio y, por supuesto, una campaña muy numerosa y abundante de carteles, dípticos y guías para profesionales y para familiares; también está previsto realizar en este año una guía específica para supervivientes, aparte de un spot que, como usted sabe, se ha colgado en la web institucional y también se ha colgado en YouTube. Asimismo un nuevo Plan de Salud Mental –y con esto termino- 2018-2020 que incluye una línea estratégica específica para la prevención del suicidio. Siempre quedan cosas por hacer en esta cuestión y, como usted ha identificado, es un problema de salud mayor, pero creo que la Comunidad de Madrid ahora mismo exhibe una actividad que creo que debe ser reconocida en un problema con el que usted ha convivido en su propia persona. Muchas gracias por su comparecencia.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Raboso. Señor Soto, tiene la palabra por un tiempo de diez minutos.

El Sr. **MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN DE INVESTIGACIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL SUICIDIO** (Soto Madrigal): Gracias. A ver cómo contesto a todo... Yo, efectivamente, tengo contacto directo con Mercedes Navío y colaboro en los cursos del SUMMA y fíjese que en estos cursos -y esto va a contestar también la pregunta del Partido Socialista- me encuentro con médicos y enfermeras de Atención Primaria que llevan mucho tiempo trabajando y que desconocen absolutamente el tema del suicidio. El problema quizás no sea tanto culpa de los políticos, es decir, quizás lo más importante es que todos los niveles de la población o la mayor de los niveles de la población desconocen absolutamente el tema, incluidos los servicios médicos, de tal manera que yo le voy a contar casos y voy a darle ejemplos muy particulares y reales.

El primer sitio donde llevamos a mi hija fue al médico de cabecera porque no dormía; no podía dormir y nosotros lo achacábamos a la adolescencia, la selectividad, a todo esto, y la doctora de cabecera inmediatamente le recetó prozac y un calmante muy fuerte –no recuerdo cuál era- para poder dormir, no la derivó ni a un psicólogo ni a un psiquiatra. Si la hubiera derivado a un psicólogo hubiera tardado a lo mejor dos meses y la siguiente visita hubiera sido a los dos meses, con lo cual, y esto pasa en muchísimos casos, no serviría de nada; ese es el problema. El problema no son tanto los planes que hay, que me parecen perfectos y que estoy seguro de que trabajan en ellos todos y que tienen interés en que salgan adelante, el problema es que tenemos que empezar informando a la sociedad, dejando de convertir este tema en un tabú para que nadie hable de él. Un poco lo que decían los medios de comunicación, la prensa y el don Alberto Reoyo: si no se habla, la gente no conoce y no sabe, y como nos pasó a nosotros, no identifica que una persona con un aumento de la tristeza muy grande –en el caso de adolescentes que a lo mejor lo conozco más- está en un riesgo muy alto.

Fíjese, le voy a poner un ejemplo directísimo de hace 15 días, en un curso que hemos dado en un instituto muy importante de Madrid: unos padres estaban asustados porque uno de ellos se había dado cuenta de que amigos de su hija se estaban haciendo automutilaciones, y ya no se las hacían en los brazos, se las hacían en zonas escondidas, en la tripa, en la espalda o en los muslos, para que no les descubrieran en casa. Siempre que hay casos de mutilaciones hay un riesgo altísimo, está diciéndonos: ¡cuidado!, porque está muy cerca de una ideación suicida. El único que lo podría detectar, ya que, tal como son los adolescentes, sería muy difícil que lo hicieran los padres, sería el médico de cabecera haciéndole una revisión total. El otro día, a una persona que se puso en contacto conmigo le recomendé eso: llévale al médico, que tiene el poder de pedirle que se desvista para revisarle sin que se lo tome a mal y ver si tiene mutilaciones, si se está haciendo cortes.

Esto ocurre a nivel de toda la población, por lo que tenemos que hacer una campaña para romper los mitos, los tabúes, para que se conozcan los factores de riesgo. Evidentemente, las guías están muy bien y estamos muy orgullosos de este trabajo, así como de que se haya hecho en Madrid y nos lo hayan pedido otras comunidades, incluso otros países. El problema es que nos hemos enterado de que la última guía para docentes, que aunque iba a ser más gruesa es muy buena, no se ha entregado en montones de institutos, cuando la Comunidad la hizo y se ordenó que se le entregara una a cada docente de esta Comunidad; sin embargo, no se les ha entregado, porque muchos de los Directores de centros en los que conocemos personas han determinado que les daba mucho miedo, que no sabían qué hacer con esto, y las han guardado, ¡y esto no puede ser! Conseguimos muy pocos talleres o cursos en colegios e institutos porque, evidentemente, somos una asociación que no cuenta con el apoyo de tener detrás a la Consejería de Educación y nos ponen la excusa de que les da mucho miedo que se dé un curso, que es mejor no hablar, cuando la experiencia que tenemos por haber hablado con los jóvenes –y creo que todos podemos recordar esa edad- es que están perfectamente dispuestos a hablar del tema, incluso a ayudarse entre ellos y solucionar los problemas, y estamos evitando ese paso. Insisto, el primer problema es poder comunicarlo a la sociedad, vencer esos tabúes.

No quiero que se me olvide decir que el suicidio siempre es multicausal, no hay una sola causa; a la depresión se llega por equis motivos y no siempre una enfermedad mental es la única causa, hay otros elementos que participan. Hay grupos en los que es mucho más complicado: mientras en el caso de los ancianos sería fácil enterarse porque la soledad es la que conduce a una enfermedad muy grave, a la ideación suicida, en los adolescentes es más complejo y los padres tenemos que saber qué cosas tenemos que observar. Los que tienen hijos ya saben que pasan más tiempo en el colegio que en casa, por eso los profesores también tienen que saber qué cosas pueden observar, así como sus compañeros, para poder avisar, decir: oye, estoy notando algo muy extraño, vamos a preguntarle qué pasa; es decir, tiene que implicarse toda la sociedad, porque seguramente, si no, todo el trabajo se queda en menos, porque no les llega o no lo quieren aceptar.

Por tanto, hay que empezar por una buena campaña y aprovecho para pedir en nombre de los que estamos trabajando en esto, que todos nosotros somos voluntarios, nadie cobra absolutamente nada y no recibimos ninguna ayuda, pero no tenemos tiempo material para poder atender a tantísima gente, necesitamos tener un local y tener gente trabajando para poder recibir cada día las llamadas y a las personas que acuden físicamente, porque no damos abasto de llamadas y de consultas. Nada más. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Soto. Sentimos lo que le ocurrió, la pérdida de su hija. Gracias a usted y a AIPIS por el trabajo, el testimonio y la fuerza que transmiten y, sobre todo, nuestra más sentida consideración.

El Sr. **MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN DE INVESTIGACIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL SUICIDIO** (Soto Madrigal): Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día.

C-281/2018 RGEP.3347. Comparecencia de la Sra. D.ª María Bayta Díaz Rodríguez, psicóloga y coordinadora del equipo técnico de la Asociación ASPAL, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre el resultado de su trabajo con afectados por el juego en las casas de apuestas deportivas. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Bienvenida, señora Bayta. (La Sra. **PSICÓLOGA Y COORDINADORA DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y AYUDA AL LUDÓPATA**: *Me he permitido traer una presentación; intentaré ser breve.*) ¿Le hace falta algún técnico? (La Sra. **PSICÓLOGA Y COORDINADORA DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y AYUDA AL LUDÓPATA**: *No. Gracias.*) Señora Bayta, tiene la palabra por un tiempo de quince minutos.

La Sra. **PSICÓLOGA Y COORDINADORA DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y AYUDA AL LUDÓPATA** (Díaz Rodríguez): En primer lugar, quiero agradecer a la Asamblea y en especial al Grupo Parlamentario Podemos el permitirme venir a exponer la problemática que estamos viendo todos los días en nuestra asociación. Yo pertenezco a la Asociación para la Prevención y Ayuda al Ludópata, APAL; entré a formar parte como voluntaria en el año 2004, con lo cual llevo catorce años dedicada casi exclusivamente –junto a otras cosas- a este problema de la ludopatía. La Asociación APAL pertenece a la Comunidad de Madrid, tiene una larga trayectoria puesto que fue fundada en 1998, está dedicada específicamente a tratar problemas de adicción conductual o adicciones sin sustancias y, aunque atendemos principalmente la ludopatía, también atendemos a otros tipos de problemas, como la compra compulsiva, la ludopatía bursátil, etcétera. Estábamos inscritos en el Registro de Asociaciones de la Comunidad de Madrid, formamos parte de la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados y en 2003 se considera asociación de utilidad pública. El equipo que formamos normalmente funciona a través de voluntarios y los únicos que estamos contratados –ahora que nos lo podemos permitir- somos las psicólogas, y el resto de los trabajos, tanto administrativos como de manejo de grupos y demás, los llevan a cabo los jugadores voluntarios, jugadores rehabilitados voluntarios en la asociación.

No quisiera dar una clase de psicopatología, pero sí quisiera hablar un poquito de qué es lo que voy a exponer aquí. En primer lugar, estamos hablando de una adicción sin sustancia, no hay una sustancia química, como puede ser el alcohol o cualquier otro tipo de drogas, que esté relacionada con el problema de adicción, pero sí hemos encontrado y está reconocido que, aunque no hay una sustancia química, reproduce los mismos problemas de conducta que se encuentran en cualquier otro tipo de adicción: el deseo intenso; las conductas de “craving”, es decir, de búsqueda; el fenómeno de la tolerancia, que cada vez necesitan más cantidad de sustancia, en este caso repetir la conducta más habitualmente, más frecuentemente o con mayor intensidad; aparecen también los síntomas asociados al síndrome de abstinencia, que en este caso no son tan llamativos como en una adicción a la heroína pero sí que tenemos un cuadro de ansiedad, de depresión y de agitación similares; también aparece el fenómeno de las recaídas, y es que una vez mantenida la abstinencia vuelven a realizar esta conducta; aparece modificación del humor, generalmente trastornos asociados a la ansiedad y la depresión; también dificultades a nivel afectivo, familiar, social y económico derivadas de esta conducta.

Las características comunes de esta actividad, el juego en este caso, son: se convierte en la actividad más importante de este individuo, que ocupa gran parte de su tiempo y de su pensamiento; el comportamiento se repite de forma compulsiva; padecen síntomas de malestar previos que se aminoran o desaparecen cuando realizan la conducta; se intenta controlar la conducta sin éxito; aparecen sentimientos de culpa y malestar relacionados con las consecuencias de esta conducta, y suelen ser conductas por sí mismas reforzantes. Sí es cierto que cualquier conducta se puede convertir en una conducta adictiva, pero hay determinadas conductas, principalmente las que tienen más valor reforzante, que son más susceptibles de convertirse en una adicción, por ejemplo el juego o la adicción a compras. Sin embargo, el juego tiene una parte especial, aunque está reconocido por la Asociación Americana de Psiquiatría desde los años ochenta y por la Organización Mundial de la Salud;

anteriormente estaba reconocida dentro de los trastornos de control de impulsos y a partir de 2014 la Asociación Americana de Psiquiatría decide incluirlo en los trastornos adictivos al mismo nivel que una adicción a la cocaína, al alcohol o al tabaco. En la presentación que están viendo tienen los criterios diagnósticos, que son similares a los de cualquier otro tipo de conducta adictiva, pero no quisiera extenderme en ellos; entonces, vamos a hablar de lo que hacemos en APAL.

Nuestra Asociación se mantiene prácticamente por las cuotas de los asociados; creo que actualmente estamos en unos 200 asociados. Tenemos siete grupos de autoayuda, que la incorporación es inmediata porque nosotros no tenemos lista de espera, estamos saturados pero no tenemos lista de espera: según hacen la acogida, que es una primera entrevista, pueden incorporarse a cualquiera de los siete grupos que tenemos en distintos horarios. Aparte de las terapias de grupo como apoyo, hacemos una atención individualizada que es llevada a cabo por las psicólogas, que son especialistas en tratamiento de adicciones y autorizadas a la práctica sanitaria. También hacemos cursos y talleres psicoeducativos complementarios, talleres de pareja, talleres para jóvenes, talleres para habilidades sociales y, sobre todo, el control de impulsos. Más o menos, la duración del tratamiento es de unos 24 meses, con lo cual estamos hablando de un tratamiento a largo plazo. Las pautas básicas de tratamiento –no me gustaría pararme aquí demasiado– son principalmente la abstinencia de juego, la restricción del acceso al dinero y a los estímulos relacionados con el juego, la búsqueda de cooperación de familiares y amigos y, sobre todo, fomentar actividades alternativas de ocio para evitar el riesgo de recaída.

Ahora, les voy a hablar de lo que nosotros hemos visto en la asociación. Llevo catorce años en la asociación y el patrón que teníamos habitualmente era un hombre de entre 30 y 50 años, y aunque es cierto que vienen mujeres suelen ser un 10 por ciento aproximadamente; estas personas llevaban muchos años con este problema, a lo mejor llevaban quince, veinte, treinta o cuarenta años con este problema y acuden a la asociación cuando ya la situación económica se convierte en insostenible. Normalmente era un jugador de máquinas o de bingo que había ocultado su situación a su entorno familiar, aunque hay algunos que sí que eran conscientes, pero normalmente ocultan su situación económica para poder mantenerse en el juego.

Es cierto que tenemos casos de algún tipo de trastorno mental, lo llamamos patología dual cuando viene acompañado de otro trastorno, pero generalmente los cuadros ansioso-depresivos que presentan los usuarios desaparecen cuando mantienen un periodo de abstinencia en el juego y se integran en el programa de rehabilitación.

¿Qué es lo que estamos encontrando ahora que nos está asustando y por eso ruego atención de sus señorías? En primer lugar, la irrupción de las nuevas tecnologías; el hecho de que tengan acceso en cualquier momento y en cualquier lugar a las opciones de juego está agravando la situación de los jugadores patológicos. En el caso de las apuestas deportivas, que es principalmente el motivo de mi comparecencia, estamos viendo que el acto de jugar, ya no solamente por la proliferación y por el aumento de casos de apuestas deportivas, no es el único momento en el que están relacionados con el juego sino que las apuestas deportivas, la atención a información deportiva

y el visualizado de eventos deportivos ocupan gran parte del tiempo de estas personas, con lo cual no es el acto de apostar en sí sino todas las conductas que están relacionadas. Los videojuegos, que también estamos teniendo casos que vienen exclusivamente por ellos, no requieren en principio una gran inversión, no llama mucho la atención en casa, pero últimamente sí que estamos viendo casos que vienen con grandes endeudamientos debido a que las nuevas plataformas de juego solicitan que se hagan pagos por acceder a otros niveles, comprar actualizaciones o lo que sea.

También estamos viendo un aumento de casos de ludopatía bursátil. Las nuevas plataformas de inversión en bolsa permiten una inversión instantánea y el patrón que estamos viendo de ludopatía en las personas que invierten en bolsa se parece mucho al de las apuestas deportivas.

Igualmente, hemos encontrado elementos sustitutivos, es decir, personas que tenían un problema con las máquinas tragaperras, ruletas, casinos, etcétera, cuando están en casa sustituyen la necesidad de jugar con otros juegos, como, por ejemplo, videojuegos, videojuegos en el móvil, videojuegos en el ordenador o, incluso, combinan un juego de azar principal con otro tipo de juegos que quizá no le generan tanto problema económico pero al fin y al cabo ocupan todo su tiempo.

Estamos encontrando, y esto es lo que más nos preocupa, casos subclínicos. Para diagnosticar ludopatía -puedo volver hacia atrás- se necesita estar un año presentando las características o los criterios diagnósticos de sobrejuego. Lo que estamos encontrando es que están apareciendo casos con los mismos criterios diagnósticos, que cumplen con todos los criterios diagnósticos de la ludopatía menos el temporal. Están viniendo casos en los que en menos de once meses un chaval de 19 años ha llegado a acumular deudas y ha llegado a desarrollar conductas adictivas como los de una persona que lleva cuarenta años jugando, y estamos hablando de miles de euros; estoy hablando de un chaval de 19 años que llegó con una deuda de 20.000 euros en apuestas deportivas, para ser más exacta.

En cuanto al juego en adolescentes, cada vez acuden usuarios más jóvenes. Atendemos casos desde los 18 hasta los 80 años, aunque estamos viendo casos de 15, 16 y 17 años; la mayoría vienen por apuestas deportivas y el problema es que como no tienen fuentes de financiación porque no pueden trabajar, llegan al hurto, venta de propiedades, menudeo de drogas... Me extenderé un poquito más adelante.

Les muestro el gráfico de la evolución de las nuevas altas que tenemos en la asociación; si quieren les puedo facilitar datos. El año pasado tuvimos 128 nuevas altas, nuevas personas que vienen a la asociación pidiendo ayuda, y a finales de marzo del 2018 teníamos 50. Esto significa que a este ritmo, cuando lleguemos a finales de año, tendremos unos 200; estamos hablando de tres meses y no suelen ser los tres meses en los que tenemos el boom de nuevas altas, que suelen ser ahora, después de Semana Santa y después de las vacaciones de verano, que es cuando tenemos un mayor incremento. Todavía no hemos llegado a ese incremento y ya tenemos 50 nuevos casos en 2018. Como hemos dicho, se han incrementado los nuevos usuarios y esto que estoy diciendo no es exclusivo de la asociación; a primeros de marzo tuvimos una reunión de todos los técnicos de la

Federación Española y todos tenían la misma queja: que estaban desbordados, sobre todo por mucha gente joven y casi todo lo que llegaban eran apuestas deportivas.

La Federación Española cuenta en España con 22 asociaciones, en Madrid con 3; aparte de las 3 de Madrid de la Federación hay –y lo pueden ver ustedes en la página de la Comunidad de Madrid- otras 15 asociaciones más que se dedican exclusivamente al tratamiento de juego patológico, más las instituciones sanitarias públicas y más las clínicas privadas que están incluyendo el tratamiento de ludopatía dentro de su cartera de servicios, y eso es porque tienen clientes que tienen problemas de juego.

El aumento de casos en la Asociación viene acompañado de otros indicadores económicos, y estos datos vienen en la página de Ordenación del Juego del Ministerio del Interior. El gasto en juego del 2012 al 2016 pasó de 2.700 millones a 10.800 millones; las cantidades que se han invertido en apuestas deportivas se ha multiplicado por 5, de 1.000 a 5.000 millones; las de bingo por 2; las de ruleta por 4 y la de blackjack por 5, que se relaciona con los casinos. Estamos hablando a nivel nacional. Ha aumentado también el número de casas de apuestas y esto salió en los medios de comunicación, como ustedes saben: de 185 en 2014 me parece -creo que está mal la fecha- a 318 en 2017. Además, otra cosa que tenemos que decir, y eso lo hemos percibido en la asociación, los salones de juego se han convertido en el nuevo lugar de ocio de los chavales; es ahí donde quedan antes de salir, antes de irse a una discoteca o irse a dar una vuelta con los amigos, o quedan exclusivamente en las salas de apuestas para ver un partido, para tomarse una Coca-Cola con los amigos o lo que sea.

En cuanto al rango por edades, como estamos viendo en el gráfico, al principio vimos un aumento desde 2010 de la franja azul pequeñita, que son los menores de 20 años. No están los datos de 2018, pero también van a ser reveladores; pueden ver que van fluctuando. Tengan ustedes en cuenta que esto es el porcentaje del total, quizás en una gráfica posterior puedan ver la importancia del aumento en los menores de 25 años.

En cuanto a la variación del perfil del jugador en APAL, como hemos dicho, históricamente el juego patológico estaba relacionado con las máquinas tragaperras o con el bingo, que era el principal motivo por el que venían a buscar ayuda, y en los últimos años lo que vimos es un repunte: en 2012 venían sobre todo por ruleta electrónica, sobre todo la gente más joven, y posteriormente las apuestas deportivas han desbancado a casi todos los juegos –ahora les enseñaré la gráfica-.

La edad media de los usuarios en 2007 era de unos 42 años -aunque ya les digo que atendemos un rango de 18 a 80 años-, pero ha bajado a 37 años en 2017, y sigue bajando. Preocupa especialmente el incremento de usuarios más jóvenes de 15, 16 y 17 años, y además es importante señalar que no juegan exclusivamente a apuestas deportivas. Cuando ellos ven la información en la televisión o en la radio, aunque vaya dirigido al juego on line, ellos perciben la publicidad igualmente a nivel presencial que a nivel on line, y los chavales que son nativos digitales no diferencian

muchísimo entre juego presencial o juego on line. El juego on line, especialmente a través de dispositivos móviles, lo que está haciendo es agravar un problema de juego.

Otra cosa que está relacionada con la exposición que ha hecho el caballero que me ha precedido, es que estamos viendo que está aumentando el número de mujeres que vienen y las que vienen lo hacen con situaciones muchísimo más graves, y las ideas autolíticas y los intentos de suicidio son muy habituales en los casos de estas mujeres. Es decir, sabemos que las mujeres juegan, sabemos que juegan menos que los hombres, pero solo buscan ayuda cuando ya están en una situación muy desesperada y no solamente riesgo autolítico sino pérdida de casa, mujeres que se han quedado en la calle...

En la evolución por tipo de juego, podemos observar que las máquinas, que era la demanda habitual, se han quedado totalmente desbancadas por las apuestas deportivas, y esto se mantiene: según lo que estamos viendo en 2018, los porcentajes se suelen parecer.

¿Qué es específico de los jugadores de apuestas deportivas? Que ha bajado la media de edad; que, además, el nivel socioeconómico o...

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

La Sra. **PSICÓLOGA Y COORDINADORA DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y AYUDA AL LUDÓPATA** (Díaz Rodríguez): Voy un poco más rápido. Sí me gustaría que vieran al menos este gráfico que les muestro, que ha sido la evolución de los jugadores de apuestas. Estos son números absolutos, el número de personas que vienen a nuestra asociación. Repito que son datos de una asociación en Madrid. Una de las cosas que hemos visto en las apuestas deportivas es que dan percepción de mayor control, porque todo el mundo sabe de deportes y todo el mundo cree que puede apostar bien; además, el hecho de que se utilicen figuras representativas del deporte para promocionarlo también da la sensación de normalidad.

No me da tiempo a explicar mucho más. Me gustaría que vieran a qué tipo de juegos se dedican los jóvenes: principalmente, a apuestas deportivas. Las consecuencias a corto plazo a nivel familiar, a nivel social y a nivel psicológico son graves, y a largo plazo también van a tener estos problemas, sobre todo en el tema de rendimiento en los estudios, abandono de estudios y comisión de actos delictivos.

Respecto a las señales de alarma, pueden ustedes recurrir a los datos del ESTUDES, que encontré que un 20 por ciento de los chavales de entre 14 y 18 años ya estaba apostando presencialmente. Además, estamos recibiendo peticiones de los colegios para que demos charlas, porque están detectando chavales que juegan a las apuestas deportivas y están preocupados. Los estudios de prevalencia de juego de 2015 avisan de que, de los jugadores patológicos, el 44 por ciento empezaron antes de los 18 años, con lo cual es una señal de alarma y de aviso de que tenemos que hacer algo.

También observamos la tendencia ascendente del registro de autoprohibidos. Estas personas que se han apuntado al registro de autoprohibidos son personas que no son capaces de dejar de jugar por sí mismas y han decidido que necesitan que les prohíban la entrada. Quizá es un dato que deberíamos tener en cuenta. Esto es a nivel nacional; no tengo los datos a nivel de la Comunidad, porque no los he encontrado.

Las propuestas que hacemos son las siguientes: regulación de las licencias y mayor control de acceso a los espacios de juegos, tanto físicos como virtuales -sabemos que virtualmente está bastante controlado porque hasta los 18 años no se puede acceder, pero que en los espacios presenciales no hay tanto control-; regulación de la publicidad; limitación de las campañas de publicidad, al menos en los medios públicos -y ahí ruego a la Comunidad de Madrid que la limite en soportes gestionados por la Administración, en autobuses, en el Metro-; campañas de sensibilización en colegios, que nos están pidiendo a nosotros, pero estamos totalmente desbordados -también sería interesante hacerlas-; programas de intervención específicos para población juvenil -de hecho, la Federación está desarrollando una guía específica-, y promoción de estudios clínicos para identificar los factores de riesgo y diseñar estrategias adecuadas de prevención.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Díaz. A continuación tiene la palabra el señor Veloso por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señora Díaz; bienvenida a esta Comisión de Sanidad. La verdad es que el tema es bastante importante en tanto que afecta a un amplísimo colectivo. Entre todos los datos que ha ido analizando, hay uno que es el que quizás más me ha sorprendido y es el de las franjas de edad. Según la evolución en estos catorce años que lleva trabajando en esa asociación, parece que hay una clara tendencia a que baje la edad media de estas personas, a las que se puede llamar adictos, en este caso, al juego de las apuestas deportivas en concreto, para centrar el tema que queríamos abordar específicamente en esta comparecencia.

Me gustaría que insistiera un poco más en este sentido. Se lo digo como padre, porque yo soy padre de dos niños y quiero que usted aproveche esta oportunidad que tiene hoy aquí en esta comparecencia para dirigir un mensaje a todos los padres que estamos escuchando para saber precisamente, como decía el anterior compareciente, a qué signos tenemos que estar atentos como padres para identificar que la conducta de ese niño deja de ser un juego por entretenimiento, digamos, de alguna forma, y se convierte en una adicción, en una conducta que puede acabar convirtiéndose en una patología que debe de ser tratada de una forma ya totalmente profesional. La verdad es que le pediría, si puede, que nos diera algunas pautas más específicas, por su experiencia, dado que tiene una larga experiencia trabajando con todo tipo de franjas de edades; estoy seguro de que nos puede dar esas pautas.

También me interesa saber, porque además he visto que usted es psicóloga y estoy seguro de que ustedes tienen detectado precisamente qué es lo que hace que una persona normal... Bueno,

todas son personas normales, por supuesto, pero me refiero en el sentido de que cuando una persona entra en esta espiral, porque es una espiral, que de repente no ve clara una salida, qué es lo que hace que se mantenga en esa espiral y no pueda salir por voluntad propia, sino que tiene que pedir ayuda, pero como usted sabrá perfectamente esa gente no suele pedir ayuda. Entonces, ¿qué pasa? Pues, yo creo que lo que usted que ha venido a decir: que esa gente se aprovecha de sus amigos, de su familia, para obtener más dinero, más vías de financiación, para seguir alimentando esa adicción sin ninguna medición de las consecuencias de ese drama personal que va a vivir y ese drama familiar que está generando. Y entonces, claro, yo me pregunto: cuando una persona tiene un familiar que está en esa situación, ¿qué tiene que hacer? Porque muchas veces se dice: no, es que la familia tiene que prestar el apoyo necesario para que esta persona salga de ahí, salga de esa espiral. Vale, pero, en concreto, ¿qué tiene que hacer esa familia? El anterior compareciente decía: no, es que si mi hija hubiese ido, no solo al médico de cabecera, sino también al psicólogo o al psiquiatra, a lo mejor hubiera recibido otro tipo de respuesta. ¿En este caso también sucede algo similar?

En ese sentido, sabemos que hay salida, porque, efectivamente, usted ha dicho que hay casos de éxito, casos de personas que pueden contar que han salido de esta enfermedad, porque en realidad es una enfermedad, y lo que queríamos saber precisamente es, si usted está apuntando que hay un tema de publicidad continua, que socialmente se ve como algo normal, que forma parte de la vida cotidiana el hacer pequeñas apuestas, porque en realidad son de pequeños montantes, o desde pequeños a grandes montantes de sumas de dinero, entonces quizá por eso es por lo que yo ahí lo que le pediría es qué recomendaciones son las que deben seguir, no solo ya esas personas que están metidas, sino también los entornos, e incluso, por supuesto, las Administraciones Públicas; qué tienen que hacer, qué medidas tienen que adoptar. Porque por todo lo que ha estado diciendo en su primera intervención me da la sensación de que ustedes se sienten totalmente desamparados. Bueno, no sé si estoy exagerando, a lo mejor; luego lo matizo, por supuesto. La sensación es como que no hay un respaldo suficiente, claro, por parte de la Administración hacia ese tipo de asociaciones que trabajan con un importante número de personas afectadas. Están ustedes ejerciendo una labor social, pública, pues, entonces, deberán de obtener algún tipo de respaldo, de ayuda. En ese sentido, me gustaría también saber qué cosas concretas podrían ser demandadas o solicitadas a la Administración para que se pongan en marcha y puedan ser positivas en su labor.

Por último, me ha parecido entenderle a usted que ha calificado la solución como un tratamiento que puede ser psicológico cognitivo conductual y quería preguntarle si necesita apoyo farmacológico o no es necesario. Lo que quiero es saber si existe una pauta que con carácter general se pueda recomendar a las personas para poder demostrar que ese tratamiento funciona; es decir, si ustedes, por su experiencia de estos años, tienen ya un suficiente muestreo o evidencia como para decir: con estos tratamientos se funciona y se puede salir de esta situación. Nada más. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Veloso. A continuación tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Podemos, el señor Delgado.

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Muchísimas gracias. En primer lugar quiero dar la bienvenida a Bayta. Muchísimas gracias por acompañarnos; es un honor tenerla hoy con nosotros. Mire, el motivo por el que el Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid haya solicitado su comparecencia en esta Comisión tiene que ver con una preocupación que existe en nuestro Grupo, nacida de una intuición prácticamente, que tenía que ver con relacionar varios factores que estaban sucediendo simultáneamente: por un lado, altas tasas de paro juvenil; por otro lado, una dificultad para que la gente joven en la Comunidad de Madrid tuviera expectativas a medio y largo plazo, por ejemplo de emancipación o de acceso a la vivienda; todo ello combinado con la irrupción de las nuevas tecnologías o con poderosas técnicas de marketing que se están viendo acompañadas de la proliferación de casas de apuestas. Hay algún tipo de discusión en cuanto al porcentaje de incremento de casas de apuestas en los últimos años, pero nosotros pensamos que cualquiera que tenga dos ojos en la cara es capaz de certificar que en nuestros barrios, en nuestros pueblos, en nuestras ciudades hay un despliegue monumental de casas de apuestas deportivas, como no habíamos conocido hasta ahora, que viene acompañado también de un bombardeo y de impactos audiovisuales en las televisiones y en las radios de la actividad del juego.

En ese sentido, empezamos a prestar atención a lo que nos decían nuestros vecinos, a lo que nos decían nuestros cargos públicos que hablan con los vecinos de los sitios donde gobiernan o donde cogobiernan, y nos empezamos a preocupar seriamente porque nos daba la sensación de que todos estos factores combinados estaban dando lugar a algo que no sé si se puede tachar de epidemia, pero sí de aumento preocupante en torno a las adicciones, especialmente en jóvenes, aunque no solo.

Los estudios a los que hemos tenido acceso hablan de que el impacto del juego y de las nuevas formas del juego afectan fundamentalmente a jóvenes entre 18 y 24 años –en la Comunidad de Madrid podemos estar en torno a los 2 millones de personas en esa horquilla de edad- y por eso pensábamos que era algo a lo que había que prestarle atención. Cuando lo hemos hecho, hemos comprobado que, en primer lugar, la Ley del Juego de la Comunidad de Madrid data del año 2001 y posteriormente hay un decreto del año 2006 que amplía un poco más a las casas de juego, pero que bajo nuestro punto de vista deja sin regular aspectos importantes y pensábamos que lo que procedía era actualizar una regulación que claramente ha quedado superada por la realidad.

Lo curioso es que cuando hemos empezado a plantear esto, hemos empezado a la vez a oír discursos desde el ámbito de los operadores del juego y también desde otros agentes políticos que vienen a incidir en la libertad del individuo y en la oposición a una regulación de este tipo de actividades, más allá de lo que ya hay, con el argumento de que lo que hace mal no es el juego sino que el problema está en el jugador, que si uno juega con responsabilidad no tiene que haber ningún problema. Claro, este es un argumento peliagudo porque es el que emplea la Asociación Nacional del Rifle, por ejemplo, a la hora de decir que el problema no está en las armas sino en quien las utiliza, ¿no? Nosotros sí pensamos que la actividad del juego no es equiparable a una peluquería, no es equiparable a vender zapatos; es una actividad delicada. No creemos en un Estado todopoderoso, intervencionista y que asfixie la libertad individual, no queremos prohibir el juego, pero nos parece

que una Administración Pública tiene la obligación de proteger a sus ciudadanos y de velar por el interés general y, por lo tanto, sí hay que dejar de mirar para otro lado cuando tenemos un problema que es evidente.

Usted hablaba de un cambio en los perfiles; permíteme la obviedad de la pregunta, pero me gustaría saber a qué cree usted que responde ese cambio en el perfil del jugador. Lo digo porque cuando hemos planteado, por ejemplo, que los impactos audiovisuales tienen una consecuencia directa en el cambio de la morfología de los jugadores, se utiliza otra vez el argumento de: ¡No, no; si la publicidad no manipula a nadie! El que quiere le hace caso y el que no, no. Bueno, nosotros pensamos que esto está influyendo y que convendría tenerlo en cuenta.

En segundo lugar, como el incremento se da fundamentalmente en jóvenes, nos planteamos también la necesidad de campañas de sensibilización en institutos. Ustedes comentan que las hacen por su cuenta y riesgo, pero, ¡claro!, ustedes son una asociación que trabaja con voluntarios, que dependen de las cuotas de los asociados, y no sabemos si les consta que desde la Comunidad de Madrid o desde alguna institución se estén haciendo campañas similares en los colegios e institutos de la Comunidad de Madrid. En esta tensión entre el mercado y el Estado, vemos la preocupación de quienes ven un problema en regular esto, porque piensan más o menos que se crearía un Estado vigilante y asfixiante de la libertad individual. ¡Es que eso no ocurre! Lo que ocurre hoy en día es que hay un mercado liberado de cualquier tipo de trabas, en el que los intereses de los operadores de juego están plenamente asegurados y, en cambio, tenemos un Estado muy débil, muy débil que no es capaz de preparar ninguna alternativa a los problemas que se están generando desde ese mercado.

Comentaba el interviniente anterior qué se podía hacer cuando empezábamos a detectar problemas con el juego. James Prochaska y Carlo Diclemente establecieron el Modelo Transteórico del Cambio, que explica las fases por las que pasa cualquier persona que quiera cambiar. Una Administración responsable prepararía cada una de esas etapas para dar respuesta en cada una de ellas, porque, por ejemplo, en la primera etapa la persona no asume que tenga ningún problema y en la segunda sí. Las Administraciones Públicas tendrán que preparar escenarios y recursos para atender a cada persona que se encuentre en cada una de esas etapas.

También quería preguntarle si ustedes, como asociación, tienen algún tipo de mecanismo de coordinación con las instituciones; si hay alguna Mesa de Trabajo en la que ustedes puedan hablar con la Comunidad de Madrid y trasladarle sus preocupaciones, necesidades, etcétera. También quería saber si tienen algún tipo de apoyo económico o recursos de las instituciones públicas. Por otro lado, ¿qué sucede cuando en esta Comunidad alguien va al médico de familia y cuenta que tiene un problema con el juego? Esto no es fácil, porque supongo que hay que afrontar unas contradicciones personales importantes; pero, cuando da ese paso, ¿qué sucede?, porque, volviendo al modelo de cambio, entendemos que cuando alguien da ese paso debemos actuar rápidamente y no dejar pasar un tiempo en el que la persona pudiera recular.

Usted ha hablado sobre la regulación de la publicidad. ¿Hasta qué punto está influyendo la publicidad en que el perfil del jugador ya no sea –perdón por la expresión- el de una persona vista como un perdedor, que juega en un bar semioscuro a las máquinas, sino la de un triunfador, que además apuesta en entornos llenos de carteles con estrellas del fútbol, con triunfadores, con ejemplos sociales? ¿Hasta qué punto la publicidad tiene algo que ver con esto y hasta qué punto la Comunidad de Madrid debería regular la publicidad de su radio y televisión públicas?

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

El Sr. **DELGADO ORGAZ**: Termino. También quería saber si le consta que en otras comunidades autónomas haya algún tipo de planificación territorial de las salas de apuestas, porque estamos encontrándonos cuatro o cinco salas de apuestas en la misma calle y salas de apuestas delante de colegios y de institutos.

Finalmente, hemos tenido acceso a los estudios de prevalencia y el otro día Fernando Prats, Director General de Tributos y Ordenación y Gestión del Juego, nos comentaba que las tasas de prevalencia en el juego en la Comunidad de Madrid y en España eran muy bajas; sin embargo, las personas que trabajan en asociaciones de afectados por el juego nos dicen todo lo contrario. ¿Cómo explica usted la disonancia entre unos datos y otros?, si es que tiene alguna idea. Nada más. Muchísimas gracias por acudir a la Comisión.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Delgado. A continuación tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Ardid.

La Sra. **ARDID JIMÉNEZ**: Gracias, Presidente. Me gustaría agradecer a la señora Díaz su comparecencia por dos razones: por su trabajo en este campo y por ser parte de una asociación que trabaja con los afectados por el juego patológico. En nuestro país, el papel de las asociaciones en el tratamiento de las adicciones, como en muchos otros campos, ha sido fundamental. En mi caso, puedo decir –porque a pesar de mi evidente juventud llevo ya muchos años trabajando en adicciones- que a finales de 1979 ya fueron las primeras asociaciones de familiares y de afectados las que se hicieron cargo del tratamiento y de la prevención del problema, que en aquel momento se empezó a suscitar con opiáceos en primer lugar y después con cocaína; de manera que en cierta manera estoy reviviendo un poco situaciones por las que ya hemos pasado, y por esa razón también se lo agradezco, porque en realidad es la cuña que necesitamos en este momento para abrir camino y concienciar de los problemas del juego patológico, entre otros, a la Administración; una Administración a la que en este caso le corresponde dar una respuesta a dos aspectos que quiero tratar: la prevención y el tratamiento.

En el caso de la prevención, yo creo que es fundamental que haya una reglamentación y una normativa en relación a la publicidad. Esa sería la prevención general. Me parece inaceptable que en las camisetas de los equipos deportivos seguidos por la mayoría de nuestros jóvenes haya publicidad de empresas de apuestas deportivas. Creo que esto es algo en lo que debería entrarse como de primera providencia. La segunda actuación sería respecto a la publicidad que estamos viendo

en los medios de comunicación audiovisuales continuamente, en la que se relaciona a deportistas de éxito con las apuestas deportivas. Esta es una publicidad que ven los jóvenes de cualquier edad, que difícilmente discriminan. Y siguen siendo sus ídolos deportivos, porque además, les animamos a que tengan ídolos deportivos, porque el deporte es muy sano. Entonces, algo habrá que reglamentar con respecto a esta publicidad.

Después, en relación con la prevención dirigida a aumentar los factores de protección o a disminuir los factores de riesgo en las poblaciones más afectadas, queda claro que las campañas, también en otros terrenos de trastornos de conducta, llevamos ya también una experiencia grande, de manera que ya no deberíamos tener tanto problema en decidir dónde, cómo, de qué manera o qué actuaciones. En fin, esto es para la Administración que le compete, que es la Consejería de Sanidad en nuestro caso, que debería ser transversal a la Consejería de Educación en el caso de la prevención en el ámbito escolar. Son pasos que ya se han ido dando en otros problemas que ha habido que prevenir. Me gustaría que en su segunda intervención nos dijera qué le parece y cuál debería ser el papel de la Administración en todo esto, así como qué querría usted que hiciéramos nosotros para intentar conseguir algo, a sabiendas de que las proposiciones no de ley que se aprueban en esta Casa, en su gran mayoría van a un cajón en el que se acumulan proposiciones no de ley que se aprueban y no se llevan a cabo, pero, bueno, es un primer paso.

Me gustaría hablar de otro aspecto, de la otra pata, que sería el tratamiento, en el que vuelven ustedes a ser una cuña en relación a la situación actual. Y lo son porque, lamentablemente, en este momento la Comunidad de Madrid no tiene en su cartera de servicios de la red asistencial de drogas las conductas de juego patológico. ¡Esto es lamentable, pero es así! Y se lo digo con conocimiento de causa: yo he sido Directora de un CAI hasta hace muy poco tiempo y he recibido instrucciones precisas para que no se trataran problemas de juego en el CAI. Bueno, el alcohol nos ha costado tratarlo, porque hemos hecho un empeño enorme. De manera que, en esto, nos encontramos otra vez frente a una Administración que no facilita. Porque ahora vendrán a sorprenderse también: ¡Uy!, esto, ¡qué resultados! ¿Cómo puede ser tan alarmante el incremento de jóvenes que juegan? Pues, entre otras razones, es porque tampoco estamos dándoles una respuesta asistencial correcta. Entonces, me gustaría que usted nos hablara –ya le han preguntado– sobre sus relaciones con la Administración. Yo doy por supuesto que si concurren a alguna convocatoria de subvenciones y tienen la suerte de entrar, pues bien, pero, si no, no sé qué relación podrán tener ustedes; no se me ocurre, francamente. En fin, espero su respuesta. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Ardid. A continuación tiene la palabra la señora Plañiol.

La Sra. **PLAÑIOL LACALLE**: Muchas gracias, señor Presidente. Bienvenida, señora Díaz, en nombre de mi Grupo Parlamentario, y muchas gracias por todas las explicaciones que nos ha dado, muy extensas y muy completas -supongo que nos entregará copia de la presentación y que nos la hará llegar a través de la letrada-, sobre todos los temas relacionados con el juego y sus consecuencias, como es, obviamente, la ludopatía.

Supongo que mis compañeros saben que la ludopatía es un trastorno reconocido por la Organización Mundial de la Salud y que fue recogido en su clasificación internacional de enfermedades en el año 1992. Además, el juego patológico es un trastorno multicausal con factores de riesgo ambiental, psicológico y biológico, y la verdad es que hoy hemos tenido una sesión en la que hablamos de dos problemáticas diferentes, pero que pueden tener alguna confluencia en algún momento, como son el riesgo de suicidio y también los trastornos asociados al comportamiento del juego.

En el año 2016 se publicó un estudio importante sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juego de azar en España, y los resultados han sido muy completos. Por un lado, estos resultados mostraron un índice de prevalencia del 0,9 por ciento para personas catalogadas como jugadores patológicos, 1 por ciento para jugadores con problemas y 4,4 por ciento para jugadores con algún tipo de riesgo. Además, afirmaban que un 76 por ciento de personas habían participado en los juegos de azar en el último año. Es verdad que jugar en los juegos de azar no significa de forma implícita que tenga una adicción, pero sí que es verdad que es una información muy importante.

El 70 por ciento de los jugadores patológicos en España son varones, también lo ha destacado usted; los dos grupos de edad más prevalentes son de 25 a 34 años y de 55 a 64 años. En su mayoría son personas que trabajan, aunque se está viendo que de forma paulatina el juego patológico afecta especialmente a las personas que se encuentran en situación de desempleo. También se aprecia un incremento paulatino en el porcentaje de personas solteras, divorciadas o separadas y también que hay una relación entre el nivel de problemática en el juego y otros problemas psicológicos de hasta un 45 por ciento. Es decir, tenemos mucha información que se desprende de este estudio sobre prevalencia.

Lo que sí sabemos todos es que el coste humano y social es muy alto, añadiendo además un coste importante para el sistema público de atención, para la seguridad pública, para el medio ambiente y para la productividad laboral. Es decir, hay muchas otras consecuencias además de las que se han destacado aquí.

Igualmente, que la edad media de inicio en el juego está en los 19 años nos preocupa, pero es verdad que nos preocupa más, como ha comentado usted, que se puedan iniciar por menores de 18 años. Hasta un 44 por ciento de personas que han tenido problemas con el juego han reconocido que empezaron o tomaron contacto con el juego antes de los 18 años de edad. Es verdad que la forma presencial de participar en los juegos de azar es la modalidad más empleada; usted ha hablado de la casas de apuestas, pero sabemos que además de casas y salas de apuestas hay máquinas y juegos de tragaperras, los juegos en los casinos, los concursos, las apuestas hípcas, los juegos de cartas con apuestas económicas, es decir, hay una modalidad importantísima de juegos presenciales, pero, obviamente, el repunte que se da y que nos preocupa es el de los juegos de azar on line por la facilidad que tienen de acceder en cualquier momento y en cualquier lugar a todo tipo de juegos.

Quiero destacar que el Gobierno de España aprobó el pasado mes de febrero la primera Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, que está dirigida tanto a las personas afectadas como a sus familias y que, desde luego, es una Estrategia que afecta desde todas las perspectivas y todos los puntos de vista -no lo han comentado ninguno los otros portavoces- y creo que es importante resaltarlo aquí. Dentro de esa Estrategia hay una actuación especial pensada para los menores, otra pensada para las mujeres y también otra para un grupo muy especial, que son los mayores de 64 años.

Una de las principales novedades de dicha Estrategia fue la introducción de actuaciones como las llamadas adicciones sin sustancia -usted lo ha comentado en su intervención-, que son precisamente las adicciones como el juego, las nuevas tecnologías o los videojuegos, en los que no hay una sustancia física detrás a la que se le pueda hacer directamente responsable. Con esta iniciativa España se ha unido al top ten de los países que incorporan las adicciones dentro de la Estrategia de las adicciones en general.

Esta nueva Estrategia se ha elaborado con un alto grado de participación; tal y como indica la propia Estrategia, ha implicado a más de 400 organizaciones y expertos, y ha sido aprobado por consenso con todas las instituciones que forman parte del Plan Nacional de Drogas, Administración General del Estado, comunidades autónomas, municipios, Organizaciones No Gubernamentales, sociedades científicas, centros de investigación y expertos del sector, entre otros. A mí me gustaría saber si APAL ha tenido la ocasión de poder participar en una estrategia así. Por lo tanto, nuestro país ha sido pionero en el tratamiento y abordaje de las adicciones de este tipo, pero también hay respuesta en la Comunidad de Madrid, que ha sido pionera en la puesta en marcha de algunas intervenciones preventivas en el ámbito de las tecnologías de la información y especialmente en relación con los videojuegos.

Quiero destacar que en el año 2007 se puso en marcha un programa de prevención universal de los riesgos derivados del uso inadecuado de las tecnologías que iba dedicado a la protección de los alumnos de 5º y 6º de Primaria, así como a informar y a orientar a sus padres. Es una iniciativa preventiva, pero creemos que está en la buena línea y que hay que seguir apostando en esa dirección. También quiero destacar que dentro del grupo de trabajo de los sistemas de información que se puso en marcha a través del Plan Nacional sobre Drogas, en el que colabora la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid en nuestro ámbito de competencias, se propuso el desarrollo de unos nuevos indicadores sobre ludopatías, concretamente introducir alguna información para todo el Plan Nacional sobre Drogas de personas que inician un tratamiento por trastornos del juego, en qué año, desagregado por edad y sexo, y también cuántas personas están cada año participando en alguno de estos programas, también desagregados por edad y sexo.

La Comunidad de Madrid tiene además dos programas importantes en dos hospitales de Madrid para superar la ludopatía. Entre ellos quiero destacar el Hospital Ramón y Cajal y el 12 de Octubre, con programas de consultas y protocolos de actuación una vez que se derivan por parte del médico de familia desde Atención Primaria, dirigidos tanto a las personas afectadas como a sus

familias. Sé que en estos programas colaboran asociaciones de jugadores rehabilitados, y no sé si APAL tiene la ocasión de participar en estos programas. El Hospital 12 de Octubre cuenta con una unidad específica a la que se le derivan las personas que se identifican con esta patología, y esta unidad, además de hacer una evaluación individualizada y concreta, decide si tiene que seguir la atención en la Unidad Especial de Ludopatía o hay que derivarlo a los centros de salud o a los centros de salud mental. El Hospital Ramón y Cajal tiene además una consulta de ámbito nacional a la que se le derivan pacientes de toda España y está ubicada dentro del área de consultas externas del servicio; en este caso, los pacientes también son analizados y evaluados por este equipo del hospital, y en función de sus características se les dirigen a uno de los dos grupos de ludopatía específica que funcionan en el hospital o se les deriva también a un grupo de apoyo específico para familiares. Es decir, tenemos dos iniciativas que funcionan, y parece que muy bien.

La verdad, señora Ardid, la conozco desde hace mucho tiempo, es usted tan joven como yo, y comparto la sensibilidad que tenemos en los temas sociales, pero me ha sorprendido su desconocimiento o su omisión del detalle de hablar de los programas que se han puesto en marcha en la Comunidad de Madrid que funcionan bien y que desde luego, si hay que decir algo, es que hay que seguir apostando en esa línea.

Para terminar quería hacer algunos comentarios y que me aclarara algunos de los puntos que ha presentado usted en su intervención. Es verdad que la comparecencia que se le había pedido era sobre las consecuencias de las apuestas deportivas en las casas de juego; me ha sorprendido, porque yo pensaba que el problema era infinitamente mayor a la parte restrictiva de las casas de apuestas deportivas. Veo que usted ha ampliado con mucho criterio a todo lo que es ludopatía en general, aunque es verdad que este grupo está creciendo y por lo tanto nos tiene que preocupar, pero, obviamente, doy por hecho que serán todo tipo de ludopatías con independencia de la causa específica que las incentive. Me ha interesado también mucho conocer datos de su asociación; es verdad que la información que teníamos registrada es que la Asociación era ASPAL, no APAL, pero, en cualquier caso, he hecho el trabajo de búsqueda y localización porque me interesaba saber quiénes son ustedes y quién tenían detrás, y la verdad es que agradezco mucho la información que nos ha dado sobre los usuarios, sobre los programas, etcétera. Sí que le debo decir que en la página web he encontrado poca información, y la animo a que la complete, porque desde luego es muy escasa.

El portavoz del Grupo Podemos se ha interesado también por algo que creo que es importante, y es que cuentan con colaboración por parte de la Administración, tienen subvenciones o no; es decir, cuál es su sistema de financiación o su estrategia o sistema de trabajo. La verdad es que he encontrado poca información, pero me interesaría conocerlo un poco más, aunque es verdad que usted nos ha añadido alguna cosa más que le agradezco.

En definitiva, lo que quería saber es qué considera usted que debe hacer la Asamblea de Madrid. Se han apuntado muchas cosas, se han apuntado temas de marketing, se han apuntado cosas de publicidad. Es verdad que, como ya he destacado, se trabaja y se trabaja en la buena línea por parte de la Consejería de Sanidad y por parte de los sistemas sanitarios de Madrid. Seguro que

hay muchísimas cosas que hacer en materia de prevención, pero aquí está la Asamblea de Madrid para escuchar con mucha atención las sugerencias que considera usted que se deben hacer. Lo mismo le digo sobre las actuaciones del Gobierno; nosotros no somos el Gobierno, somos el Grupo Parlamentario que apoya al Gobierno, pero, obviamente, en la medida que usted considere que hay temas concretos que deberíamos transmitir, aquí estamos.

Para terminar, quiero felicitar al Servicio Madrileño de Salud, concretamente a los Hospitales 12 de Octubre y Ramón y Cajal, por estas iniciativas que están muy directamente dirigidas a resolver estos problemas de ludopatía que nos preocupan a todos. Desde luego, quiero agradecer mucho su presencia para transmitirnos toda esta información y sensibilizarnos a todos respecto a este problema. Es verdad que hoy el número de afectados es pequeño, pero nos preocupa y además es creciente; por lo tanto, aquí estaremos todas las veces que haga falta para escuchar sus intervenciones. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Plañiol. Señora Bayta, para cerrar el debate, tiene diez minutos.

La Sra. **PSICÓLOGA Y COORDINADORA DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y AYUDA AL LUDÓPATA** (Díaz Rodríguez): Lo primero que quiero decir es que, efectivamente, conocemos las dos unidades que se dedican al tratamiento de ludopatía en la Comunidad de Madrid. Tengo que decir que cuando entré yo en la asociación, en 2014, ya estaban ahí, y creo que no se ha abierto ninguna más. Funcionan bien, pero sabemos que están saturadas porque cuando van a Atención Primaria nos los mandan a nosotros. Los médicos de Atención Primaria en Salud Mental tienen un listado de asociaciones, entre ellas la nuestra, y cuando va un paciente a Salud Mental con un problema de ludopatía, directamente nos lo mandan a nosotros. Eso es lo que nos viene.

En cuanto a las subvenciones, nosotras estamos trabajando en la trinchera. Las cuestiones administrativas las hacen voluntarios, que se dedican a su trabajo, lógicamente -los que lo tienen-, y las psicólogas nos dedicamos exclusivamente a tratar pacientes, con lo cual el equipo relacionado con la búsqueda de subvenciones es muy limitado. Las que hemos recibido hasta ahora siempre han sido del Ayuntamiento de Madrid y dirigidas a programas muy específicos, y la cantidad en comparación con los gastos de la asociación es muy pequeña: me parece que la última era de 1.800 euros para todo el año, con lo cual pueden imaginarse ustedes que, cuando tienes que pagar alquiler, luz, nóminas de las psicólogas o lo que sea, es bastante insuficiente.

No sé qué programas se están haciendo... Bueno, conozco algunos programas, como jugarBIEN, del Estado. Les digo desde ya que no están funcionando muy bien, porque ahí tienen los datos del aumento, y no es solamente en Madrid, en APAL, en toda España están viendo lo de las apuestas y demás.

La sensación que nos da es que es la lucha de David contra Goliat: por mucho que salgamos en los medios de comunicación, por mucho que hagamos programas de prevención, la publicidad es

abrumadora en todos los sitios, en todos los lugares, en cualquier franja horaria. Hay un programa de dibujos animados que todo el mundo conoce, a la hora de la comida, en Antena 3, y ahí había hasta dos o tres anuncios de Nadal jugando a póquer con el móvil. ¿A quién van dirigidos esos anuncios? A mi madre no van dirigidos, ni a mi abuelo, van dirigidos a chavales jóvenes, que son los que ven ese tipo de programación. En una cadena dirigida exclusivamente a público infantil, es impresionante el bombardeo de apuestas, de juego on line, etcétera.

El problema no es el juego on line. Aquí, efectivamente, no he venido a hablar de juego on line, he venido a hablar de los salones de apuestas deportivas, pero no me da tiempo. Les voy a decir que el problema de las salas de apuestas o de los salones de juego es que se han convertido en un lugar de reunión de los jóvenes: si antes iban a las máquinas recreativas, ahora van allí a ver el fútbol, a tomarse una Coca-Cola o lo que sea, y el problema es que la mayoría empieza en presencial y luego termina on line, o empieza on line y termina en presencial. ¿Por qué? Porque presencialmente es mucho más inmediato. Cualquier tipo de sustancia o de conducta adictiva tiene más potencial adictivo cuanto más rápida es la recompensa, cuanto más rápido puedes volver a obtener lo que te produce placer. Ese es el peligro de las salas de apuestas.

El problema que estamos viendo ahora es que estamos encontrando unos periodos de adicción muchísimo más cortos que los que teníamos hasta ahora: antes estábamos viendo periodos de treinta o cuarenta años y ahora estamos viendo patrones patológicos con un año o dos de apuestas deportivas, que es lo que está viniendo más. Las máquinas tragaperras requieren un tiempo, tienes que dedicar un tiempo presencial a estar jugando, y el juego on line directamente no engancha tanto, hay algunos casos en que sí, pero es la combinación de juego presencial y on line lo que nos está preocupando, y que uno suele preceder al otro.

Otra cosa de la que nos estamos dando cuenta es que el patrón ha cambiado: ya no son parados, de bajo..., no, estamos viendo ingenieros, militares, policías, empresarios, estudiantes universitarios o trabajadores de la banca enganchados a las apuestas deportivas; ya no es un patrón de bajo nivel cultural o de problemas económicos. Los problemas económicos vienen posteriormente: gente que tiene unos sueldos estupendos de repente se encuentra con deudas de 50.000, 100.000 o 200.000 euros por las apuestas deportivas. Ese es el tema del que tenemos que hablar aquí.

El nivel de endeudamiento, además, ha venido acompañado de otra cosa de la que quiero avisar a la Administración a nivel nacional: del problema de los microcréditos. Es una fuente de financiación muy rápida y muy fácil, que no controla ningún tipo de variable como puede ser la asignación de una hipoteca o un crédito personal. Lo que estamos viendo es que llegan con diez, quince o veinte microcréditos y que llegan a acumular unas deudas de 45.000, 50.000 o 100.000 euros de microcréditos, microcréditos y microcréditos, con una facilidad enorme porque llamas y en cinco minutos –como dice la publicidad- lo tienes, y con unos intereses importantísimos.

Con respecto a los programas de prevención y señales de alerta, en las fases de la ludopatía hay una fase inicial de ganancia: cuando tú ves a un chaval de 15 o de 18 años que le das 10 euros

para salir el fin de semana y de repente aparece con unas zapatillas de 100 euros, a lo mejor es una señal de alerta, porque al principio suelen ganar y eso es lo que les engancha; al principio las ganancias son muy llamativas. En las apuestas deportivas, con una pequeña cantidad, puedes conseguir grandes cantidades y no tiene la dificultad, a lo mejor, de las loterías o de los cupones, que es más difícil ganar; en las apuestas deportivas inicialmente es fácil, porque van a lo seguro. Al final les da igual, al final solamente miran cuotas, al final, a la mayoría, que les encantaban los deportes y disfrutaban viendo un evento deportivo o realizando deporte, llega a producirles ansiedad y malestar ver cualquier evento deportivo porque lo relacionan directamente con la apuesta; de hecho, unas de las partes del tratamiento es que tienen que dejar de ver los deportes a los que apostaban, porque les genera tal necesidad y ansiedad que mentalmente están realizando conductas relativas al juego.

El tratamiento que seguimos nosotros no solamente es cognitivo-conductual, lo queremos llamar biopsicosocial, incluye el sistema familiar y también incluye, evidentemente, la exposición a estímulos. ¡Claro!, nos resulta muy difícil decirle a una persona que evite pasar por donde habitualmente jugaba cuando lo puede hacer con un clic o tiene una sala de apuestas en la puerta de su casa, enfrente, al otro lado; casualmente, al lado de nuestra asociación han abierto una y en la parada de Metro de nuestra asociación había un cartel de dos por tres metros de la sala de apuestas, que no sé hasta qué punto se puede controlar eso, se puede supervisar. Solicito a la Asamblea y a los Grupos Parlamentarios, ya no solamente a nivel de la Comunidad de Madrid sino a nivel nacional, que se regule la publicidad porque, por mucho que salgamos en la televisión o en los medios de comunicación, o por mucho que hablemos en los institutos y en las asociaciones juveniles de los riesgos del juego, no podemos luchar con unas campañas de publicidad tan brutales y tan bien hechas, también hay que decirlo; es que parece que tienen unos micrófonos en nuestras asociaciones, porque parece que las campañas están dedicadas a la persona que va a tener juego problemático. Como decía uno: piensa con la cabeza y no con el corazón. ¡No piensan con la cabeza! Cuando están apostando y cuando empiezan a desarrollar un problema del juego ya no piensan con la cabeza, ya es intentar recuperar, desesperar.

En cuanto a los estudios, yo voy a llamar a esto la increíble adición menguante, porque igual que otros estudios de cualquier otro tipo de conductas aditivas, como alcohol o cualquier otro tipo de consumo de sustancias, lo que se está mirando es consumo en la población, resulta que, mientras que el consumo en la población siga aumentando, y ahí tenemos los datos directamente del Ministerio del Interior, mientras que el consumo y el número de usuarios va aumentando, ¿casualmente, la prevalencia del trastorno se reduce? A mí esto no me entra en la cabeza. No puede ser que haya cada vez más asociaciones con más usuarios, más alarma social, gente que nos llaman desde institutos, desde asociaciones juveniles, que están detectando problemas, incluso desde Instituciones Penitenciarias, que hace dos semanas se puso en contacto con nosotros el Subdirector de una institución penitenciaria porque estaban detectando problemas de ludopatía dentro de la misma prisión. Se están detectando problemas de ludopatía en toda la población, pero, sin embargo, los estudios de prevalencia indican lo contrario: para ser más exactos, bajaban del 0,6 al 0,3 o al 0,1. No sé exactamente qué es lo que se está evaluando y yo no sé qué campaña de prevención están haciendo que no están funcionando, porque el problema no es que vengan cada vez más a nuestra

asociación -lo cual agradecemos parcialmente porque estamos saturados-, el problema es que los que vienen nos dicen que su entorno social también tiene problemas, que hay muy pocos chavales que en su entorno social no jueguen todos; no todos con patrón patológico, también hay que decirlo, no todo el mundo que juega tiene patrón patológico, igual que no todo el mundo que bebe desarrolla alcoholismo, pero igual que se están haciendo campañas de prevención para el alcoholismo -me parece que en octubre o en noviembre se sacó una campaña relacionada con el alcohol-, ieseñores, que también tenemos un problema con esto! También habría que hacer campañas de prevención a nivel nacional y a nivel de la Comunidad de Madrid, que además la Comunidad de Madrid, si no tengo mal entendido, tiene competencias con respecto al juego. Con los programas de atención a ludopatía en los Centros de Atención al Drogodependiente lo que nos llega a nosotros es que no les atienden, cuando ya han desarrollado la patología no les atienden; funcionan como prevención, pero no cuando ya tenemos una patología instaurada.

Quizá deberían dedicarle más recursos a eso porque al final vamos a tener un problema: el problema de los jóvenes que se están endeudando y que no se van a poder independizar, no van a poder acceder al mercado laboral porque están abandonando los estudios, cometen actos delictivos y de ahí el aumento de la ludopatía en las instituciones penitenciarias. Nosotros estamos recibiendo un montón de peticiones de informes periciales para cuestiones de estafa y de robo relacionadas con la ludopatía. Esta persona no ha robado porque tenga interés en comprarse un yate o invitar a su familiar, ha robado porque tiene una adicción, porque tiene una distorsión cognitiva y es incapaz de darse cuenta de que va a perder, y su obsesión es tapar y recuperar, tapar y recuperar, por lo que no estamos hablando simplemente de un problema de salud pública sino de un problema a nivel ya penal, judicial, social o como quieran llamarlo. Entonces, no sé qué es lo que han evaluado los estudios de prevalencia pero ya le digo que van en contra de lo que estamos encontrando. Quizás somos una asociación atípica y resulta que, aunque cada vez haya menos personas con ludopatía o con trastorno del juego problemático, deciden buscar ayuda más a menudo; nosotros no atendemos a personas que han jugado un día y ya está, atendemos a personas que tienen un trastorno psicológico...

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

La Sra. **PSICÓLOGA Y COORDINADORA DEL EQUIPO TÉCNICO DE LA ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y AYUDA AL LUDÓPATA** (Díaz Rodríguez): En los problemas de riesgo orientamos a los padres, pero los que vienen a nuestra asociación ya tienen un diagnóstico instaurado.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doña Bayta, y muchas gracias por la labor que desarrollan. Pasamos al tercer punto del orden del día.

PCOC-150/2018 RGE.1849. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Ilma. Sra. D.ª Josefa Navarro Lanchas, diputada del Grupo Parlamentario Socialista

en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre medidas que va a implementar para resolver los graves problemas existentes en la prestación del servicio de pediatría en los centros de atención primaria del municipio de Getafe.

Señor Pascual, Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, ocupe su lugar en la mesa, por favor. Bienvenido de nuevo, señor Pascual. El tiempo de tramitación de la pregunta no podrá exceder de diez minutos, repartidos por igual entre el autor o autora de la iniciativa y el representante del Consejo de Gobierno. Señora Navarro, tiene la palabra.

La Sra. **NAVARRO LANCHAS**: Gracias, señor Presidente. Buenas tardes, señorías. La pregunta que le formulamos es qué medidas van a poner en marcha para resolver los graves problemas que existen de prestación del servicio de pediatría en los centros de Atención Primaria, en este caso del municipio de Getafe. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Navarro. Señor Pascual, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, permítanme en primer lugar señalar que no existen graves problemas en la prestación del servicio de Pediatría ni en Getafe ni en la Comunidad de Madrid. Es cierto que existen problemas de accesibilidad en Atención Primaria por una falta nacional de pediatras, pero de ahí a dejar traslucir que existen graves problemas en la asistencia pediátrica en nuestra Comunidad creo que existe un largo camino todavía. La pediatría en Atención Primaria es una peculiaridad de nuestro sistema nacional de salud que no tienen otros sistemas de salud en los países de nuestro entorno y eso le aporta un valor innegable que creo que además debemos potenciar y debemos seguir intentando que cualifique nuestro Sistema Nacional de Salud, pero al mismo tiempo no está exento de algunos inconvenientes por la escasez de profesionales que en este momento se agudiza.

Dicho lo cual quiero señalarle que, como se ha repetido en múltiples ocasiones en esta Asamblea y recientemente el Consejero en el Pleno, actualmente en todas las comunidades autónomas existen dificultades para cubrir las plazas estructurales y todas las ausencias, previstas o imprevistas, de los facultativos de pediatría de Atención Primaria, tal es así que se ha creado ad hoc un grupo de trabajo específico en el seno del Consejo Interterritorial que da cuenta de la magnitud de esta problemática que afecta a todas las comunidades autónomas.

Por tanto, a este déficit de pediatras que afecta a todo el Estado la Comunidad de Madrid no es ajena y Getafe tampoco. Es cierto que afecta más a núcleos rurales, también hay que señalarlo así, pero no es menos cierto que cada vez nos vemos afectados más en núcleos urbanos de esta carencia de profesionales que prefieren elegir los hospitales, la especialidad de pediatría hospitalaria por encima de la pediatría de Atención Primaria. Las causas son multifactoriales y sobre ellas estamos intentando actuar: en primer lugar, la difícil compatibilización de la jornada con la conciliación de la vida familiar; tenemos jornada de tarde y la mayoría de las pediatras nos reclama cambiar, pero tenemos dificultades estructurales para poder acoplar esta conciliación y, sobre todo, para acoplar

esta conciliación con la necesaria conciliación que a su vez nos piden las madres de los pacientes, que quieren las consultas por la tarde, por lo que entramos en una contradicción difícil de resolver entre los derechos de conciliación de los pediatras y los derechos de conciliación de los ciudadanos. En algunos centros hemos podido tomar algunas medidas, pero, desgraciadamente, en la mayoría no hemos podido abarcar esta dificultad de compatibilización.

En segundo lugar, la amplia oferta de trabajo que existe para los pediatras en los hospitales, tanto públicos como privados, que resulta más atractiva para los facultativos; no me pida su señoría que le dé las razones, pero lo cierto es que los pediatras prefieren las plazas que ofertan los hospitales. Además, hay una creciente demanda de la asistencia en Atención Primaria, así como unas altas expectativas de los ciudadanos -aunque muchas veces, también hay que decirlo, por unas patologías que no son especialmente graves- que generan una presión asistencial importante a los pediatras de Atención Primaria.

Estamos intentando tomar medidas en todos estos ámbitos, de acuerdo con la Asociación de Pediatras de Atención Primaria, y hay algunos planteamientos que intentaremos abordar, como la compatibilidad de jornada, que hemos intentado en algunos centros en los que había huecos por la mañana pero que en otros centros no ha sido posible, y estamos planteando algunas alternativas que veremos si en el proceso de negociación con los pediatras y con los agentes sociales podemos sacar adelante. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Pascual. Tiene la palabra la señora Navarro.

La Sra. **NAVARRO LANCHAS**: Muchas gracias por sus explicaciones. Hago esta pregunta, aparte de por la preocupación que tenemos por la situación, que usted también ha descrito, porque, como usted bien sabrá, el día 7 de febrero, en el Pleno municipal de Getafe se aprobó por unanimidad una proposición presentada por el Grupo Socialista, Izquierda Unida Comunidad de Madrid-Los Verdes y Ahora Getafe, para reforzar los servicios de pediatría en los centros de Atención Primaria. Como he dicho, se aprobó por unanimidad, incluso el portavoz del Partido Popular -como es lógico, todo el Grupo votó a favor- también reconoció los problemas que existen. Es verdad que también insistió, como usted ha hecho, en que, como premisa, no existen graves problemas, pero, bueno, esto de la gravedad ya sabe usted que a veces depende de cómo se valoren las cosas. Por todo ello, creo que es necesario, y además muy oportuno, traer hoy lo que claramente es un problema estructural que, de no resolverse, es más que evidente que va a convertirse en un problema crónico. Además, mire, incluso el 1 de abril los medios de comunicación se hacían eco de esta situación, que es una situación generalizada en la Comunidad de Madrid, porque 11 centros de salud de Madrid no tienen pediatra y 66 tan solo tienen uno; incluso se ponía el foco en el caso de Getafe y se señalaba que hay una población de 180.000 habitantes y 8 centros de salud pero que la mitad se encontraba sin pediatra en turno de tarde.

He escuchado sus explicaciones, lógicamente, con atención y nos ha hablado de las causas y, entre ellas, del tema de la compatibilización de la jornada. Luego usted ha rectificado en su

discurso, pero es verdad que todo el rato nos ha hablado de las pediatras y de las madres; bueno, creo que hay padres y madres que llevan a sus hijos e hijas al pediatra y que hay hombres y mujeres pediatras, es verdad que nos encontramos muchas mujeres, pero creo que eso también conviene tenerlo en cuenta. Usted nos hablaba de la dificultad que tienen los profesionales para compatibilizar la vida familiar y laboral y está claro que hay una dificultad, pero que en un centro de salud no haya pediatra por la tarde afecta a muchísimos ciudadanos, madres y padres que en un porcentaje muy alto trabajan por la mañana y tienen que llevar a sus hijos al pediatra por la tarde; de hecho, usted sabe que una de las recomendaciones que siempre nos hacen a las personas que trabajamos es que elijamos los médicos por la tarde para evitar el absentismo y la falta de asistencia al trabajo, que es algo que está muy bien porque tenemos que cumplir en todos los aspectos. Era algo a lo que quería hacer una referencia.

Respecto a la gravedad del problema, creo que hay algunas cifras que sirven precisamente para contextualizar el problema al que nos referimos: Getafe cuenta con el 3 por ciento de niños y niñas en edad pediátrica; 28.792. Fíjese, hasta 2 años, 5.723; de 3 a 6 años, 8.265, y de 7 a 13 años, 14.784 niños, que también se ponen malos. Pues bien, cuenta con tan solo el 2,7 por ciento de los pediatras en Atención Primaria. Según el Plan de Recursos Humanos en 2013 tendría que haber 24 pediatras asignados a Getafe. Tendríamos que preguntarnos dónde están; desde luego, no los vamos a encontrar. Porque mire, en febrero –como le decía-, en el Pleno que se celebró en el Ayuntamiento de Getafe se hacía referencia a la situación que sufren los ciudadanos. Por ejemplo, en el centro de Atención Primaria de Sánchez Morate hay dos por la mañana y uno por la tarde atendiendo casi a 3.000 niños y niñas, pues falta una persona del turno de mañana que se jubiló y resulta que aquí parece ser que siguen esperando; aquí no se sustituye. Pero es que aquí hay problemas, y los hay porque nosotros en Getafe tenemos dos barrios muy importantes, como son el barrio de Los Molinos y el barrio de Buenavista, en los que hay muchísima gente joven y, lógicamente, los índices de natalidad son mucho mayores que en el resto de los barrios de Getafe. Bueno, pues este centro de salud también tiene que atender a niños y niñas precisamente del barrio de Los Molinos. En el centro de Juan de la Cierva, hay dos por la mañana y dos por la tarde, con más de 4.000 niños y niñas; es un centro saturado porque atiende, efectivamente, a la población de Los Molinos. El Greco, en otro barrio de Getafe, con más de 3.000 niños y niñas...

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

La Sra. **NAVARRO LANCHAS**: Bueno, pues voy a ir terminando, aunque el tiempo se me ha hecho demasiado corto. Como creo que usted es consciente de la situación que yo le iba a describir en cuanto a ese problema que existe, lo que le voy a pedir es que, efectivamente, lo resuelvan. Hoy podría haber sido mucho más exhaustiva en la descripción, pero no tengo tiempo. Sí le voy a decir una cosa: usted hablaba de por qué resulta que existe una amplia oferta para esos trabajadores en hospitales, por qué no están en el espacio público. Pues le diré que la Comunidad de Madrid, según el portal estadístico del personal del SERMAS, tiene 917 pediatras de Atención Primaria, de los cuales, 581 son fijos, 126 interinos y 210 eventuales. A lo mejor aquí es donde está el problema, a lo mejor es aquí donde también tienen ustedes que incidir. Muchas gracias. Espero

alguna otra respuesta más convincente para los vecinos y vecinas de Getafe, que tienen un problema, aunque usted a lo mejor no lo ve. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Navarro. Señor Pascual, tiene un minuto para responder.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, Presidente. Señoría, yo he dicho y sostengo que la situación no es grave asistencialmente; que hay un problema de accesibilidad y que hay centros que, efectivamente... Pero una cosa que desconoce sus señorías es que hay interinidades vacantes, que ningún pediatra acepta una interinidad, y las estamos ofertando; no contratos eventuales sino interinidades. Esta es una realidad que se puede observar, o sea, que no es una cuestión que se inventa la Consejería. Por tanto, sí que estamos ofertando contratos de larga duración e incluso interinidades. Le he dicho que es un problema nacional, que afecta a todo el mundo y que estamos intentando buscar soluciones.

Por otra parte, perdóneme, su señoría, porque ya me imaginaba que me iba a salir por ahí, pero no es un problema de discurso de género: las personas que vienen a reivindicarnos a la Dirección General los cambios son pediatras mujeres y las madres son las que vienen a reivindicar. Son las que vienen y por eso me he referido a ellas, porque son las que vienen a la Dirección General. Ya sé que no es un problema de madres y de pediatras, pero son las personas que vienen a reivindicar, que son a las que me he referido. Son las que vienen a pedirme el cambio de turno. Por ejemplo, en algún centro que usted ha mencionado, hemos ofertado esa plaza de turno de mañana, tremendamente atractiva hipotéticamente, pero todavía sigue sin cubrirse y, sin embargo, es una plaza de mañana, cuando aparentemente todo el mundo está pidiendo el cambio. Hemos vuelto a ofertar otra vez esa plaza, con algunas otras más. Todo lo que usted ha dicho es cierto: tenemos ahora una reducción de jornada, también por un tema de conciliación, que no se puede cubrir y tenemos una jubilación que hemos ofertado y no se puede cubrir. Estamos viendo si habilitamos un espacio de mañana para hacerlo más atractivo, pero vuelvo a insistirle en que no es un problema de la Comunidad de Madrid, no es un problema de oferta de plazas, no es una oferta de contratos de días ni contratos de semana; a la mayoría de los que tienen contratos eventuales les hemos ofrecido incluso pasarse de interinidades y, bueno, tienen otras razones por las cuales muchos de ellos no han aceptado esa interinidad; sus razones tendrán. Por tanto, no diga que no sustituimos, porque en cuanto sale cualquier plaza en cualquier sitio... Es más, se pueden quejar otras comunidades autónomas, como Castilla-La Mancha o Castilla y León, que estamos intentando capturar... Aunque ellos ya han convertido todas las plazas de mañana, por ejemplo. Creo que en la Comunidad de Madrid los ciudadanos no admitirían todas las plazas de mañana como, por ejemplo, está ocurriendo en otras comunidades autónomas. Creo que tienen derecho a atención por la tarde -su señoría lo ha dicho- y no vamos a quitar el turno de tarde. Si alguien lo ha pensado, porque lo he oído por ahí, no se puede.

Intentaremos atraer a nuestros residentes con otros atractivos. Se ha planteado también algún tipo de modificación de la cartera de servicios para incrementar el atractivo; con complejidad para que nuestros pediatras puedan hacer otras cosas; también hemos intentado complementar con enfermería familiar y comunitaria experta en pediatría, para que también sea más atractivo; igualmente, hemos intentado -y la propuesta está encima de la mesa- la concentración de profesionales para que entre ellos se especialicen más y les resulte más atractiva la plaza y, en la medida de lo posible, sin alterar los derechos de los ciudadanos, concentrar en las mañanas, porque son las que más fácil cobertura tienen. Pero, evidentemente, el turno de tarde tiene que seguir siendo garantizado. Muchas gracias.

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

PCOC-217/2018 RGE.2820. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre situación actual de la receta electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad de Madrid.

Solicito al señor Director General de Sistemas de Información Sanitaria, señor Alonso Arranz, que ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Les recuerdo que tienen diez minutos a repartir entre quien formula la pregunta y quien la responde. Tiene la palabra, señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señor Presidente. Bienvenido, señor Director General. La pregunta que le hacemos es: ¿cuál es la situación actual de la receta electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud? Esa receta que permite a los madrileños sacar medicinas en farmacias fuera de la Comunidad y a personas de fuera de Madrid sacar medicinas en nuestras farmacias a cargo del Sistema Nacional de Salud. Madrid es una de las comunidades que no tiene esta receta en funcionamiento y queremos saber cuál es la situación actual y cuáles son las previsiones.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA** (Alonso Arranz): Muchas gracias, señor Presidente. Señor Freire, como ya saben sus señorías la Comunidad de Madrid lleva ya unos cuantos años -desde 2012- emitiendo receta electrónica desde el ámbito de Atención Primaria en todos sus centros de salud y consultorios. Para la extensión de la receta electrónica al resto de los ámbitos asistenciales -el ámbito de hospitalización, el de urgencias y el de emergencias- estamos desarrollando un nuevo módulo completo de receta electrónica que será un módulo integrado con todas las historias clínicas electrónicas y con todas las aplicaciones corporativas de la Consejería de Sanidad, que nos va a permitir en un futuro hablar de historia farmacoterapéutica única. No es un proyecto sencillo y es un proyecto ambicioso.

En este momento nos encontramos en la fase final de pruebas del aplicativo; el aplicativo está finalizado y estamos ahora mismo haciendo las últimas pruebas para terminar de validarlas y pasar a la formación de los profesionales. La implantación de la receta electrónica la abordaremos a continuación de esta formación. Como comprenderán, es una formación extensa, porque tenemos que formar a todos los profesionales de Atención Primaria, que son un número importante, y a todos los profesionales de Atención Hospitalaria y emergencias.

Posteriormente, pasaríamos a realizar las pruebas de los módulos receptor y emisor, que son los dos módulos que nos van a permitir recibir las recetas de otras comunidades y poder emitir recetas electrónicas que se puedan dispensar en otras comunidades autónomas. Estas pruebas hay que realizarlas al finalizar los desarrollos de la historia clínica electrónica para que esté extendida en todos los hospitales. Entonces, en el momento en el que tengamos implantada la receta electrónica pasaremos a activar estos dos módulos; estos dos módulos están prácticamente finalizados, a expensas de realizar las últimas pruebas. Muchas gracias.

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

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Nos gustaría que nos explicara cuáles son las dificultades específicas de la Comunidad más rica de España y más grande para estar a la altura de la situación de otras comunidades autónomas en relación con la receta electrónica. La Comunidad de Madrid llegó tarde; hablo ahora de receta electrónica, luego comentaré la receta electrónica válida en todo el conjunto del sistema.

Según datos del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad, a noviembre de 2017 Madrid todavía tiene un cero por ciento de implementación de receta electrónica en Atención Especializada. ¡Cero por ciento! Es la única Comunidad, junto con Aragón, Asturias y Castilla y León, que tiene 7,14 por ciento. ¿Cuál es el problema que tiene Madrid para tener esa situación en Atención Especializada?

Cuando vamos al conjunto de las recetas, resulta que la media de España está en un 90 por ciento de receta electrónica, y Madrid no llega al 70 por ciento. La pregunta que nos hacemos es: ¿qué les pasa en Madrid en relación con esto? Usted ha llegado en esta Legislatura, pero indudablemente aquí hay un problema, y es un problema que además afecta a millones de españoles que vienen a Madrid y a los cientos de miles de pacientes madrileños que van a otro sitio, pero es más grave en Madrid que está en el centro del país; Madrid es un lugar en donde prácticamente todos los que estamos aquí hemos venido de fuera y también vamos fuera. Debieran ustedes tener una diligencia especial en hacer que la receta electrónica funcionara.

Me gustaría que me concretara las fases de la receta electrónica; ahora hablo de la interoperable, de la válida para toda España. ¿En qué situación están, por ejemplo, los sistemas de prescripción y de dispensación? ¿Eso lo tienen hecho? ¿Eso lo tienen hecho y adaptado? Sí o no. ¿Han hecho pruebas en relación con ello? ¿Con qué comunidad autónoma? Porque, claro, las pruebas tienen que ser con alguna comunidad autónoma que funcione, y normalmente otras comunidades

autónomas toman como referente Castilla y León. Andalucía, por ejemplo, que es la otra comunidad autónoma que no tienen receta electrónica, por razones muy distintas, ya ha hecho pruebas, sencillamente porque empezaron la receta electrónica mucho antes y... En fin, no hablemos de Andalucía. Las cuestiones son: ¿cuánto falta? ¿Cuándo van a tener los madrileños acceso a esto? ¿En qué fase están? ¿Quién tiene este contrato? ¿Cuándo lo sacaron? En definitiva, denos datos que nos permitan saber a nosotros y a la ciudadanía cuál es la situación, porque en España me parece que las pruebas empezaron el 2013, fueron culminadas en 2015, hoy estamos en 2018 y queremos saber en qué situación estamos; también por qué estamos en esta situación. Eso es todo. Muchas gracias.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA** (Alonso Arranz): Muchas gracias, señor Presidente. Señoría, voy a intentar aclarar todo. Podíamos haber hecho una receta electrónica, una aplicación, más sencilla y más rápida, por supuesto. Otras comunidades han desarrollado o han contratado otras soluciones y nosotros hemos decidido implantar una solución a medida; una solución que está integrada con todos nuestros sistemas, una solución que nos va a permitir tener realmente conocimiento de todo el historial de prescripción en farmacia o en oficinas de farmacia en la Comunidad de Madrid, en todos los niveles asistenciales. Realmente es un proyecto complejo, no es un proyecto sencillo. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *Otros ya lo han hecho.*) Sí, pero cada uno ha optado por una solución diferente que será mejor o peor, ahí no voy a entrar, pero yo le aseguro que la solución de la Comunidad de Madrid es una solución que se ha desarrollado pensando en nuestros profesionales en primer lugar. Se ha intentado que todos los profesionales de Atención Primaria no cambien radicalmente su forma de trabajar, sus circuitos, sino que se enriquezcan con circuitos colaborativos con el resto de los niveles asistenciales. Vamos a desarrollar otra serie de herramientas que les va a permitir tomar las decisiones con mayor seguridad y va a permitirles comunicarse entre profesionales con mecanismos de comunicación on line, que lo haremos en una segunda fase. Este primer desarrollo está pensado en el profesional y creo que es un desarrollo de calidad; yo creo que vamos a tener un desarrollo de calidad.

Preguntaba su señoría cuándo va a estar terminado este desarrollo. Ya le digo que este mes estamos terminando las pruebas y estamos empezando la formación, con lo cual la puesta en funcionamiento es inminente. Ya lo vamos a poner en marcha. La implantaremos inicialmente en Atención Primaria y luego la extenderemos progresivamente en hospitales -la iremos haciendo extensiva en hospitales de forma escalonada-, y finalizaremos la interoperabilidad de la receta electrónica después del verano, porque hay que implantarla en todos los centros de salud y en todos los hospitales.

No sé si he respondido a su pregunta. Yo creo que, como digo, es un proyecto bastante ambicioso. Cada Comunidad ha tomado una decisión y ha elegido una solución determinada. Yo creo que con el tiempo veremos que la de la Comunidad de Madrid es una gran solución y que tendrá buena acogida por parte de nuestros profesionales, porque lo hemos cuidado y lo hemos mimado. No ha sido un desarrollo fácil, porque había que poner en común todos los circuitos de trabajo. Se ha

sido muy escrupuloso en la colaboración entre profesionales de Primaria y Especializada y con los profesionales de farmacia, y yo creo que esa es la clave de la tardanza. Creo que la tardanza, al final, será bien acogida. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Alonso. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *¿Ya no me queda nada de tiempo?*) No. (El Sr. **FREIRE CAMPO**: *Es para pedirle la especificación del proyecto.*) Ya, ya... ¡En la próxima! Pasamos al quinto punto del orden del día.

———— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** ————

¿Algún ruego o alguna pregunta que formular a la Mesa? (*Denegaciones.*) No habiendo ruegos ni preguntas, se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 17 horas y 46 minutos).

SECRETARÍA GENERAL DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA

SERVICIO DE PUBLICACIONES

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

Web: www.asambleamadrid.es

e-mail: publicaciones@asambleamadrid.es

TARIFAS VIGENTES

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



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

Asamblea de Madrid