

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 853

19 de febrero de 2019

X Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilmo. Sr. D. José María Arribas del Barrio

Sesión celebrada el martes 19 de febrero de 2019

ORDEN DEL DÍA

1.- PNL-9/2019 RGEF.1263. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a implantar las medidas necesarias para que, antes de que finalice esta Legislatura, la información del servicio sanitario madrileño sea compatible con la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) y sea una realidad la interoperabilidad de la receta sanitaria electrónica nacional en la Comunidad de Madrid.

2.- C-927/2018 RGEF.11601. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre situación del Hospital Gómez Ulla. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

3.- En su caso, C-1195/2018 RGE.14596. Comparecencia del Sr. D. Daniel Gil Martorell, Vicedecano Primero del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de exponer la realidad y el potencial de la contribución de los Trabajadores Sociales a la equidad, sostenibilidad y calidad del Servicio Madrileño de Salud. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

4.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 16 horas y 33 minutos.	51265
— PNL-9/2019 RGE.1263. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a implantar las medidas necesarias para que, antes de que finalice esta Legislatura, la información del servicio sanitario madrileño sea compatible con la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) y sea una realidad la interoperabilidad de la receta sanitaria electrónica nacional en la Comunidad de Madrid.	51265
- Interviene el Sr. Veloso Lozano, en defensa de la proposición no de ley.	51265-51267
- Intervienen, para fijar su posición, la Sra. García Gómez, el Sr. Freire Campo y la Sra. Liébana Montijano.	51267-51271
- Intervienen, la Sra. García Gómez y el Sr. Freire Campo comunicando las sustituciones en sus Grupos.	51271
- Votación y aprobación de la proposición no de ley.	51271
— C-927/2018 RGE.11601. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre situación del Hospital Gómez Ulla. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).	51271
- Interviene la Sra. San José Pérez, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia.	51272
- Exposición del Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.	51273-51275

- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Marbán de Frutos, la Sra. San José Pérez, el Sr. Freire Campo y el Sr. Raboso García-Baquero.	51275-51281
- Interviene el Sr. Director General, dando respuesta a los señores portavoces.....	51281-51283
— C-1195/2018 RGEP.14596. Comparecencia del Sr. D. Daniel Gil Martorell, Vicedecano Primero del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de exponer la realidad y el potencial de la contribución de los Trabajadores Sociales a la equidad, sostenibilidad y calidad del Servicio Madrileño de Salud. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	51283
- Exposición del Sr. Vicedecano Primero del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.	51284-51289
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Veloso Lozano, la Sra. San José Pérez, el Sr. Gómez-Chamorro Torres y el Sr. Raboso García-Baquero.	51289-51296
- Interviene el Sr. Vicedecano Primero, dando respuesta a los señores portavoces.....	51296-51297
— Ruegos y preguntas.	51297
- No se formulan ruegos ni preguntas.	51297
- Se levanta la sesión a las 17 horas y 36 minutos.	51297

(Se abre la sesión a las 15 horas y 33 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenas tardes. Comenzamos la sesión de la Comisión de Sanidad correspondiente al día de hoy, 19 de febrero, con el primer punto del orden del día.

PNL-9/2019 RGEP.1263. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, con el siguiente objeto: la Asamblea de Madrid insta al Gobierno de la Comunidad de Madrid a implantar las medidas necesarias para que, antes de que finalice esta Legislatura, la información del servicio sanitario madrileño sea compatible con la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) y sea una realidad la interoperabilidad de la receta sanitaria electrónica nacional en la Comunidad de Madrid.

La iniciativa se tramita conforme a lo establecido en el artículo 207 del Reglamento, por lo que tiene la palabra, en representación del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, el autor de la iniciativa, señor Veloso, por tiempo de cinco minutos.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Buenas tardes a todos, señorías. La proposición no de ley que presenta hoy mi Grupo Parlamentario es para pedir la inclusión de la información del sistema sanitario madrileño en la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud y en el esquema de interoperabilidad. Señorías, hace cinco meses que terminó el plazo máximo dado por el Ministerio de Sanidad para la implantación de la receta electrónica interoperable y para la inclusión de la información del sistema sanitario madrileño en la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. En estos momentos, la única comunidad autónoma que no tiene acceso a este tipo de datos es la Comunidad de Madrid. ¿Y qué importancia tiene esto? Señorías, la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud garantiza a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios el acceso a la información clínica relevante para la atención sanitaria desde cualquier lugar del Sistema Nacional de Salud, en concreto hay un documento, además, que es la Historia Clínica Resumida, que es un documento de especial de interés para los profesionales y para los pacientes porque recoge los principales datos clínicos, y la disponibilidad de estos datos clínicos es de tal importancia que resulta vital para garantizar la continuidad asistencial y la seguridad de la asistencia sanitaria de los ciudadanos que viajen por cualquier parte del territorio español.

Paralelamente, en estos últimos años se ha ido implantando en toda España la receta sanitaria interoperable, que permite que cualquier ciudadano pueda retirar en cualquier otro punto del país con su tarjeta sanitaria autonómica medicamentos recetados en su localidad de origen. Y, tras la incorporación de Ceuta y Melilla al sistema de prescripción de receta electrónica interoperable a finales de 2018, solamente queda Madrid por incorporarse. Desde la Consejería no se atreven a anunciar una fecha precisa de esa incorporación porque dicen que la pelota está en el tejado del Ministerio; así lo dijo el señor Consejero el 26 de diciembre de 2018 cuando señaló que solo quedaba un último paso por parte del Ministerio, que era la verificación, que es el paso necesario para realizar

la activación de este proceso, es decir que sigue pendiente, ni más ni menos que desde 2016, la certificación de la interoperabilidad de la receta electrónica en la Comunidad de Madrid.

Dejando a un lado de quién sea la culpa, lo cierto es que la incorporación de las dieciséis comunidades autónomas a la receta electrónica interoperable ha supuesto para el Estado un ahorro de 253 millones de euros desde que se puso en marcha. Lo más grave de que Madrid no esté conectada a día de hoy es que los madrileños no podemos usar nuestra tarjeta sanitaria para retirar medicamentos con prescripción en una farmacia de Valencia, Asturias, Andalucía o cualquier otra comunidad autónoma, ni a la inversa, pues una persona procedente de esas comunidades autónomas no puede retirar sus medicamentos en una farmacia de la Comunidad de Madrid.

Yo quiero hacer aquí una reflexión especial. La implantación de la receta electrónica compartida por todos los servicios de salud es algo fundamental para todos los ciudadanos para que puedan acceder sin problemas a los tratamientos y a los medicamentos que necesitan en sus desplazamientos temporales a una comunidad autónoma distinta de la que residen habitualmente. Está en juego, señorías, no solo la comodidad del paciente sino también su seguridad, y lo que pretendemos con esta proposición no de ley es sencillamente que el Sistema Nacional de Salud sea nacional y sea de salud, algo que aunque es una aseveración que parece obvia, está todavía lejos de cumplirse. Y está lejos de cumplirse por culpa de una postura de confrontación que tanto les gusta manejar al Partido Socialista y a Podemos y por su alergia a todo lo que tenga que ver con el concepto nacional. Por eso es quizá por lo que nuestra proposición de ley para establecer la tarjeta sanitaria única -algo que sucede con el DNI o con el permiso de conducir-, cuando se presentó en el Congreso de los Diputados, fue rechazada por estos dos partidos, cuando en realidad lo único que estamos buscando y pretendiendo es que cualquier ciudadano español pueda ser atendido y pueda recibir sus medicamentos en cualquier punto de España y también para que a los españoles se nos deje de llamar desplazados cuando estamos dentro de nuestro país. Por eso, en definitiva, queremos plantear una libre circulación sanitaria, algo que supongo que, por extrañas razones, ustedes, señorías del PSOE y de Podemos, no compartirán, pero desde Ciudadanos lo defendemos porque es absolutamente beneficioso para los pacientes.

Además, esto que defiende Ciudadanos es tan revolucionario que resulta que es lo que defiende la Unión Europea; así lo dice la Directiva del año 2011, que precisamente tiene como objetivo asegurar la continuidad asistencial en los desplazamientos de los ciudadanos europeos y abre la posibilidad a que los Estados intercambien información sobre la salud de estos. De hecho, actualmente, el mes pasado sin ir más lejos, Finlandia y Estonia han sido los primeros países en actuar juntos a través del proyecto de receta electrónica interoperable en la Unión Europea, y ya hay incluso diez países dispuestos a sumarse a este proyecto antes de que finalice 2019. Lo que significa esto es que, mientras que la Unión Europea ya está avanzando a gran velocidad hacia la conexión de sistemas de información de salud entre diferentes países, en España todavía no hemos terminado de cerrar la interoperabilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Por todo ello, mi Grupo Parlamentario ha presentado esta proposición no de ley instando al Gobierno de la Comunidad de Madrid a que lleve a cabo urgentemente todas las medidas necesarias para que, antes de que finalice esta Legislatura, la información del servicio sanitario madrileño sea compatible con la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud y sea una realidad la interoperabilidad de la receta electrónica nacional también por fin en la Comunidad de Madrid. Por todo ello, señorías, les pedimos el voto favorable a esta iniciativa. Nada más. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Veloso. Tiene la palabra la señora García Gómez por tiempo de siete minutos.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, Presidente. Nosotros trajimos este tema a esta Comisión para preguntar al Gobierno qué pasaba con la receta electrónica interoperable porque la Comunidad de Madrid era la única comunidad que no la tenía. Nos contestaron que se estaba haciendo tan, tan, tan bien en la Consejería, que el programa era tan exquisito, que por eso habían tardado más que el resto de las comunidades. Tan exquisito, tan exquisito, que seguimos sin tenerlo.

Hoy, Ciudadanos nos trae una PNL para que esto se haga efectivo; es decir, para una cosa que tenía que haber sido efectiva de facto traen una PNL. Obviamente, saben que no se va a cumplir; quiero decir que podemos votar, y nosotros vamos a votar a favor, por supuesto, pero, si no han cumplido ninguna PNL a lo largo de toda la Legislatura, dudamos mucho de que vayan a cumplir la última o una de las últimas PNL de la Legislatura. Pero, bueno, el Gobierno tendrá que dar respuesta.

Dicen: nos encanta el acceso a la información clínica desde cualquier comunidad y que haya interoperabilidad, que es muy grave no poder ver las historias clínicas entre las diferentes comunidades... Pero es que en la Comunidad de Madrid se da una circunstancia un poquito especial: no las podemos ver ni dentro de nuestra propia Comunidad. Esto es algo que el Grupo Parlamentario Podemos está denunciando desde el principio; es una lástima que no hayamos tenido la llave del Gobierno, que sí la ha tenido Ciudadanos. Pero, bueno, sin tener la llave del Gobierno, lo hemos denunciado muchas veces. Y es que en la Comunidad de Madrid los hospitales no podemos comunicarnos con otros hospitales ni podemos comunicarnos con Atención Primaria. Entonces, podemos pedir a la Comunidad que haya interoperabilidad entre comunidades, pero le pedimos fundamentalmente, por favor, que después de cuatro años... Es más, el Director General de Sistemas de Información Sanitaria nos dijo al principio de la Legislatura que sí, que iban a hacer unas pasarelas informáticas. Pues bien, esas pasarelas no han llegado, ino han llegado en cuatro años! Están construyendo una pasarela informática para que en un hospital podamos ver información de Atención Primaria.

Creo que todo esto se resume en una palabra: incompetencia; incompetencia de un Gobierno y del partido que lo sostiene, y también dejadez por parte del partido que ha tenido la llave durante cuatro años por no exigir al Gobierno que se hicieran las cosas sin incompetencia. Con este resumen, vamos a votar a favor, porque nosotros votamos a favor de las cosas que son buenas y necesarias, aunque sepamos que no se van a cumplir; leyes incluidas y todas estas cosas.

Entiendo que a los compañeros de Ciudadanos ahora les han debido de pasar un argumentario según el cual en una de cada dos frases tienen que hablar tanto del PSOE como de Podemos y decir algún exabrupto, que no sabemos hacer no sé qué... La realidad es que aquí, en esta Comunidad, solo ha habido un partido gobernando y un partido apoyándole, por lo que todas las incompetencias relacionadas con la Comunidad de Madrid tienen dos responsables: el partido que gobierna y el partido que le apoya.

Sin más, les digo que vamos a votar a favor. Esperemos que la intercomunicabilidad entre los hospitales de la propia Comunidad de Madrid se haga antes de que acabe la Legislatura, y ya, de paso, si se consigue entre comunidades, imagínense el alborozo entre los pacientes y entre los profesionales cuando puedan ver las historias clínicas de sus pacientes en sus ordenadores. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García Gómez. Señor Freire, tiene la palabra por tiempo de siete minutos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. Adelanto que mi Grupo también va a votar que sí a esta PNL, con la misma fe y el convencimiento de español de bien que votaría a favor de la Ley de la Gravedad, porque, indudablemente, es sensato lo que se plantea en ella. De todas maneras, esta insistencia del portavoz de Ciudadanos en colocarnos fuera de la patria hispana a algunos de los diputados, que precisamente somos del único partido que lleva la palabra español en su nombre, me lleva a puntualizar algunas cosas.

En primer lugar, la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud –y no crea el portavoz del Partido Popular que le estoy quitando su turno de réplica-, está implantada en el SERMAS desde hace ocho años, y es que esta Historia Clínica Digital es realmente una interfaz de conexión que tiene nueve componentes, que haré la merced de leerlos para que consten: Histórica Clínica Digital Resumida, Informe Clínico de Atención Primaria, Informe Clínico de Urgencias, Informe Clínico de Alta, Informe Clínico de Consultas, Informe de Resultados de Pruebas de Laboratorio, Informe de Resultados de Pruebas de Imagen, Informe de Cuidados de Enfermería, Informe de Resultados de Otras Pruebas Diagnósticas. De estos nueve componentes de la llamada Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, la Comunidad Autónoma de Madrid ha implementado todos menos la Historia Clínica Digital Resumida, que, como ha dicho la portavoz de Podemos, se corresponde con las historias clínicas hospitalarias; ni siquiera están digitalizadas todas las historias y existe un notable caos de incompetencia, de falta de interés y demás que hemos denunciado básicamente. De hecho, la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud está implantada en la Comunidad de Madrid desde 2011, pero, en la práctica, únicamente permite visualizar informes de Atención Primaria e informes clínicos de algunos –subrayo algunos- Centros de Atención Especializada. La mayor parte de las historias clínicas de Atención Especializada en los grandes hospitales no están digitalizadas y sus sistemas de información no están conectados a esta interfaz de conexión, con lo cual el sistema pierde gran parte de su utilidad práctica. Entonces no se trata solo de digitalizar el histórico de las historias clínicas en papel, lo cuál sería costosísimo, sino básicamente de hacer que este sistema sea

consultable. En este sentido, apoyamos la PNL que plantea Ciudadanos, aunque también somos perfectamente conscientes de que a estas alturas del partido legislativo lo que no se ha hecho no se va a hacer.

Respecto a la receta electrónica, ciertamente, Madrid es la única Comunidad que falta, y hemos traído esto aquí por lo menos cuatro veces en esta Legislatura. Es un escándalo más respecto a lo que el Presidente de la Comunidad de Madrid dice con enorme desparpajo en el Pleno de la Asamblea de esta Comunidad: que tenemos el mejor servicio de salud de España y el segundo de Europa. Pues bien, es la única, de todas las comunidades autónomas, donde no opera la receta electrónica. Sí, señor Raboso, portavoz del Partido Popular, esto es información de última hora, consultada exactamente en el Sistema Nacional de Salud a fecha 1 de enero de 2019, y Madrid es la única Comunidad que falta por incorporarse.

Hay algunas razones técnicas que pudieran explicar esto, pero, fundamentalmente, la razón clave es la falta de interés y, de alguna manera, la incompetencia de las Direcciones que han asumido la política sanitaria del Partido Popular en esta Comunidad.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Señora Liébana, es su turno.

La Sra. **LIÉBANA MONTIJANO**: Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, en relación con la proposición no de ley que nos trae hoy el Grupo de Ciudadanos, les anuncio que nuestro voto va a ser favorable ahora y cuando terminemos la intervención, pues no vamos a cambiar de idea y vamos a seguir votando favorablemente.

En la Comunidad de Madrid, como han dicho algunos de los intervinientes que me han precedido, en 2011 se incorporó el Sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, siempre que se cumplieran los requisitos técnicos que exigía el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad entonces, ahora Ministerio de Sanidad, Bienestar Social y Consumo. Desde entonces, el Servicio Madrileño de Salud ha ido aumentando la contribución al Sistema Nacional tanto en el volumen de la información clínica como en el número de ciudadanos de nuestra Comunidad. Para que se hagan una idea de este volumen, el número de informes clínicos, a 31 de diciembre de 2018, fue de 78.111.570 informes de alta de hospitalización, de atención de urgencias, de consultas externas, de cuidados de enfermería, de otras pruebas diagnósticas, de pruebas de imagen y de pruebas de laboratorio. A estos informes, en la asistencia hospitalaria hay que añadir, además, otros 6 millones de informes en Atención Primaria, que también han sido incorporados a la Historia Clínica Digital del Servicio Nacional de Salud. En resumen, ya existen más de 84 millones de informes clínicos de los madrileños en la historia clínica digitalizada que, por tanto, son accesibles por los ciudadanos y profesionales de todo el Sistema Nacional de Salud y en todo el territorio nacional.

La información clínica que el SERMAS aporta al Sistema Nacional de Salud proviene tanto del ámbito de la Atención Primaria, desde la totalidad de los centros de salud y consultorio, que son 430, como de la Atención Hospitalaria, desde los 27 hospitales de los 34 que integran el Servicio Madrileño de Salud, así como de los 58 centros de especialidades. Esto supone que todos los centros de

Atención Primaria y el 80 por ciento de centros de Atención Hospitalaria contribuyen con información clínica de los ciudadanos al Sistema Nacional de Salud. El resto de hospitales se irán incorporando paulatinamente porque están en proceso de consolidación de sus sistemas de información, tras la implantación del propio sistema de historia clínica electrónica. Por tanto, podemos decir que un 95,2 por ciento de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid con tarjeta sanitaria dispone de información de historia clínica digitalizada, frente a una cobertura total a nivel nacional de un 93,2 por ciento. Esto quiere decir que para el 95,2 por ciento de los ciudadanos madrileños cualquier profesional desde los centros sanitarios del Servicio Nacional de Salud de cualquier comunidad autónoma tiene acceso a su información clínica, que está contenida en la historia clínica digitalizada. Dicha información también es accesible a través de internet para los propios particulares.

Por volumen, podemos decir que la Comunidad de Madrid es la que más información aporta a la historia clínica digitalizada, pues algo menos del 15 por ciento de los ciudadanos con tarjeta sanitaria a nivel nacional, que disponen de información en historia clínica digitalizada, aportan más del 40 por ciento de los informes clínicos disponibles en historia clínica digitalizada.

Por lo que respecta a la tipología de la información clínica, como ya lo ha enumerado el doctor Freire no voy a repetírselas. Sí decirles que al Servicio Madrileño de Salud –SERMAS- aporta actualmente siete de los nuevos tipos de informe de los ocho que tiene autorizado el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Los dos tipos de informes restantes son: la historia clínica resumida y el informe de cuidados de enfermería. Con respecto a este último el SERMAS ya ha superado el proceso de validación técnica y ha obtenido autorización del Ministerio de Consumo y Bienestar Social para poder integrarlo en el sistema nacional, y en la actualidad se están realizando adaptaciones en el proceso de extracción de información.

Finalmente, por lo que respecta al informe de historia clínica resumida ya ha comenzado el proceso de validación técnica y la autorización por parte del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Resumiendo, la previsión es que el SERMAS esté aportando a la historia clínica digitalizada informes de historia clínica resumida e informes de cuidados de enfermería de los ciudadanos antes de que finalice el primer semestre de 2019.

En cuanto a la situación actual respecto a la receta electrónica del Sistema Nacional de Salud, Madrid ha implantado durante 2018 el módulo único de prescripción electrónica, un sistema unificado entre la Atención Primaria, la Atención Hospitalaria, el SUMMA y las residencias, que permite disponer de una historia clínica farmacoterapéutica.

La Comunidad ya contaba con un sistema de receta electrónica y se encontraba implantado únicamente en el ámbito de Atención Primaria. El nuevo sistema va a permitir utilizarla en todos los ámbitos asistenciales, primaria, hospitalaria y emergencias. Va a mejorar en el proceso de dispensación de medicamentos, va a incorporar un nuevo sistema de firma electrónica de las prescripciones más sencillas y ágiles para los profesionales.

También se van a normalizar los procedimientos y se va a mejorar la continuidad asistencial de los pacientes al estar incluida toda la información de los pacientes en un único sistema de información. Van a evolucionar los procedimientos de control de las prescripciones y va a controlarse el proceso de selección y sustitución, mejorando el proceso de sustitución de productos de oficinas de farmacia en base a las normas establecidas por la Comunidad. Se va a utilizar un catálogo único de medicamentos para toda la Comunidad de Madrid. Se va a incorporar la Atención Hospitalaria al circuito completo de electrónica de prescripciones incluyendo las de los visados. Se va a crear un canal de comunicación médico-prescriptor farmacéutico de forma que pueda incluir información adicional con indicaciones que solo las van a ver en las oficinas de farmacia. Se va a mejorar la seguridad del paciente y se va a posibilitar el acceso del paciente a toda su información.

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

La Sra. **LIÉBANA MONTIJANO**: Termino. La Consejería de Sanidad ha instado al Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Comunidad de Madrid a que finalice a la mayor brevedad la necesaria adaptación de sus sistemas y a desarrollar la pasarela corporativa de COFM que incluye los servicios de integración establecidos por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid incorporando los distintos sistemas de software de farmacia, la nueva funcionalidad que permita al farmacéutico la dispensación de pacientes para otra comunidad autónoma y certificar la solución para el perfil dispensador.

Está previsto que la activación e incorporación de la receta electrónica se haga durante el primer trimestre de 2019. Tengo más información, pero por razones de tiempo, no usaré de ella. Les repito que nuestro voto va a ser favorable. Nada más y muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Liébana. Una vez fijadas todas las posiciones por los Grupos, pido a los portavoces que nos digan si hay sustituciones en sus Grupos.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: La señora Gimeno Reinoso por don José Manuel López Rodrigo.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Doña Lucila Casares Díaz sustituye a doña Carmen Martínez Ten.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias. Pasamos a votar. (*Pausa.*) Se aprueba por unanimidad.

Pasamos al segundo punto del orden del día.

C-927/2018 RGEF.11601. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre situación del Hospital Gómez Ulla. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

Ruego al señor Alemany, que ocupe su lugar en la mesa. *(Pausa.)* Bienvenido. Para introducir la comparecencia tiene la palabra la señora San José por tiempo de cinco minutos.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Muchas gracias, señor Presidente. Mi Grupo Parlamentario ha pedido esta comparecencia sobre la situación del Hospital Central de la Defensa para tener información actualizada de la situación del mismo. Como todas sus señorías conocen este hospital tiene un convenio de colaboración con la Comunidad de Madrid, comenzando los primeros en 2007, 2008, 2009 cuando se amplió hasta el área de urgencias, y más tarde, a finales de 2010 se suscribió una cláusula adicional de modificación de este convenio con entrada en vigor a principios de 2011, se modificaron una serie de cuestiones y, sobre todo, se extendió a diez años el citado convenio.

La población que cubre este convenio es de las zonas de los distritos en general de Carabanchel y Latina, y quería, señor Alemany, que en su exposición hiciera hincapié en algunas de las cuestiones de este convenio, que más nos preocupan. Por ejemplo, la ampliación de cada año sucesivo de la población, porque pensamos que para la financiación ha tenido que tenerse en cuenta. También cómo se considera la libre elección. También, por ejemplo, cuando en el 2013 se amplía para la optimización de recursos en el desarrollo de algunos CSUR, esto cómo se ha llevado a cabo. También hoy día como es la capacitación y adiestramiento del personal que se encarga de la unidad de aislamiento de alto nivel, la que está en la planta 22.

También, respecto a la formación, nos parecería interesante que comentase, no solo lo suscrito con la Universidad de Alcalá de Henares para la formación de médicos y médicas residentes sino lo que contempla este Convenio sobre las necesidades en materia de formación de especialidades médicas para el mantenimiento de la defensa nacional. ¿Eso es lo mismo o es diferente? ¿Cómo se lleva a cabo?

En definitiva, quisiéramos saber cómo se puede suscribir este modelo de gestión entre dos instituciones públicas. Nos parece que es un modelo de gestión francamente opaco, sin transparencia, de difícil control y seguimiento por nuestra parte; por ejemplo, ¿cómo podemos seguir en los presupuestos su financiación? Y esto no solo nos lo preguntamos nosotras; es algo por lo que se ha interesado el Tribunal de Cuentas y les ha pedido informes o estudios que avalen por qué se han inclinado por este modelo de gestión, en cuanto a su eficacia, eficiencia económica, etcétera. Entonces, esa serie de cosas son las que quisiéramos que nos aclarase. Lo último que queremos decir tiene relación con las camas en funcionamiento y, sobre todo, con las camas que están funcionando como promedio actualmente.

El tema del personal. Conocemos perfectamente la característica militar de este hospital, pero nos gustaría saber qué piensa la Consejería de Sanidad de las condiciones que tienen los profesionales de la sanidad. Muchas gracias.

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

El Sr. DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

(Alemany López): Muchas gracias, Presidente. Señoría, voy a ver si soy capaz de dar contestación a todas las preguntas que me ha hecho sobre el Hospital de la Defensa. No se circunscribe la relación al año 2007 sino que la relación entre la Consejería de Sanidad y el Ministerio de Defensa data del año 2004. El 27 de octubre de 2004 se suscribió un primer convenio para la derivación de pacientes del Hospital 12 de Octubre y del Hospital Clínico San Carlos al Hospital Central de la Defensa, con vigencia de dos años de este convenio: hasta 2006. Se suscribió convenio general de colaboración en materia de asistencia sanitaria entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid, con una vigencia de dos años desde el día de la publicación, que fue el 25 de enero de 2005. Como usted bien ha dicho, el 13 de abril de 2007 se suscribe el convenio de colaboración entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid en materia de asistencia sanitaria para la realización de determinadas actuaciones en el terreno de la formación, de la participación de la sociedad civil en la defensa nacional y la optimización de los recursos sanitarios, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 8.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y se publica en el Boletín Oficial del Estado dicho Convenio el 11 de julio de 2007, como bien ha comentado usted. La última adenda en vigor es la que incorpora la cláusula adicional octava al convenio firmado el 13 de abril de 2007 entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid con fecha 8 de noviembre de 2018.

¿Cuál es la situación actual en relación al convenio? Ahora mismo vence el 31 de septiembre del año 2019, y precisamente ahora estamos en conversaciones con el Ministerio de Defensa para la renovación del convenio, porque hasta ahora ha sido realizado con satisfacción para ambas partes y para la población – después les daré unos datos de la encuesta de satisfacción de los ciudadanos con este hospital-. Y esto dentro del compromiso de coordinación de la política sanitaria y de la optimización de los recursos y dispositivos existentes en el territorio de la Comunidad de Madrid, que es donde podemos encuadrar esta colaboración entre el Servicio Madrileño de Salud y el Ministerio de Defensa.

El centro, como usted conoce, es un centro sanitario dependiente del Ministerio de Defensa fundado en 1892 y que desde entonces desarrolla la asistencia sanitaria en la misma ubicación, sita en la Glorieta del Ejército, en Madrid, sobre una superficie de 18 hectáreas y con una torre adjunta al hospital antiguo, de 24 plantas, con diferentes construcciones accesorias de apoyo. El hospital dispone de helipuerto.

Como usted bien ha dicho, habría que mencionar la Unidad de Aislamiento de Alto Nivel, ubicada en la planta 22 del Hospital Central de la Defensa, del Gómez Ulla, que da servicio de aislamiento en caso necesario al Sistema Nacional de Salud, no solamente a la Comunidad de Madrid; yo creo que la presencia de esta planta da valor añadido cuando tenemos algún problema enfermedad infecciosa, y hay que aislar.

El Ministerio de Defensa colabora a través del Hospital Central de la Defensa, como he dicho, en la prestación de asistencia sanitaria especializada a los beneficiarios del sistema sanitario de

la Comunidad de Madrid, con el alcance y prestaciones de naturaleza directa que establece el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Es decir, está obligado a prestar lo que viene en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

Como bien ha dicho usted, el Hospital Central de la Defensa presta asistencia sanitaria de Atención Especializada a la población correspondiente a las zonas básicas de Centro de Salud de Puerta Bonita, Centro de Salud Vista Alegre y Centro de Salud Los Yébenes, cuya población es de 99.996 tarjetas sanitarias, según el corte que hemos hecho en el año 2018, a 31 de diciembre. También debe atender -aparte de a esta población asignada- a la población que ejerza la libre elección de hospital y médicos en los términos establecidos en la Ley de Libre Elección de 2001, y a aquellos beneficiarios del Sistema Nacional de Salud desplazados desde cualquier parte del territorio español que sean derivados por los dispositivos de Atención Primaria correspondientes. Se incluye la asistencia de carácter urgente a pacientes de cualquier procedencia, así como la asistencia que con este carácter se presta a la población a la que le sea de aplicación lo establecido en el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones, caso de existir un tercero obligado al pago por razón de seguro privado, mutua profesional o accidente de trabajo, accidente laboral, la asistencia prestada será facturada al obligado al pago. La asistencia relacionada con el título 4, artículo 27, apartado 9 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que establece el derecho a la libre elección de médico y centro a una segunda opinión, también están obligados a su asistencia. El Hospital Central de la Defensa no puede rechazar ninguna asistencia que se encuentre prevista en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. De no existir la prestación en su propia Cartera de Servicios -que ocurre- el centro se encargará de canalizar al paciente al dispositivo oportuno del propio Servicio Madrileño de Salud.

En cuanto al régimen económico -que es importante y usted me ha preguntado cómo pagamos- está registrada en los presupuestos anuales la partida correspondiente a la aplicación presupuestaria 17.118.312 A.252.01 de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el ejercicio 2018, la cuantía de 32.500.000 euros. Este importe se refiere a la financiación de la asistencia sustitutoria y no supondrá límite en ningún caso, lógicamente, para la financiación de las prestaciones sanitarias correspondientes a la actividad resultante de la libre elección. Si son libremente elegidos y hay que prestar asistencia fuera de su zona, y si hay pacientes que salen fuera de su zona de influencia, también nosotros tenemos que hacer al final el balance de facturación. El Hospital Gómez Ulla factura mensualmente el 95 por ciento de la doceava parte de la cantidad comprometida por la Comunidad de Madrid para su abono mensual por este, y a cuenta en los primeros quince días del mes siguiente. La liquidación final compara la cantidad abonada a cuenta con la relación valorada de la asistencia reflejada en la facturación anual, y se desarrolla en dos procesos sucesivos: auditoría y liquidación propiamente dicha.

En cuanto a los procesos de auditoría, un equipo de auditoría designado al efecto por el Servicio Madrileño de Salud, concretamente mi Dirección General, realiza el estudio que permite

comparar la actividad anual facturada con la asistencia sanitaria efectivamente realizada. De esos análisis se extrae un informe cuyas conclusiones y propuestas son de aplicación en la liquidación. La autoría valora y comprueba, por un lado, los ficheros informáticos de la actividad anual efectivamente realizada adjuntados por el centro sanitario con la actividad facturada y los cruza, además, con los ficheros de CMBD tanto de hospitalización como ambulatorio, y con el fichero RULEQ, remitido por el Servicio Madrileño de Salud. Por otro lado se realiza también auditoría in situ de historias clínicas, tanto por revisión sistemática como por muestreo, y se analiza lo siguiente: la adecuación a las formas de asistencia sanitaria de cada ámbito; la adecuación a los estándares de codificación y clasificación de la casuística del CMBD de hospitalización y ambulatoria, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-10-APR; la adecuación a los límites definidos en los criterios básicos de asistencia; la contraprestación económica por la atención de pacientes que han ejercido la libre elección será acorde con lo establecido para el resto de los hospitales de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, empleándose como referencia el precio público correspondiente a la Orden 727/2017, de 7 de agosto, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid, minorando en un 10 por ciento, como ocurre con el resto de hospitales.

En relación a la formación, es cierto, como bien ha dicho usted, que en 2007 el Ministerio de Defensa y la Universidad de Alcalá de Henares firmaron un convenio de colaboración por el que el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla se ha utilizado con fines docentes y de investigación por los alumnos de las enseñanzas biosanitarias de dicha universidad. En relación a los profesionales, el Hospital de la Defensa tiene una plantilla en 2017 de 549 facultativos, 62 médicos MIR, 590 enfermeras, 14 matronas, 20 fisioterapeutas, 3 terapeutas, 117 técnicos y 379 TCAE -Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería-. Como personal no sanitario está el grupo técnico de función administrativa con 6 profesionales; el grupo Administrativo y el resto del C con 39, los Auxiliares Administrativos y resto del D con 36, y celadores y el resto con 200 profesionales. En esta plantilla hay personal militar, del Ministerio de Defensa, y contratos que se firman para dar respuesta a la actividad que tienen que desarrollar para el Servicio Madrileño de Salud. No sé si he aclarado todas las cuestiones que me planteaban.

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

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Muchas gracias, Presidente. Buenas tardes, Director. A nosotros, además de la explicación que nos ha dado, nos gustaría que hiciera una valoración del convenio que está suscrito y, ya que nos ha explicado que el 31 de septiembre de 2019 se tendrá que renovar este convenio, queremos saber qué planteamiento o planificación tienen ustedes para este hospital debido a que está ubicado en una zona que nosotros creemos que es bastante importante en Madrid, una zona céntrica, el barrio de Carabanchel. Además algunos otros partidos –figura en los programas electorales y estamos casi a las puertas de una campaña- han pedido que hubiera un hospital en la antigua cárcel de Carabanchel –lo he sacado del programa de 2001 del PSOE-, pero

nosotros creemos que, antes de pedir una construcción nueva, podríamos o deberíamos potenciar unas instalaciones como pueden ser el Hospital Gómez Ulla, que además, dicho por los profesionales, es importante que se hayan ido cada vez más servicios y que se ha ampliado no solamente la cartera de servicios sino la oferta a los pacientes civiles; creo que el Gómez Ulla puede tener una transformación importante pero si desde el Gobierno de la Comunidad de Madrid se entiende así, como una prioridad y como un planteamiento a futuro. Por eso le preguntamos cuál es su valoración profesional desde el campo a futuro del Gobierno de la Comunidad de Madrid y cómo incluso mejorar la relación que pueda haber con este hospital.

Si nos vamos a lo que sería el personal y a las tablas, que creo que han sido publicadas en distintos medios, el dato más relevante -usted se ha quedado en la plantilla de 2017, pero ya está publicada, insisto, la tabla de 2018, existe- es que el número de estatutarios y eventuales está en 596 personas. Creemos que es un volumen importantísimo como para que usted específicamente comente cómo está la plantilla y, de hecho, la denuncia principal es el volumen tan importante de personal eventual que hay en este hospital y que realmente lo que hace es que, por las condiciones laborales, las tensiones laborales entre los distintos trabajadores sean evidentes. Es verdad que en la Comunidad de Madrid o en el ámbito sanitario tenemos un porcentaje muy alto de eventuales en general, pero creemos que en este hospital es importante y alarmante. Es verdad que es un régimen de gestión especial, pero ya que usted ha defendido que el 31 de septiembre de 2019 seguramente se renovará el convenio o incluso habrá una ampliación, porque entendemos que tendrá que haber cada vez más presión asistencial y que ustedes quieren darle más actividad a este hospital, también deberían plantearse cuál sería una solución a este volumen tan importante de trabajadores eventuales, que es la principal queja que a este Grupo se le ha trasladado por lo menos.

Principalmente también hay que analizar que tenemos una población envejecida, que tenemos un perfil de paciente crónico, que necesitamos con urgencia camas o servicios de media y larga estancia, y que a lo mejor también sería planteable en un hospital de estas referencias. Lo más importante no es la parte técnica que nos ha leído sino la valoración política que ustedes creen que este hospital, el Gómez Ulla de Madrid, debería tener para esa estructura consolidada de hospitales que tenemos en toda la Comunidad, porque en ese barrio específicamente, aunque tienen el 12 de Octubre y el Clínico, que a nosotros nos parece que están cercanos, reclaman en numerosas ocasiones que necesitan que haya mayor actividad en ese hospital. Lo que queremos es esa valoración más política a futuro de lo que ustedes consideran que debería tener el Hospital Gómez Ulla, trasladarles la preocupación de los trabajadores eventuales, el volumen tan importante que hay, si tienen ustedes pensada una solución para que no tengamos tantos trabajadores eventuales y, como usted también ha indicado, un calendario, porque algunos de ellos llevan más de diez años enganchando o enlazando contratos eventuales; nos parece una situación difícil para esas familias mantenerse con este tipo de relaciones laborales. Muchas gracias.

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

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Muchas gracias, Presidente. Señor Alemany, yo creo que no ha contestado a casi ninguna de las cuestiones que le he planteado. ¡El convenio lo tenemos todos, lo hemos leído, y las sucesivas renovaciones! En fin... Vamos a ver, el ámbito de este convenio es de una asistencia sustitutoria y por eso le he preguntado cómo ha ido creciendo la población y si habían precisamente adaptado la financiación. En segundo lugar, me he referido a la libre elección porque este hospital en concreto, con este convenio, muy similar al de la Fundación, sí cumple la Ley de Libre Elección, pero quería saber precisamente cómo se estaba facturando respecto a las Leyes de Libre Elección de 2009 y 2010, porque la Fundación, por ejemplo, con igual convenio, no lo cumple, ¡no lo cumple! Nos parecía que esto era un perjuicio para este hospital.

Cuando le he preguntado precisamente por la Unidad de Aislamiento de Alto Nivel es porque nos consta que la capacitación de estos profesionales, por ejemplo, no se lleva a cabo en la misma medida que se está llevando en el Hospital Carlos III. También se lo he preguntado ya por la polémica gestión de la crisis del ébola. ¿Esto ha cambiado? ¿Esta situación ha cambiado a día de hoy?

Respecto a la formación, ¿por qué le he preguntado específicamente sobre la formación MIR? Porque este hospital cada vez lo eligen menos profesionales para hacer su residencia por las características concretas; entonces nos gustaría saber cuál es su opinión y por eso se lo preguntaba.

Respecto a la financiación, ¿usted cree que es suficiente para un seguimiento razonable de la oposición o de cualquier estudioso comprobar, año tras año, la misma financiación, hasta el mismo euro? Hemos aprobado unos presupuestos con 31.219.954 euros, la mismísima cantidad de 2018. Si saltamos a años anteriores, pasa lo mismo: 29 millones, 29 millones, 29 millones, 29 millones. ¿Podemos hacer un seguimiento de en qué se invierte en el Capítulo Primero, en el Capítulo Segundo, etcétera? No lo podemos hacer en este caso y, por eso, le preguntaba su opinión, porque nos parece que, hasta que no llega, por ejemplo, la fiscalización de una Cámara de Cuentas, no la tenemos. Por ejemplo, en cuanto a los costes, el último informe de la Cámara de Cuentas, que usted lo que ha hecho ha sido leer el convenio, dice que los costes de hospitalización, aplicando las tarifas del convenio, son inferiores a los que resultan aplicando la tarifa de los precios públicos, en todos los ejercicios. Vamos a ver, a nosotras nos parece que eso es un perjuicio para este hospital y que, como tiene, repito, un convenio bastante similar a la Fundación, la Fundación tiene un presupuesto ad hoc mucho más ventajoso, ¡mucho más ventajoso! Entonces, es una cuestión que nos llama poderosamente la atención.

Yendo al número de camas, por ejemplo, el promedio de las ocupadas es muy inferior al que se nombra en el convenio; o sea, de 475 a, en 2017 -última Memoria que tenemos-, solo 394. ¿Esto está en relación con la falta de personal? ¡Esa es mi pregunta! ¿Está en relación? Pensamos que sí. Camas hay, pero falta personal.

¿Se ha modificado la financiación con la nueva codificación? El CIE-10 tiene más peso en los procesos, ¿se ha modificado la financiación? Porque esto es nuevo y eso no viene recogido en el convenio.

Paso a una de las cosas que más nos preocupan: la situación, que nos parece nefasta, de la política de recursos humanos. Conocemos perfectamente, ¡perfectamente!, que no tienen negociación colectiva como el resto de estatutarios en la Mesa Sectorial de Sanidad, porque corresponden al INGESA. Pero ustedes, ¡ustedes!, la Comunidad de Madrid, firmaron el convenio con el Ministerio de Defensa y se incluyó ese hospital en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública; luego algo podían decir a pesar de las características militares de este hospital, ¡algo podían decir! Ya sé dónde está el ámbito negociador, pero ¿por qué digo que algo tendrían que decir? Por la mala situación de estos profesionales. En 2010, por ejemplo, tenían un 13 por ciento de temporales entre los estatutarios, ¡en 2018 son la mitad de los estatutarios!, ¿le parece esto razonable? ¿Le parece que un servicio de salud se puede permitir el lujo, en cuanto a eficacia y eficiencia en su funcionamiento, además de calidad asistencial, de tener este ambiente de trabajo? ¡Nosotros pensamos que no!, ¡que no! Por ejemplo, ¿por qué los médicos que no son militares tienen que recuperar el saliente de guardia? ¿Por qué no disfrutaban de vacaciones los temporales porque encadenan meses y meses de contratos eventuales? ¿Por qué las mujeres tienen miedo a una maternidad porque se quedan sin contrato? Eso es lo que quería, desde el punto de vista político y desde el punto de vista de que la Consejería, repito, es la que ha firmado este convenio, que usted nos aclare.

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

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Solo una cosa: el Gobierno de la Comunidad de Madrid, del PP, no se ha preocupado ni de facilitar un acceso en la estación de metro de Carabanchel que facilite a la gente acudir a este hospital; podrían haberse preocupado de la accesibilidad a esa estación de metro. Muchas gracias.

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

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Presidente. Señor Director General, la verdad es que, con las tablas que usted tiene, nos ha leído la Memoria y los contratos del hospital; nos hubiera gustado que hubiese hecho una valoración de este contrato. El acuerdo con este hospital, efectivamente, es muy peculiar, tiene algo en común con la UTE Jiménez Díaz. Tengo delante la página 79 de la Memoria del Proyecto de Presupuestos Generales para 2019 –es la página 79 de la paginación que hemos hecho nosotros, porque, como usted sabe, estos documentos les son entregados a los diputados sin paginar pero les ponemos páginas para citarlo- y, por ejemplo, dice así al principio de página –leo literalmente-: “Para el ejercicio 2019 está prevista la modificación de la financiación por actividad” –financiación por actividad!- “a financiación capitativa, homogeneizando los criterios de financiación de este convenio con los del resto de hospitales del SERMAS.” ¿Esto incluye la UTE Jiménez Díaz? ¿Están todos los demás hospitales del SERMAS financiados capitativamente, señor Director General? ¡No; es evidente! Hemos hecho los números, los hemos puesto en hoja de cálculo –en mi viejo amigo Excel, que decía el señor Fernández-Lasquetty- y no salen las cuentas; entonces, me gustaría que nos explicara esto.

Luego, hay otro dato. Aquí se han mencionado temas de presupuesto y, mire usted, la liquidación de este hospital de 2017 fue de 37.300.000 euros, el presupuesto que tiene para este año es de 32,4 millones y, calculando la población que este hospital atiende, que en la Memoria de 2017 es de 120.441 personas, resulta que este hospital -la atención especializada de estas poblaciones- nos está costando 269 euros per cápita, un auténtico chollo, dicho en lenguaje popular, ¡un auténtico chollo!, ¡único! He hecho los mismos cálculos en relación con la UTE Jiménez Díaz, que tiene un presupuesto de 371,9 millones de euros para este año y atiende a una población de 441.839 personas, y a este hospital le sale una cápita de 841,8; ¡es una diferencia extraordinaria, de más de 500 euros per cápita! Me gustaría, señor Director General, que nos diera una explicación a esto porque no se la encuentro, salvo que generosamente el Ministerio de Defensa esté financiando a la Comunidad de Madrid con una apreciable cantidad de millones. Me ha llamado mucho la atención.

Igualmente, me ha llamado la atención que este hospital, con toda la capacidad que tiene, solo atiende a 120.442 personas, mientras que hospitales de la Comunidad están saturados. Tienen rodando por ahí una pregunta mía en la que les pregunto con qué criterios se asigna la población a los hospitales, porque, cuando comparo, por ejemplo, la población asignada al Gómez Ulla, que es un grandísimo hospital, con un grandísimo presupuesto, con un número de personal de los más altos, salen cosas extraordinarias en términos de análisis comparado; entonces, me gustaría saber si han valorado la posibilidad de ampliar la población asignada a este hospital.

Luego, me gustaría que nos explicara hasta qué punto este hospital, obviamente, no solo sirve a la sanidad de Madrid, sirve también a los intereses de la Defensa; no sabemos la proporción, y la Memoria del hospital, que es el único elemento que tenemos aquí para juzgar, sirve únicamente para juzgar su actividad en parte. A modo de entretenimiento, he comparado este hospital, de 475 camas, con un hospital, digamos, de número de camas similar, el Hospital de Fuenlabrada, y me salen unas cosas extraordinariamente sorprendentes. Seguramente, la limitación en el tiempo no me dejará mostrárselo, pero lo que parece claro es que hay una enorme capacidad que podría ser utilizada para atender a los vecinos del entorno si es que Defensa no utiliza el resto de la actividad. Me gustaría que respondiera usted en este sentido, si saben qué parte de la actividad del hospital corresponde a la Comunidad de Madrid y qué parte a Defensa. También me gustaría que nos explicara por qué esta generosa financiación por parte del Ministerio de Defensa a la Comunidad de Madrid, por qué les han aceptado un contrato tan diferente en términos económicos a otros contratos del SERMAS. No sé si se habrán enterado ellos, pero, claro, la diferencia es notable.

En fin, estas son las cosas por las que nos interesamos, aparte de las que han comentado los compañeros que me han precedido en el uso de la palabra. Muchas gracias.

El Sr. **PREIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Tiene la palabra el señor Raboso.

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señor Presidente. Quisiera recordar aquí la figura de don Mariano Gómez Ulla, cirujano militar español que vivió desde 1877 hasta 1945, que participó en la guerra de África, en el desembarco de Alhucemas, en la Primera Guerra Mundial e

incluso en la Segunda Guerra Mundial, porque fue el que diseñó los servicios médicos y quirúrgicos de la División Azul. Era un hombre absolutamente extraordinario e increíblemente implicado con su profesión, que merece el homenaje que recibió cuando se puso su nombre a este hospital.

El convenio realizado entre el Ministerio de Defensa y la Consejería de Salud fue a todas luces una decisión brillante. ¿Por qué? Porque si miramos un plano de la ciudad de Madrid, vemos que precisamente en esa esquina, en el suroeste de la ciudad, en el momento en que además se firmó este convenio, los ciudadanos tenían que realizar desplazamientos muy extensos para acceder a asistencias, por ejemplo, en el Hospital 12 de Octubre. El Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, sobre todo a raíz sobre todo a raíz de los convenios con la OTAN, pasó a ser uno de los hospitales mejor equipados prácticamente de todo el territorio nacional, beneficiándose de convenios, en el seno de la OTAN, que favorecían el equipamiento sanitario de alto nivel en los centros militares de Defensa. Por tanto, llegar a un acuerdo con el Ministerio de Defensa para que prestara atención a un colectivo importante de ciudadanos en su entorno, entre 100.000-120.000 habitantes, la verdad es que fue algo que benefició tremendamente tanto al Ministerio de Defensa como a la Consejería de la Comunidad de Madrid. A la Consejería de Madrid porque ya le digo que acercó la sanidad de alto nivel a los ciudadanos de la zona, del barrio de Carabanchel y eventualmente hasta el barrio de Latina. Por otra parte, creo que también fue positivo que la sanidad militar se acercara a la sanidad civil y a la población civil y de alguna forma implementara protocolos que estaban en activo en ese momento con la Consejería de Madrid, y además un recurso sanitario tan importante de alguna forma tenía que estar integrado en la sanidad madrileña. Por tanto, yo creo que aquella fue una decisión absolutamente magnífica y que no se le puede plantear ningún reproche.

Aparte de sus funciones como Hospital Central de la Defensa, que son enormes, pues tenemos que tener en cuenta que es el principal recurso sanitario del Ejército y que prácticamente cualquier necesidad sanitaria en todo el país es eventualmente susceptible de ser evacuada al Hospital Central de la Defensa, incluso desde misiones en el extranjero; aparte de sus funciones, ejerce funciones como hospital civil. El acuerdo, evidentemente, que hay entre la Consejería de Salud y el Ejército de España no puede ser el que existe con una entidad privada. Si hay una institución en este país que puede hacer exhibición de generosidad y entrega hacia sus ciudadanos es el Ejército y, probablemente, de forma paralela, la sanidad pública; evidentemente, no puede establecerse un paralelo con ningún otro acuerdo que se establezca entre ellos con ninguna otra institución, Por tanto, es un acuerdo excepcional cuyos únicos beneficiarios son los ciudadanos.

La dinámica de este centro, además, es completamente diferente a una civil, y eso hay que asumirlo. Este es un hospital militar, y en un hospital militar –y yo tengo ocasión de verlo casi de forma cotidiana- hay un personal de alto nivel que son destinados casi sin preaviso a destinos al otro lado del mundo, y nosotros tenemos militares –hay que recordarlo- en Afganistán, en Líbano, en África, en sitios donde la vida de nuestros militares corre serio peligro; incluso prestan sus servicios en el Polo sur, o sea, en la Antártida también hay militares sanitarios, militares españoles. Por tanto, eso imprime a la dinámica del hospital -como digo, estos destinos son absolutamente comunes y diarios-

una dinámica absolutamente propia del mismo, como no puede ser de otra forma, y como no puede ser de otra forma al ser una institución militar.

Dentro de este hospital hay que destacar de forma muy especial la unidad de aislamiento, porque, si no recuerdo mal, es la unidad de aislamiento con mayor nivel de protección de la nación y es, desde luego, la más moderna; se estaba construyendo durante la famosa crisis del ébola, si mal no recuerdo, y creo que es lo más que tenemos. Pero por ejemplo podría decir: bueno, pero es que no está a disposición enteramente de Consejería de Madrid, porque el Ejército, que tiene su propia dinámica, tiene sus propias necesidades de unidades de aislamiento para el caso de contaminación por guerra bacteriológica.

Con respecto a lo que se ha planteado aquí sobre la formación de los militares en cuestiones de aislamiento, hombre, yo no discuto la de los profesionales del Carlos III, pero, vaya, no creo que los militares, los médicos militares, los sanitarios militares españoles tengan absolutamente ningún déficit de formación en cuestiones NBQ, entre las cuales van incluidas de protección nuclear, biológica y también química. Desde luego, tengo constancia de que se recibe formación a nivel internacional del máximo nivel, como no puede ser de otra forma dentro de las instituciones militares en las cuales está encuadrado el Ejército español. De hecho, tengo que decir que en parte de la historia -completamente desconocida- de la famosa crisis del ébola tuvo un papel absolutamente clave, en un determinado momento crítico, el Ejército español, que nunca se conoció y nunca se le agradeció debidamente.

El nivel técnico y el compromiso del personal sanitario del Hospital Central de la Defensa creo que está absolutamente fuera de toda duda, y es un orgullo, creo, para la población de Madrid, para la Consejería de Salud, poder contar con sus servicios...

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

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Y creo que para el Ejército español también es algo tremendamente positivo.

Nada más. Solamente quiero recordar aquí la labor de los militares españoles tanto para la población de Madrid como para el ejército como para los intereses de España y rendirles el homenaje que verdaderamente merecen. Gracias.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Alemany López): Muchas gracias, Presidente. Señorías, doctor Freire, lamento no tener el porcentaje dedicado a la actividad del Gómez Ulla, a lo específico de la Defensa o a la atención, por ejemplo, a los pacientes del ISFAS; no lo tengo. Si está muy interesado, me informaré y se lo haré llegar.

Me preguntaban cuál era mi opinión política. Yo prefiero dar mi opinión técnica. La opinión política creo que ya se ha dicho por todos ustedes y no voy a abundar en ella, desde un punto de

vista y de otro. Pero la opinión técnica sí que me interesa, porque fijese si estamos satisfechos de este convenio con el Hospital Central de la Defensa que el índice de satisfacción global de los ciudadanos es superior en este hospital al de la media de Madrid; el índice de satisfacción con la información recibida es superior en este hospital que en la media de Madrid; el índice de satisfacción con los profesionales médicos es superior en este hospital que en la media de Madrid; la satisfacción con el tratamiento del dolor es bastante superior en este hospital que en la media de Madrid; el índice de satisfacción con la humanización en la hospitalización es bastante superior en este hospital que en la media de Madrid. Y no estamos diciendo que la media de Madrid sea baja, estamos hablando de unos niveles de excelencia, porque si la media de Madrid está a un nivel de satisfacción del 94 por ciento, que ya no puede ser más, ellos están en un noventa y cuatro coma algo. O sea que estamos hablando de un hospital al que la población considera excelente en su funcionamiento. Y hay una pregunta que a mí me gusta mucho, que es el nivel de satisfacción con la habitación. En este caso, el Hospital Central de la Defensa tiene un nivel de satisfacción 6 puntos superior a la media de Madrid. Efectivamente, con esto yo creo que los aspectos técnicos de por qué nos satisface este convenio, trasladado al sentir de la población, creo que son importantes.

En cuanto a la situación del convenio, efectivamente, ya he dicho que estamos ahora mismo en negociaciones para renovar el convenio, que termina el 31 de septiembre. Tenemos dos posibilidades, según nos indica la última Ley de Contratos, que nos permite hacer un contrato de cuatro más cuatro, por lo que estamos negociando con el Ministerio de Defensa la conveniencia de que sea cuatro más cuatro, o dos más dos.

En cuanto a la cápita, efectivamente, entra dentro de la posibilidad de que este hospital sea financiado por cápita, pero, como usted sabe, profesor Freire, financiar por cápita traslada de alguna manera el riesgo y ventura a la otra parte, porque en función del uso o no uso que haga la población de los servicios la cápita será beneficiosa o no beneficiosa. Pero estamos hablando de dos Administraciones Públicas, que no tenemos ningún ánimo de lucro y, por lo tanto, dudo –porque además he hecho la pregunta a la Secretaría General Técnica- que podamos hacer un convenio financiado por capitación, porque, de alguna manera, a lo mejor hay algún beneficio por una de las dos partes. Claro, es que he leído el objeto del convenio y ahí queda bien claro cuál es la relación, por qué nos relacionamos y qué es lo que pagamos. A mí me duele que diga que hay oscurantismo. ¡Si es que le he dicho de pe a pa cómo se hace la facturación! Le he dicho de pe a pa que hay un presupuesto, que luego se balancea según libre elección: si es más elegido, se le paga por la población que haya hecho actividad de libre elección; si no, se le aminora el pago, y después, efectivamente, ellos presentan en la factura una cantidad de dinero de la actividad que han hecho, según el CIE-10, con un valor, y eso también se balancea, ya lo he explicado.

En cuanto al proceso de auditoría, es un equipo de auditoría, que decía que precisamente son inspectores de mi Dirección General, que analiza la adecuación a la forma de excelencia sanitaria de cada ámbito; es decir, analizamos lo que ellos dicen que nos han hecho y que les tenemos que pagar, y lo tenemos que confrontar, casi, casi con la historia clínica para ver si eso que nos factura es real o no. También analiza la adecuación a los estándares de codificación y clasificación del CMBD, y

es verdad, tiene usted razón, desde que hemos pasado del CIE-9 al CIE-10 se ha producido una escisión, porque la medida no es la misma, y efectivamente ellos, como están codificando con CIE-10 –porque así nos lo dijo el Ministerio-, resulta que la factura parece que es superior, pero se le paga si nosotros comprobamos que esa actividad que han hecho corresponde con el CIE-10 y con el precio público.

Hombre, ha dicho una cosa que a mí me ha dolido: la dudosa gestión del ébola. Mire usted, la gestión del ébola en esta comunidad autónoma fue intachable, intachable. (El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: *Fue espectacular.*) Y además –lo digo porque era Director General de Atención Primaria- recibí una felicitación de la OMS. (*Rumores.*) Desde el primer momento vinieron dos técnicos de la OMS para decirme paso a paso qué tendríamos que hacer. A las 48 horas, el Servicio de Epidemiología me dijo: Director, esté usted tranquilo porque no hay ébola en la Comunidad, que era lo que más nos importaba, poder tener aislada a la población con posibilidad de contacto. Desde el punto de vista epidemiológico, señorita, intachable. Desde el punto de vista mediático, desde el punto de vista de otros intereses, no lo sé, pero tampoco me importa; lo que yo quería era que desde el primer momento no hubiese ébola en la Comunidad. (*Rumores.*)

En relación con la formación, me consta –me consta porque me lo dice el Ministerio de Defensa, no porque yo haya ido a corroborarlo- que la formación en la planta 22 es continua. Sí que conozco la formación en el Carlos III, porque depende de nosotros, es evidente.

No puedo aclararle el tema de la relación contractual de los recursos humanos, pero si está muy interesada, no se preocupe, que yo me entero y se lo hago llegar. (*Asentimiento por parte de la señora San José Pérez.*) Yo me entero de cómo es la relación contractual, cómo se contrata y por qué se contrata; es que no lo sé y por eso no le puedo contestar en este momento, pero yo lo miro y se lo hago llegar.

No sé si he contestado a todas las cuestiones. Ya he contestado a la financiación capitativa, doctor Freire, eso es importante. Yo creo que ya he contestado a todo, señor Presidente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias por su comparecencia. Pasamos al tercer punto del orden del día.

C-1195/2018 RGEP.14596. Comparecencia del Sr. D. Daniel Gil Martorell, Vicedecano Primero del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de exponer la realidad y el potencial de la contribución de los Trabajadores Sociales a la equidad, sostenibilidad y calidad del Servicio Madrileño de Salud. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Solicito al señor Gil que ocupe su lugar en la mesa. *(Pausa.)* Al tratarse de una comparecencia por el artículo 211, tiene la palabra para hacer su exposición el señor Gil por tiempo de quince minutos.

El Sr. **VICEDECANO PRIMERO DEL COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID** (Gil Martorell): Buenas tardes. En primer lugar quiero agradecer a todos los Grupos Parlamentarios la posibilidad que me han dado de estar aquí exponiendo la situación del trabajo social en la Comunidad de Madrid en estos momentos y su potencial, y en especial al Grupo Socialista por haber hecho esta petición de comparecencia.

En un primer momento, antes de exponer la situación concreta, quería hacer una revisión sobre la relación entre el trabajo social y la sanidad, porque es verdad que es una profesión que de manera natural todos asociamos al Sistema de Servicios Sociales, pero la profesión surgió vinculada al acto médico, a la medicina. A finales del siglo XIX, cuando los médicos humanistas empiezan a intervenir con la población obrera, dada en la Revolución Industrial, con los brotes de tuberculosis, hay un momento en que se plantean que o se interviene sobre las condiciones sociales de la gente a la que están atendiendo o eso no terminará nunca. En ese momento introducen la figura, junto con otras profesiones como la enfermería, de la intervención social en el campo de la salud. Tanto es así que en Estados Unidos estas ideas se toman y en el año 1905 se crea la primera Unidad de Trabajo Social Hospitalario, y la vinculación es tan estrecha con el campo sanitario que la primera escuela de Trabajo Social en España –siempre tarde, un poco como el desarrollo que hemos tenido en este país– se crea en el año 1932 por un doctor, el doctor Roviralta.

Los primeros servicios de asistencia social institucionalizados como tal en el ámbito hospitalario se crean en los años cincuenta, y para recordar que este no es un tema muy reciente, en el año 1977, el antiguo Instituto Nacional de Previsión creó una orden en la cual se definían las funciones de los trabajadores sociales –en aquel momento asistentes sociales– en el ámbito hospitalario. Es verdad que en los años ochenta, con el desarrollo de la Atención Primaria, con la reforma psiquiátrica, la presencia de los trabajadores sociales en el ámbito de la salud se consolida. Es entonces cuando ya los equipos multiprofesionales se desarrollan con más peso y aparecemos con más presencia nosotros. Esto lo consolida el sistema sanitario en su Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que reconoce el trabajo social como una prestación propia del Sistema Nacional de Salud en el artículo 12 y en el artículo 14 reconoce la prestación sociosanitaria. Es importante tener esto en cuenta porque lo social no es algo ajeno al sistema sanitario sino una parte constitutiva de su propia existencia, y necesaria.

Actualmente, en torno al 10 por ciento de la profesión, según los datos de la Organización Colegial, estaría trabajando en el ámbito sanitario, y ese tanto por ciento sería mucho más alto si incluyéramos a las compañeras –principalmente compañeras– que trabajan en recursos sociales con un alto componente sociosanitario: toda la red de rehabilitación de salud mental, todas las asociaciones de familiares, todos los centros residenciales con personas dependientes. En este

sentido, la profesión es un claro ejemplo de cómo esta división entre lo sanitario y lo social también es compleja en estos momentos.

Actualmente, en el ámbito propiamente público de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid, estamos hablando de en torno a 350 profesionales en todos los ámbitos, en Atención Primaria; en hospitales, en todos los hospitales de la Red Pública de la Comunidad de Madrid; en los equipos de salud mental; en los equipos de cuidados paliativos; en la Red de Adicciones y en los Servicios de Salud Pública. Se ha ido consolidando de facto un espacio específico de intervención del trabajo social en el ámbito de la salud que es el Trabajo Social Sanitario; ya el Ministerio ha planteado la inquietud de la necesidad de regular el Trabajo Social Sanitario como una profesión sanitaria, reconociendo la especificidad de la intervención social en salud.

Yo quería avanzar en la comparecencia tratando los tres elementos que hemos planteado: la sostenibilidad, la equidad y la calidad. ¿Qué aportamos? En cuanto a la sostenibilidad, me gusta siempre comprenderla desde dos factores: desde la sostenibilidad puramente económica, la posibilidad de que el sistema se mantenga dando las mismas prestaciones ahora y también para nuestros hijos y en un futuro, y la sostenibilidad social, que el sistema también sea sostenible en cuanto a valores de equidad, justicia y capacidad redistributiva, que es un elemento muy importante para un Sistema Nacional de Salud; que no solamente sea sostenible económicamente sino que sea sostenible en cuanto a su capacidad de equidad y de redistribución de la riqueza, que es un elemento esencial. En cuanto a la sostenibilidad propiamente económica, creo que el Trabajo Social es fundamental porque el sistema no es sostenible si en estos momentos no es sociosanitario. Si no comprendemos el sistema sanitario más allá de un mero reduccionismo del acto puramente sanitario a un continuo asistencial que incluye los factores sociales, el sistema quiebra.

Con la esperanza de vida, la atención a pacientes crónicos, la complejidad de las sociedades en las que nos estamos manejando, multiculturales, el sistema requiere tener esa visión para hacerse sostenible operativamente, siempre teniendo en cuenta que el espacio sociosanitario en España por consenso político general, científico, y de los profesionales. No es un tercer sistema de atención, sino que se construye desde el diálogo o la coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales. Cuando hay un espacio de diálogo, no es que creamos otro servicio, sino que tenemos que dar una atención al ciudadano entre dos sistemas de protección de manera coordinada, y eso requiere la posibilidad de que esos dos sistemas hablen. Cuando uno va a hablar con el otro siempre necesita saber, por lo menos, qué hace uno mismo; yo creo que ahí el papel de los trabajadores sociales en el ámbito de la sanidad es importantísimo porque aportamos la valoración social, el conocimiento de los factores sociales de los pacientes y usuarios que atendemos para poder establecer una verdadera continuación sociosanitario afectiva. Os daré un ejemplo: la Asociación de Economía de la Salud en el informe que tiene plantea que la coordinación de los sistemas de información de los servicios sociales y de atención sanitaria no es una opción de la planificación pública, es una necesidad imperiosa. En todos los foros se plantea que es necesario que la información entre el sistema social y el sanitario fluya, pero para que ese paso se dé, el sistema sanitario primero tiene que saber qué está haciendo con la parte de intervención social que tiene. Antes de dar ese paso deberíamos conseguir, por lo

menos, que la información social que tiene el sistema sanitario esté integrada con su parte clínica, cosa que ahora no ocurre; que la información social de los hospitales fluya entre ellos, cosa que tampoco ocurre, ni siquiera entre los compañeros de hospitalaria o Primaria. Hasta el punto que se da la paradoja de que puedes hacer coordinación sociosanitaria cuando un trabajador social de un centro hospitalario no tiene acceso a la Historia Clínica ni el Clínico acceso a la historia social. Es un poco el paradigma de que antes uno tiene que ordenar su casa y saber cómo es su parte sociosanitaria para poder establecer una coordinación sociosanitaria eficaz.

Como trabajador social en el ámbito de la sostenibilidad también considero que es muy importante el papel de la Atención Primaria. No puede haber un sistema sostenible de salud sino pivota sobre la Atención Primaria, si todo acaba en la atención hospitalaria, en las urgencias, en la Atención Especializada, el sistema es difícilmente mantenible, y más teniendo en cuenta la inversión que puede tener este país en Producto Interior Bruto en salud. Si es sostenible es porque tenemos un sistema de Atención Primaria muy fuerte y muy armado.

En los servicios sociales ocurre lo mismo, la coordinación sociosanitaria es eficaz y hace sostenible el sistema si es en el territorio, y en este sentido los trabajadores sociales, como profesionales que están en los equipos básicos de salud y como profesionales de referencia en el sistema de servicios sociales, son la puerta de entrada a todo el sistema, de manera natural se convierte en el elemento de conexión en el territorio de la coordinación sociosanitaria, se convierte en ese profesional -un profesional, dos sistemas- que permite ese eje de conexión, además vinculado al territorio porque para comprender la coordinación sociosanitaria hay que comprender que todo el sistema de servicios sociales pivota sobre la municipalidad, y el sistema sanitario no, con lo cual para operativizar una coordinación sociosanitaria sostenible tiene que operativizarse sobre el territorio y más en una comunidad autónoma como la madrileña donde tenemos municipios como Leganés, Alcalá de Henares, Getafe, etcétera, que requieren una complejidad en la intervención muy alta.

En cuanto a la coordinación sociosanitaria en el ámbito hospitalario, que quizá sea donde más surge como un emergente o como una disfunción del sistema, es donde surge la urgencia, cuando hay que dar un alta y la persona no tiene un soporte social suficiente como para que eso se operativice, o una valoración de dependencia que no llega, y la persona continúa tres meses en un sitio donde no tiene que estar, incluso que es perjudicial para su salud.

En ese sentido, los programas de planificación social al alta hospitalaria, que en algunos hospitales están implantados, pero no de manera homogénea, permitirían hacer mucho más sostenible el sistema no solamente en la parte económica, sino también, como decía, en la sostenibilidad social, la garantía de un servicio adecuado al ciudadano, porque realmente no es el sitio donde una persona tiene que estar. Pero muchas veces estos programas de planificaciones sociales al alta no se dan. Llega la información de una situación urgente al trabajador social el último día, o el día anterior al dar un alta de ingreso, cuando, teniendo protocolizadas ciertas situaciones de riesgo y coordinadas con los servicios sociales, se podrían hacer valoraciones en el momento del ingreso o en el momento de asistencia de urgencia, y al final del ingreso ya tener planificada el alta.

También, la implantación del informe social en el acceso a recursos sociosanitarios, o establecimiento de protocolos de coordinación estables entre la dependencia y hospitales, que permita evitar esas disfunciones que se han generado, como que es imposible hacer una valoración de dependencia en un centro hospitalario; las evaluaciones de dependencia, si no lo saben, se tienen que hacer en el entorno habitual de la persona, y cuando alguien está ingresado, por muy urgente que sea la valoración de dependencia, eso es muy complejo por esa inoperatividad entre los dos sistemas.

Todo esto supone comprender la continuidad asistencial más allá del centro sanitario, comprender que el proceso asistencial se va a prolongar en el domicilio del paciente, con su red de amigos, con su familia, y que tiene que haber modelos de gestión de casos multidisciplinares. Es verdad que la Comunidad de Madrid ha avanzado mucho en toda la continuidad de cuidados. Yo trabajo en la Red de Salud Mental, y quizá sea uno de los paradigmas en los que se ha avanzado, pero hay que intentar avanzar en esa lógica de gestión de casos de una manera más transversal y transdisciplinar, que es lo que permitiría operativizar una continuidad asistencial real con el sistema de servicios sociales.

La equidad también es un elemento fundamental, porque yo creo que equidad y sostenibilidad van íntimamente ligados. Yo creo que uno de los principios de la intervención del trabajo social sanitario es la equidad, está en su propio Código Deontológico, en la intervención, incluso en algunos sistemas, como el modelo anglosajón, una de las principales labores que realizan los trabajadores sociales es la abogacía, es la labor de defensa de los derechos de los pacientes, esa labor que tiene un profesional dentro del sistema para garantizar que no se den situaciones de inequidad en el reparto de los recursos.

En primer lugar, que no existan colectivos en situación de exclusión social que no accedan, o tengan dificultades de acceder, al Sistema Nacional de Salud desde las tareas más básicas de garantizar la documentación, la tarjeta sanitaria, a veces hasta la gestión de un simple DNI, los traductores por cuestiones de discapacidad auditiva, o de lengua, el acceso por dificultades culturales con población emigrante. Ahí hay muchísimo trabajo para que los colectivos en situación de exclusión puedan acceder al sistema y sean ciudadanos de pleno derecho. Hay programas, como el Programa de Atención a Personas sin hogar con enfermedad mental en situación de calle de la Comunidad de Madrid, que es un paradigma de lo que supone trabajar por la equidad y la discriminación positiva, donde el trabajo social o los compañeros y compañeras, en este caso, que están trabajando allí, hacen una labor encomiable, no solamente de acompañar, sino también de trabajar el estigma dentro de la misma institución sanitaria para que eso funcione.

Y, en segundo lugar, para que los factores sociales no se conviertan en una dificultad que impida el acceso o la continuidad al tratamiento, generando situaciones de inequidad. Yo trabajo en la sierra Norte, en Colmenar Viejo, y ahí habría un ejemplo claro: cómo una persona que vive en El Boalo tiene dificultad para acceder a un tratamiento en el Hospital de Día La Paz, porque ida y vuelta son 12 euros, y gana 380 euros al mes; una pensión no contributiva son 380 euros, un Abono Transporte son 80; o te tratas o comes, hay dos opciones. Entonces, realmente, a veces eso dificulta.

En gran medida, el rol de la mujer como cuidadora principal de las personas dependientes también está dificultando en muchos casos el acceso a tratamientos. Las situaciones de desempleo graves que hemos vivido durante un tiempo, en esta crisis anterior de la que vamos saliendo poco a poco, también se han convertido en un elemento importante de inequidad en el acceso al sistema por una precariedad económica a la hora del pago de fármacos, en gran medida pivotado sobre los servicios sociales, como emergencias sociales. Sería digno de estudio el gasto de los servicios sociales para pagar fármacos de personas en situación de dificultad económica; los ayuntamientos han hecho ahí un gasto importante.

Siempre entendiendo que la coordinación sociosanitaria no solamente va a ir encaminada a la cronicidad y a la dependencia, sino a la violencia de género, a la infancia en situación de riesgo o a la situación inmigrante, creo que el paradigma ahora debiera ser que no hay ningún proceso social que no tenga consecuencias en la salud de la persona y que ningún proceso de salud tiene repercusiones sociales; por tanto, todo implica una coordinación entre los dos sistemas.

En cuanto a la calidad, inevitablemente, calidad y humanización van íntimamente vinculadas. Como he comentado, el trabajo social tiene su origen en esa humanización de la asistencia sanitaria y en los modelos centrados en la persona, pero calidad es que un alta hospitalaria cuente con un soporte social adecuado para evitar un reingreso. Sí. Calidad es también que esas altas hospitalarias tengan una continuidad.

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

El Sr. **VICEDECANO PRIMERO DEL COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID** (Gil Martorell): Para finalizar, voy a contar básicamente cuál es la situación actual y lo que nos ha llevado a esta comparecencia rápidamente. En Atención Primaria, la Comunidad de Madrid ha firmado un acuerdo de Mesa Sectorial, de 12 abril, en el que reconoce un poco la necesidad del trabajo social y la necesidad de crear una estructura orgánica y la dotación de personal. A primeros de 2018, en Atención Primaria de salud, teniendo en cuenta que debería haber un trabajador social por equipo básico, había 34 centros de salud, y sus respectivos consultorios, que no tenían la prestación del trabajador social -¡775.000 cartillas sin cobertura sanitaria!-, con especial incidencia en la Dirección Sureste o en la Noroeste, con 7 y 10 centros respectivamente sin atención. Si comparamos el número de trabajadores sociales desde el año 1992 hasta la actualidad, hasta hace poco, en 1992 había 98 trabajadores sociales y, 25 años más tarde, hay 92.

En el ámbito hospitalario hay situaciones muy llamativas, por ejemplo, en el Acuerdo de Mesa Sectorial se plantea que tiene que haber una ratio de un trabajador social o una trabajadora social cada 70 camas. Los hospitales del grupo 1 tienen un trabajador social cada 90, pero, por ejemplo, el Puerta de Hierro tiene un trabajador social por cada 171 camas, con un índice de dispersión muy alto. En los hospitales del grupo 2, que tienen una media de un trabajador social por cada 163 camas, hay una situación espectacular, la que se da en el Príncipe de Asturias, que tiene un trabajador social por cada 297 camas, triplicando casi la ratio reconocida por la Comunidad de Madrid,

y en el caso del Hospital del Henares, que es un hospital del grupo 3, hay un trabajador social por cada 216 camas, por lo que solo hay uno, lo que supone una enorme dificultad para operativizar una coordinación sociosanitaria adecuada, teniendo además en cuenta que se introducen ciertos indicadores en las ratio de vulnerabilidad y dispersión que precisamente en el Corredor del Henares son muy significativos.

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

El Sr. **VICEDECANO PRIMERO DEL COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID** (Gil Martorell): La última idea es que para dar respuesta a todo esto sería necesario que hubiera una estructura de trabajo social, con jefaturas de trabajo social sanitario en los hospitales y en la Atención Primaria. La Comunidad de Madrid ha firmado un acuerdo hace un año que reconoce esa necesidad. A día de hoy sabemos que la Dirección General de Recursos Humanos ha instado a que las Gerencias generen esas jefaturas de servicio, pero todavía no están operativas. ¡Sí!, requeriríamos esa estructura orgánica, de la que, si quieren, en preguntas y respuestas les hablo, para poder avanzar.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. A continuación tiene la palabra el señor Veloso por tiempo de siete minutos.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Muchas gracias, señor Presidente. En primer lugar, quiero dar la bienvenida desde nuestro Grupo Parlamentario, de Ciudadanos, al señor Gil Martorell. Sinceramente, y además se lo digo porque le conozco personalmente, creo que es una gran oportunidad, una excelente oportunidad!, para dar la máxima visibilidad al gran trabajo que hacen los trabajadores sociales en el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Por eso, me alegro de que se produzca esta comparecencia y, además, de que usted pueda explicarnos precisamente ese papel que está llamados a realizar en el ámbito sanitario.

Voy a empezar por lo último que usted ha mencionado, por el Acuerdo de Mesa Sectorial de 12 de abril de 2018. Efectivamente, es una noticia muy positiva que se alcance en una Mesa Sectorial –en un acuerdo entre las organizaciones sindicales y, en este caso, la Consejería- un acuerdo en el que se reconozca la necesidad de crear unas estructuras que sean lo más operativas posibles en el ámbito del trabajo social. Y, de hecho, se dispone, como muy bien usted ha dicho, en la organización de esas unidades de trabajo social en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud, y además se concretan, como usted decía, las dependencias orgánicas y jerárquicas de estas unidades, la creación de jefaturas de servicio en los hospitales de grupo 1, jefaturas de sección para el resto de hospitales e incluso se hablaba de una incorporación en la plantilla de Atención Primaria de 66 trabajadores sociales y 47 en Atención Hospitalaria. Pues bien, yo no sé si usted lo sabe, pero la semana pasada, el jueves pasado, yo pregunté expresamente al Consejero de Sanidad por qué no se había puesto en marcha si ya estaba todo definido en un Acuerdo Sectorial, hasta tal detalle que incluso se dice el coste presupuestario de todo este proyecto, de lanzamiento de la creación de estas unidades; por qué casi un año después todavía ha sido imposible esa puesta en marcha -en funcionamiento, para ser

más adecuados-. Porque, como usted también decía, la resolución de la Dirección General de Recursos Humanos de hace dos semanas, en realidad, simplemente da luz verde a algo que ya estaba previsto en ese Acuerdo de Mesa Sectorial, luego, entonces, no entiendo cuál es la novedad que aporta, en este caso, el Director General de Recursos Humanos de la Consejería.

Yo creo que es importante que aprovechemos esta comparecencia para arrojar algo de luz sobre todo a la labor que ustedes desarrollan en el ámbito sanitario. Porque yo creo que es la gran desconocida –permítame la expresión-, en este caso, dentro de lo que es todo el sistema sanitario madrileño; me refiero a la labor que hacen los trabajadores sociales.

Usted ha hecho alusión a que es absolutamente necesario articular unas estructuras que sean operativas, que sean funcionales, además usted ha dado unos datos que son muy importantes, muy relevantes. Quiero destacar que usted ha mencionado que en Atención Primaria actualmente hay 34 centros de salud que no están siendo atendidos por trabajadores sociales y que hay más de 700.000 tarjetas sanitarias que no están recibiendo esa atención social cuando deberían recibirla.

En el ámbito hospitalario usted también ha puesto un par de ejemplos de esas ratios que existen de trabajador social por número de camas, que son muy llamativos; el dato de 1 trabajador social por 170 camas en el Hospital Puerta de Hierro o el de 1 trabajador social por 297 en el Hospital Príncipe de Asturias yo creo que son datos bastante elocuentes de la grave situación que hay de carencia de estructura.

Entonces, yo aquí lo que le pediría, a lo mejor, para que se vea muy claro cuál es la situación, es que explicara qué significa el antes y el después respecto a este Acuerdo de Mesa Sectorial; cuál era la situación que teníamos antes de este acuerdo respecto a qué tipo de estructura, si es que había algún tipo de estructura, para la prestación del trabajo social en el ámbito sanitario y qué es lo que implica. Por eso supongo que ustedes quieren exigir que se cumpla ese Acuerdo Sectorial para dar estructura a la atención social en el ámbito sanitario.

Usted ha hecho también referencia a un apartado que creo que es también fundamental, que es el tema de la equidad. Aquí yo le pediría su opinión -su opinión, por supuesto!- sobre qué es lo que actualmente está impidiendo que ustedes, los trabajadores sociales, de acuerdo con la estructura para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud -ya, que son los que están llamados a ejercer las funciones de diagnóstico y tratamiento de la problemática social y de facilitar y coordinar el acceso a los recursos sociosanitarios- puedan o no realizar su trabajo, ¿qué está sucediendo en la Comunidad de Madrid? ¿Qué barreras se están encontrando ustedes para poder desarrollar su labor? Usted ha mencionado barreras de tipo económico, de tipo geográfico, ha hecho mención al ejemplo de El Boalo, incluso a barreras de tipo económico, pero yo también quiero saber si hay barreras incluso de tipo institucional, por decirlo de alguna forma. Es decir, ¿encuentran o no encuentran ustedes apoyo en la Administración sanitaria de la Comunidad de Madrid para desarrollar plenamente todas sus funciones, que es lo que deberían poder hacer?

Ha hecho usted también mención -me ha parecido entender- a que otro factor importante y social es la historia social única, y yo aquí simplemente le pediría...

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que acabar, señor Veloso.

El Sr. **VELOSO LOZANO**: Acabo en treinta segundos. ¿Cuál es el papel que ustedes pueden aportar para la puesta en marcha de esa historia social única en la Comunidad de Madrid?

Y acabo. Desde luego sepa que para nuestro partido es una absoluta prioridad desarrollar la atención sociosanitaria en la Comunidad de Madrid y que ustedes están haciendo un papel que es fundamental para el desarrollo de la misma. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Veloso. Señora San José, tiene la palabra.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Gracias, señor Presidente. También muchas gracias, señor Gil Martorell, por su comparecencia y por la información que nos ha dado en su exposición, pues a través de ella se visibiliza la importancia tan esencial que tiene para el sistema sanitario en su conjunto, para toda la ciudadanía, el trabajo de estos profesionales, los trabajadores sociales. También le doy las gracias al Grupo Socialista por haber pedido esta comparecencia, lo que nos ha permitido tratar este tema.

Vamos a ver, compartimos prácticamente todo lo que usted ha dicho desde el conocimiento que nos da tener cierta experiencia con el sistema sanitario madrileño, el Servicio Madrileño de Salud, y saber que no se ha dado la importancia que se requiere y se debe dar al trabajo social. Es cierto que existen desde hace mucho trabajadores y trabajadoras sociales en las estructuras sanitarias, pero yo pienso que no se les ha dado importancia. De hecho, la escasez que tenemos de ellos deriva de no haberse preocupado por el desarrollo de su trabajo. Simplemente con que se enfocara la política sanitaria no como modelo puramente biologicista sino como un modelo integral basado en planificar para disminuir desigualdades en salud y se diera un tratamiento holístico e integral a la salud biopsicosocial tendríamos que contar con trabajadoras y trabajadores sociales en todos los equipos sanitarios, o sea, en Atención Especializada, Atención Primaria, Salud Mental, residencias para mayores, cuidados paliativos, etcétera. Y esto, como usted bien ha expuesto, no ha sido así.

En fin, como decía el portavoz de Ciudadanos, el Acuerdo de Mesa Sectorial del año pasado fue positivo, pero a día de hoy no se ha hecho nada, no se ha puesto en marcha. Por eso pensamos que hay, como decía, falta de interés en completar los equipos con trabajadores sociales, cuando es tan necesario. No se puede concebir, porque sería tener un trabajo absolutamente disminuido, sería no contar con algo esencial. Como se ha dicho, faltan en 34 centros de salud. Además, usted lo ha dicho, ha habido poco crecimiento en la contratación de trabajadores y trabajadoras sociales en todos estos años en los equipos de Atención Primaria; igualmente en la Atención Hospitalaria.

Ha hablado de al menos tres cuestiones que quiero remarcar, porque me han parecido sumamente importantes, como usted decía. No se concibe ahora mismo la sostenibilidad ni económica ni social de nuestro Servicio Madrileño de Salud, ateniéndonos a la Comunidad de Madrid, si no se integra el trabajo social en el trabajo sanitario. Es más, ha dicho que eso se ha de dar en el territorio. Efectivamente, los recursos se deben dar desde el territorio, que es donde debemos interactuar los

profesionales de los diferentes equipos. También ha nombrado ahora mismo una cosa que nos está pasando a diario. Ustedes han sido una parte muy importante para paliar muchas situaciones de exclusión económica y sanitaria que se siguen dando a día de hoy en la Comunidad de Madrid, incluso en cuanto a los fármacos, y lo conozco perfectamente; conozco perfectamente cómo los ayuntamientos a veces, a través de los trabajadores sociales, han tenido que comprar la medicación de los pacientes. Y por último, esta ha sido una Consejería que tiene un Viceconsejero de Humanización; imagínese un Servicio Madrileño de Salud que no ha priorizado el trabajo social pero que, sin embargo, tiene una Viceconsejería de Humanización, es algo bastante contradictorio. En fin, es la orientación de la política sanitaria que estos últimos años ha tenido el Partido Popular.

Por lo tanto, defendiendo y apoyando lo que usted ha dicho, solo nos cabe esperar que, por fin, se lleve a cabo lo aprobado en los acuerdos de Mesa Sectorial del año pasado. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora San José. En representación del Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Gómez-Chamorro.

El Sr. **GÓMEZ-CHAMORRO TORRES**: Buenas tardes, señor Gil Martorell; bienvenido en nombre de mi Grupo. Quisiera empezar haciendo un reconocimiento a la labor de tantas y tantos trabajadores sociales que, sin ninguna estructura ni sistema sanitario, a lo largo de la historia más reciente se han tenido que ir abriendo paso a codazos sin el reconocimiento de las Gerencias ni de las Direcciones; se les trataba más bien como meros trabajadores que colocar, a ver a quién doy de alta, en lugar de como trabajadores que tenían una labor sociosanitaria muy importante que hacer dentro de los hospitales, como ha mencionado aquí el señor Gil Martorell. Es más, hoy en día, en los diferentes hospitales dependen de una Dirección o de un departamento y no hay un criterio uniforme desde la propia Consejería, desde la propia Dirección de la Administración, que diga: oiga, dependen de su Director Asistencial, dependen... No, dependen de lo que dependa el Gerente del hospital correspondiente. Por lo tanto, de ahí el agradecimiento por lo que ha sucedido siempre con el trabajo social, que han ido estableciendo su trabajo poco a poco e identificando los problemas, ya que en nuestra Comunidad, como ustedes bien saben, la pobreza va acompañada del distrito postal, y a veces, cuando se planifica, no se tiene muy en cuenta eso. Usted ha dado unas cifras y ratios, y creo que las ratios hay que darlas para los trabajadores sociales en su conjunto, no solamente en sanidad. Son ratios de trabajadores sociales, de personas, que verdaderamente son nuestro interés.

En segundo lugar -por adelantarme-, estamos deseosos de que se pongan rápidamente en marcha las medidas de la Mesa Sectorial, pues creo que vienen a paliar de alguna forma, no definitivamente, la dependencia jerárquica y funcional de ustedes. El concepto de zona básica de salud de la Ley General de Sanidad se establece en su origen con el concepto de que en esa zona básica haya un programa de atención sociosanitaria muy ligado entre el trabajo social sanitario y el trabajo social municipal, cosa que apenas se ha cumplido; no me voy a remontar a esa historia porque no me da tiempo, pero le he dado algunos datos de falta de trabajadores sociales. Pero es más, hemos ido a peor, porque, por una parte, la Administración no ha sido capaz de hacer un protocolo de coordinación entre los diferentes trabajadores de las diferentes Administraciones, tanto municipal como autonómica, y los recortes continuos, sobre todo en el plan concertado, han aminorado los equipos en la estructura municipal, y eso ha sido determinante para que,

efectivamente, haya una carencia real en la Estrategia Sociosanitaria desde el primer nivel, desde Atención Primaria.

Es verdad, y hay que reconocerlo, que en la Red de Salud Mental hay cierta atención, cierta calidad, cierta continuidad también, cierto trabajo, muy bien hecho, por otra parte, pero el problema global es que en nuestra Comunidad no hay un programa sociosanitario. Además, cuando hay alguna Estrategia sociosanitaria parece que se trata de ver cómo atendemos a los mayores y cómo los coordinamos, pero no, ¡no!, la Estrategia sociosanitaria, y usted lo ha dicho antes muy bien, es mucho más amplia, no se trata de ver cómo atendemos al mayor en su entorno sino que viene a recoger muchos problemas; es más, ni tan siquiera se ha tenido en cuenta en esa Estrategia sociosanitaria cómo crecen los municipios, que también es muy importante. Desde los Planes Generales de Urbanismo se hace trabajo social, se hace medioambiente y se hace educación, pero ni tan siquiera se han tenido en cuenta a los profesionales.

Nosotros -ya se lo adelanto- tenemos una apuesta clara, primero, en la modificación de la Ley de 2003, que nos parece fundamental, y también en la coordinación con la Consejería de Sanidad, la modificación de la Ley de Buen Gobierno y la adaptación y la coordinación. ¿Por qué? Porque necesitamos que cada ciudadano sepa cuál es su trabajador social de referencia, necesitamos que cuando vaya a su hospital de referencia lo sepa y necesitamos también que el trabajador o trabajadora social del hospital no tenga obstáculos a la hora de gestionar los recursos que necesite ese enfermo que está residiendo en el hospital para que no mareemos a la gente ni dupliquemos trabajo, porque a veces supone una extorsión clara para el propio usuario, que es nuestro objetivo final. Y esto sucede porque no se han establecido, la Ley General de Servicios Sociales de la Comunidad no lo contempla, pero tampoco hemos hecho ningún esfuerzo. No se trata de señalar, se trata de cómo mejorar. Desde luego, desde mi partido entendemos que también desde los departamentos de trabajo social de los hospitales -fundamentalmente de los hospitales-, con una información clara dentro de la parte social de la historia clínica y con tiempo desde que ingresa una persona hasta que se le da de alta, se tenga una visión general de cuál es la atención que necesita esta persona. Nos parecía fundamental ese protocolo de colaboración y la colaboración conjunta para que también desde el ámbito sanitario se puedan tener las competencias de gestión y de tramitación.

¿Qué necesitamos para eso? Efectivamente, tener las ratios adecuadas de personal, que no los tenemos, tener la modificación de la ley y tener un programa sociosanitario -no me cansaré nunca de decirlo-, porque en estos momentos no existe. Es tan fácil como que en una residencia pública de gestión indirecta hay problemas sociales que no se resuelven igual que en la residencia pública de gestión directa de la AMAS, o que en las residencias privadas, donde también hay problemas sociales, porque ahí tenemos personas tuteladas por la propia Comunidad a través del acuerdo marco o del concierto de plazas.

En definitiva, creo que hay que poner en valor a los trabajadores sociales del ámbito sanitario, hay que ejecutar y poner en marcha, como ya les he dicho, el acuerdo de la Mesa Sectorial y hay que establecer las direcciones claras de dependencia en los hospitales, en las áreas de salud, aunque ahora no hay áreas de salud, pero esperamos que dentro de muy poco tiempo pueda haberlas a pesar del Partido Popular...

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

El Sr. **GÓMEZ-CHAMORRO TORRES**: Voy terminando. Y sobre todo queremos agradecerle precisamente –no he querido ahondar en ello porque creo que ha quedado suficientemente claro con su explicación- que haya venido aquí a sacudirnos un poquito a los diputados y diputadas para que veamos la importancia que tiene que tomemos medidas respecto al trabajo social que se realiza en el ámbito sanitario. Gracias.

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

El Sr. **RABOSO GARCÍA-BAQUERO**: Muchas gracias, señor Presidente. Señor Gil Martorell, agradezco muchísimo su presencia. La verdad es que agradezco muchísimo que ustedes, personas ajenas al mundo de la política, vengan a contarnos cosas; el Partido Popular, de verdad, siempre lo agradece. También le agradezco sus críticas y también le digo que le doy la razón en muchas de ellas, las cosas como son. Sin embargo, es verdad que hay otras cosas que de alguna forma me gustaría matizar.

Quiero hacer hincapié en el acuerdo que se firmó el año pasado, el 12 de abril, que va a permitir el establecimiento de unidades de trabajo social, porque, desde mi punto de vista -dentro de dos semanas llevaré treinta años en la sanidad pública-, es cierto que ha faltado una jerarquía, sobre todo dentro de los grandes centros hospitalarios; eso también les ha dado mucha flexibilidad, pero, para otras cosas, esa jerarquía era necesaria. Me parece positivo facilitar la asistencia de forma continuada entre los distintos ámbitos; potenciar y garantizar la atención integral al paciente; recoger transversalidad y especificidad en salud; establecer un acuerdo con la prioridad en la coordinación sociosanitaria en todos los procesos, y hacer más visible el desarrollo de las diferentes Estrategias que tenga en marcha la Comunidad de Madrid; todo ello, me parece positivo. Y si además estas unidades pueden informar y asesorar a los órganos de Dirección en materia social –creo que eso es muy importante-, establecer también cauces de participación en distintas instancias, tanto sanitarias como sociales, que forman la red de apoyo, llevar a cabo la formación de los miembros de los equipos o desarrollar tareas de investigación, así como establecer una coordinación entre las instituciones de carácter social y sanitario en el área de población atendida, me parece muy correcto. Ya sabe que se van a establecer jefaturas de servicio en algunos de los grandes hospitales –La Paz, 12 de Octubre, Ramón y Cajal, Clínico San Carlos, Puerta de Hierro y General Universitario Gregorio Marañón-, y en los demás hospitales, fundamentalmente, lo que se pretende es abrir jefaturas de sección por una cuestión de tamaño del centro.

La verdad es que yo me acuerdo de que hace treinta años el trabajador social era una persona que trabajaba con escasísimos recursos –escasísimos de verdad- y de una forma muy anónima y muy dispersa en los grandes centros hospitalarios. Yo tengo que decirle que mi experiencia personal es que eso afortunadamente ya no es así. Yo puedo decirle como jefe de servicio clínico que la realidad sociosanitaria del paciente es algo que forma parte incluso de los protocolos de decisión terapéuticos. No se pueden establecer los mismos tratamientos a personas que tienen una determinada configuración sociosanitaria que a personas que tienen otra, y eso es una realidad que

está reconocida por la medicina. El establecimiento, la determinación, la valoración de la situación sociosanitaria de los pacientes es hoy en día algo esencial en la medicina de esta Comunidad, y probablemente en Salud Mental, como usted ha señalado, también se está dando esa realidad.

Desde luego, no concibo ahora mismo que los grandes servicios clínicos, sobre todo los que de alguna forma ponen al límite la realidad sociosanitaria de los pacientes, como son los grandes servicios quirúrgicos, que realizan, por ejemplo, grandes intervenciones, pero también otros servicios clínicos en los que de alguna forma esa realidad social de cada paciente se pueda poner de manifiesto, puedan realizar un trabajo verdaderamente integral con el paciente sin incorporar al trabajador social en el día a día, no como una persona a la que llamas de vez en cuando, cuando la necesitas, sino a la que verdaderamente estás acudiendo constantemente, porque esas personas administran unos recursos extraordinariamente potentes y extraordinariamente útiles.

Y tiene usted razón en una cosa que ha dicho -y creo que eso ya es una realidad-, que el trabajador social no puede ser el último recurso. Cuando vas a dar de alta al paciente, de pronto te das cuenta de que no tiene casa o de que no tiene a nadie en casa y que no está capacitado para valerse por sí mismo, y eso no puede ser; esa situación se tiene que prever al principio, al ingreso del paciente, y creo que esa es una realidad cada vez más presente en nuestros centros, por lo que puedo observar en los servicios clínicos que me rodean y en los centros a los que he tenido acceso y con los que he podido colaborar, lo cual quiere decir que de alguna forma estamos cambiando. Hacen falta más recursos, evidentemente hacen falta más trabajadores sociales, se van a ir incorporando más trabajadores sociales; en lo que llevamos de 2019 ya hay nueve más y eso se va a potenciar, se va a incrementar, ya hay una orden de recursos humanos diciendo que se ejecute el Acuerdo de la Mesa Sectorial y yo creo que todo eso, de alguna forma, implica que hay una apuesta clara de la Consejería de Sanidad para que el trabajo social vaya convirtiéndose en una entidad de peso decisivo en el trabajo normal.

La verdad es que en la labor sociosanitaria está cada vez más integrada; nosotros en la historia clínica tenemos acceso a la historia social y la historia social también tiene acceso a la historia clínica. Es cierto que hay algunas limitaciones, por la misma razón que no todas las personas pueden acceder al cien por cien de todas las historias clínicas por cuestiones de protección de datos, etcétera, pero existe ya una integración, y los servicios informáticos de los diferentes hospitales ya prevén y ejecutan esa integración entre ambas historias, hasta tal punto que no son diferenciables; o sea, la historia social es un capítulo de la historia del paciente como lo es la historia sanitaria. Y también existe cada vez más acceso desde otros centros a esa realidad institucional.

En cualquier caso, yo he podido observar, y además he tenido ocasión de observarlo, sin ir más lejos, la semana pasada no, la anterior, hasta qué punto los servicios sociales estaban interconectados y hasta qué punto existía una conciencia por parte de los servicios sociales de las necesidades de pacientes incluso antes de ser hospitalizados.

Es verdad, como ya digo, que yo disfruto de una perspectiva muy larga de esta cuestión y a lo mejor me contento con poco, no les voy a decir que no, pero sí que es cierto que yo he visto una evolución y creo que eso es palpable y real. Cabe esperar que la situación vaya mejorando y, desde

luego, no se puede negar que existe cada vez más concienciación de que el trabajo social puede resolver muchísimas cosas que la sanidad no puede bajo ningún concepto; por tanto, es obligado que ambos sectores del cuidado al ciudadano trabajen en una coordinación absoluta y día a día. Muchísimas gracias por venir aquí a hablar con nosotros. Nada más.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Raboso. Para cerrar el debate tiene la palabra el señor Gil Martorell por tiempo de diez minutos.

El Sr. **VICEDECANO PRIMERO DEL COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID** (Gil Martorell): Yo quería agradecer las aportaciones. Es verdad que ellos están bien educados y a los que venimos de fuera nos cuesta más limitar el tiempo.

El Sr. **PRESIDENTE**: No se preocupe, que ya me encargo yo.

El Sr. **VICEDECANO PRIMERO DEL COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE MADRID** (Gil Martorell): Quería explicar, como ha planteado el Grupo de Ciudadanos, qué es el antes y el después del Acuerdo de la Mesa Sectorial. Yo creo que el Acuerdo de la Mesa Sectorial es un antes y un después realmente a la hora de plantear el trabajo social sanitario. Les planteamos que el Acuerdo de la Mesa Sectorial es de hace un año, pero eso lleva un trabajo de cuatro o cinco años, y yo creo que hemos pasado por dos Consejeros y cuatro Directores Generales hasta conseguir un Acuerdo. El Acuerdo, sobre todo, facilita una estructura, rompe la heterogeneidad y la falta de equidad. No me ha dado tiempo a decirlo, pero es verdad que existe un compromiso de la Comunidad de Madrid, porque firmar el Acuerdo es un compromiso, y lo que estamos viendo es que es más fácil contratar personas en Atención Primaria; ayer me parece que hablé con las compañeras y los datos que tenemos son más de los que comenta el Grupo Popular: en la plantilla orgánica de 2018 ya hay 17 nuevos trabajadores sociales y a día de hoy veintiocho más en Atención Primaria. En hospitales el crecimiento es menor: quince; o sea, que se va avanzando más en eso, pero la capacidad del sistema para modificar su estructura es digna de estudio, y es que lo que menos cuesta económicamente es lo que más cuesta operativamente.

Entonces, realmente la dificultad está en generar la estructura, porque en el tema de la historia social, en la que está el RUHSO -Registro Único de Historia Social Clínica-, se ha presentado como modelo de buenas prácticas por el Colegio, se hizo hace cinco años, es una herramienta superútil que nos permitiría tener datos y, como bien han comentado, hay hospitales donde son permeables, pero hay otros donde no está, porque la heterogeneidad es muy grande; o sea, la dificultad no está en que no exista sino en que no estamos funcionando de manera homogénea y equitativa. Entonces, como queda sin estructura, podremos tener mucha flexibilidad, pero no podemos evaluar, no podemos tener una cartera de servicios, no podemos ir avanzando, que yo creo que eso es lo más importante.

¿Cómo nos encontramos en cuanto al tema de la equidad? Yo creo que en cuanto a la equidad del acceso a los recursos existe una realidad del sistema sanitario que tiene que ver con el territorio. Yo creo que es verdad que a la hora de planificar ratios o crecimientos de personal se tienen muy en cuenta criterios puramente sanitarios o de cama, pero no se tienen en cuenta ni los mapas de vulnerabilidad ni los determinantes sociales. Nosotros planteamos que se tuvieran en

cuenta los mapas de vulnerabilidad a la hora de establecer necesidades de trabajo social, que ya se habían hecho en muchos distritos de Madrid, creo que también en Parla, y nos parecía significativo, medianamente significativo tener ciertos ratios de algunos hospitales, pero en el Hospital del Henares es todavía más significativo; que haya un centro de salud que no tenga cobertura de trabajador social es importante, pero si además existen otros determinantes sociales vinculados sería más importante. Eso también debería ser un antes y un después de este Acuerdo, nos costará mucho introducir factores sociales o indicadores más allá de la cama y del alta, pero, bueno, es verdad que vamos avanzando.

En el Acuerdo de la Mesa Sectorial se introducen estos correctores que serían: población crónica, mayor de 65 años, situaciones de valoración de la dependencia, etcétera. Pero, vamos, fundamentalmente esta es la situación. La estructura orgánica está aprobada, está ahí, pero a día de hoy no existe ninguna jefatura de servicio de trabajo social y solo habría una Jefatura de Sección en el Clínico y las dos históricas que había desaparecieron, el Gregorio Marañón y el Puerta de Hierro, con lo cual, es difícil. Yo creo que lo que permite la estructura es darle nombre y consolidar lo que de facto ya se está haciendo, porque es verdad que la presencia de los trabajadores y las trabajadoras sociales en los equipos está ahí con los compañeros, trabajamos habitualmente y diariamente, con más o menos dotación, pero no existe una posibilidad de operativizar eso, y yo creo que es lo fundamental. Agradezco las aportaciones.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muy bien. Muchas gracias. Pasamos al último 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 36 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