

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 244

6 de octubre de 2020

XI Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilmo. Sr. D. José María Arribas del Barrio

Sesión celebrada el martes 6 de octubre de 2020

ORDEN DEL DÍA

1.- PCOC-1231/2020 RGEF.17725. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos Izquierda Unida Madrid en Pie en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace de los trabajos de rastreo y control epidemiológico de Covid-19 llevados a cabo en la Comunidad de Madrid.

2.- PCOC-1283/2020 RGEF.19382. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. José Ángel Gómez Chamorro Torres, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cuántas PCR se han hecho a los trabajador/as del edificio Sollube donde se ubica la sede central del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

3.- PCOC-1303/2020 RGEF.20594. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Ana María Cuartero Lorenzo, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace el Consejero de Sanidad de la situación laboral de los médicos de urgencias.

4.- PCOC-1326/2020 RGEF.20963. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos Izquierda Unida Madrid en Pie en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre razones que justifican el retraso del inicio de las prácticas clínicas presenciales en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid.

5.- PCOC-1343/2020 RGEF.21133. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Gádor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo valora la capacidad de los servicios de Atención Primaria en Pediatría de cara a responder adecuadamente a la demanda asistencial que se presente durante el período comprendido entre el 15-09-20 y el 30-03-21.

6.- PCOC-1384/2020 RGEF.21387. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta a qué razones se debe que la Gerencia Asistencial de Atención Primaria no permite el teletrabajo a los profesionales de Atención Primaria.

7.- PCOC-1446/2020 RGEF.22112. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo valora la situación de los hospitales y centros de salud en la Comunidad de Madrid en el contexto de esta segunda ola.

8.- PCOC-1447/2020 RGEF.22113. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace la Consejería de Sanidad sobre la atención y el seguimiento de pacientes con patologías no-COVID en el contexto de la pandemia.

9.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 15 horas y 32 minutos.	14163
— Modificación del Orden del Día: tramitación en segundo lugar del punto cuatro, PCOC-1326/2020 RGEF.20963, y en cuarto lugar del punto segundo, PCOC-1283/2020 RGEF.19382.	14163
— PCOC-1231/2020 RGEF.17725. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos Izquierda Unida Madrid en Pie en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace de los trabajos de rastreo y control epidemiológico de Covid-19 llevados a cabo en la Comunidad de Madrid.	14163
- Interviene la Sra. Lillo Gómez, formulando la pregunta.	14163
- Interviene la Sra. Directora General de Salud Pública, respondiendo la pregunta.	14163
- Intervienen la Sra. Lillo Gómez y la Sra. Directora General, ampliando información. . .	14163-14167
— PCOC-1326/2020 RGEF.20963. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.^a Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos Izquierda Unida Madrid en Pie en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre razones que justifican el retraso del inicio de las prácticas clínicas presenciales en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid.	14167
- Interviene la Sra. Lillo Gómez, formulando la pregunta.	14167
- Interviene la Sra. Directora General de Investigación, Docencia y Documentación, respondiendo la pregunta.	14167-14168
- Intervienen la Sra. Lillo Gómez y la Sra. Directora General, ampliando información. . .	14168-14171
— Modificación del orden del día: posposición del punto tercero para otra sesión, PCOC-1303/2020 RGEF.20594.	14171
— PCOC-1283/2020 RGEF.19382. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. José Ángel Gómez Chamorro Torres, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se	

pregunta cuántas PCR se han hecho a los trabajado/as del edificio Sollube donde se ubica la sede central del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).....	14171
- Interviene el Sr. Gómez-Chamorro Torres, formulando la pregunta.....	14172
- Interviene el Sr. Secretario General Técnico de la Consejería de Sanidad, respondiendo la pregunta.	14172-14173
- Intervienen el Sr. Gómez-Chamorro Torres y el Sr. Secretario, ampliando información.....	14173-14175
— PCOC-1343/2020 RGEF.21133. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Gádor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo valora la capacidad de los servicios de Atención Primaria en Pediatría de cara a responder adecuadamente a la demanda asistencial que se presente durante el período comprendido entre el 15-09-20 y el 30-03-21.....	14175
- Interviene la Sra. Joya Verde, formulando la pregunta.	14175
- Interviene el Sr. Director General del Proceso Integrado de Salud, respondiendo la pregunta.	14175
- Intervienen la Sra. Joya Verde y el Sr. Director General, ampliando información.	14175-14178
— PCOC-1384/2020 RGEF.21387. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta a qué razones se debe que la Gerencia Asistencial de Atención Primaria no permite el teletrabajo a los profesionales de Atención Primaria.	14179
- Interviene el Sr. Freire Campo, formulando la pregunta.	14179
- Interviene el Sr. Director General del Proceso Integrado de Salud, respondiendo la pregunta.	14179
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Director General, ampliando información. ...	14179-14182
— PCOC-1446/2020 RGEF.22112. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se	

pregunta cómo valora la situación de los hospitales y centros de salud en la Comunidad de Madrid en el contexto de esta segunda ola.	14182
- Interviene la Sra. García Gómez, formulando la pregunta.	14182
- Interviene el Sr. Director General del Proceso Integrado de Salud, respondiendo la pregunta.	14182-14183
- Intervienen la Sra. García Gómez y el Sr. Director General, ampliando información. . .	14183-14186
— PCOC-1447/2020 RGEF.22113. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace la Consejería de Sanidad sobre la atención y el seguimiento de pacientes con patologías no-COVID en el contexto de la pandemia.	14186
- Interviene la Sra. García Gómez, formulando la pregunta.	14186
- Interviene el Sr. Director General del Proceso Integrado de Salud, respondiendo la pregunta.	14187
- Intervienen la Sra. García Gómez y el Sr. Director General, ampliando información. . .	14187-14190
— Ruegos y preguntas.	14190
- No se formulan ruegos ni preguntas.	14190
- Se levanta la sesión a las 16 horas y 55 minutos.	14190

(Se abre la sesión a las 15 horas y 32 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenas tardes. Vamos a dar comienzo a la sesión de la comisión. Como saben, todos los puntos del orden del día son preguntas de respuesta oral en comisión. Se ha solicitado un cambio en el orden de la formulación de las preguntas, con lo cual, si todos están de acuerdo, la cuarta pregunta pasará a ser la segunda y la segunda pasará a ser la cuarta. ¿Alguien tiene alguna objeción? *(Pausa.)* Entonces, se aprueba el cambio por unanimidad. Pasamos al primer punto del orden del día.

PCOC-1231/2020 RGE.17725. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos Izquierda Unida Madrid en Pie en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace de los trabajos de rastreo y control epidemiológico de Covid-19 llevados a cabo en la Comunidad de Madrid.

Pedimos a la señora Andradadas, por favor, que suba al estrado. *(Pausa.)* Bienvenida de nuevo, señora Andradadas. Para la formulación de la pregunta tiene la palabra la señora Lillo. Saben que el tiempo es de diez minutos, repartido entre ambas intervinientes, con tres turnos para cada una. Gracias.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Buenas tardes, señorías. Buenas tardes, señora Andradadas. Lo primero, quiero agradecer que se haya podido cambiar el orden del día, porque a las 16:00 horas me tengo que ir a la Comisión de Juventud; es lo que nos toca. La pregunta que le quiero hacer es qué valoración hace de los trabajos de rastreo y control epidemiológico del COVID-19 llevados a cabo en la Comunidad de Madrid.

El Sr. **PRESIDENTE**: Señora Andradadas, tiene usted la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradadas Aragonés): Muchas gracias. Buenas tardes. La valoración respecto al rastreo y al control epidemiológico de COVID-19 en la Comunidad de Madrid responde a las necesidades existentes en estos momentos, y desde la Dirección General de Salud Pública estamos trabajando para asegurar la dotación de recursos y los sistemas de información para realizar una adecuada vigilancia epidemiológica y control en el contexto de la epidemia de SARS-CoV-2. Esto implica que estamos evaluando nuestras capacidades constantemente, de manera continua, y además se realiza una planificación de las necesidades de personal y desarrollos tecnológicos en función de los diferentes escenarios epidemiológicos que se están produciendo.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Andradadas. Señora Lillo.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Con todo lo que ha dicho, no me queda muy claro si la valoración es buena o mala, sinceramente se lo digo, y supongo que ha dado esa respuesta

a conciencia, como no puede ser de otra manera. Pero llama la atención que no haga la más mínima autocrítica, que no nos pueda decir en qué se ha fallado -consciente de que todo el mundo falla, igual que todo el mundo acierta, y que no es ni malo ni bueno-, sobre todo en qué punto, especialmente para evitar que se puedan volver a cometer los mismos errores. Y si usted no nos dice qué errores se han cometido, esto, evidentemente, nos da la razón en cuanto a los motivos por los que se ha llegado a la situación actual.

Y lo bueno -sí, todo esto tiene algo bueno- es que esta fecha nos permite echar la vista atrás y seguir el rastro -este sí lo podemos seguir- de los pasos dados. Es decir, les recuerdo aquello que nos decía el ministerio cuando no podíamos cambiar de fase, que teníamos fallos en el sistema de detección precoz y seguimiento de contactos, falta de recursos humanos y de capacidad de realizar pruebas PCR. Vemos que con el paso del tiempo esos fallos se han mantenido y, de hecho, la Comunidad de Madrid pasó a la nueva normalidad sin pasar por la fase 3.

En concreto quiero hablarle de dos cuestiones. Una, la que tiene que ver con los recursos. Lo hemos dicho una vez y lo diremos todas las veces que haga falta: ha quedado demostrado que Madrid no ha cumplido con ese refuerzo de recursos al que siempre se ha hecho alusión y por el cual se nos permitía avanzar en esa desescalada. Y otra, lo que tiene que ver con la organización y los criterios.

Respecto a los recursos, le quiero hacer mención en primer lugar a los rastreadores. De hecho, a finales de julio, el propio Consejero de Sanidad decía que las contrataciones irán en función de las necesidades. Y eso lo decía en unas fechas en las que teníamos 142 rastreadores y 40 personas en el Centro de Atención Personalizada que no se encargan del rastro, como usted bien sabe; es decir que, en esas fechas, Madrid pasó de fase en esa desescalada incumpliendo incluso lo que se exigía en la fase 1. Mientras la media española era de 1 rastreador por cada 12.000 habitantes, en Madrid teníamos 1 por cada 47.000 habitantes. Le quiero preguntar si usted considera que en ese momento teníamos los rastreadores necesarios, cuando además eso se estaba dando a la vez que el porcentaje de asintomáticos de todas las pruebas era en torno al 7 por ciento, mientras la media nacional era de en torno al 60 por ciento. Es decir, ya en esas fechas, algo nos estaba diciendo que la cosa no iba bien. Le quiero plantear si en esos momentos -tenemos los datos ahí- ustedes, en vez de analizar que algo estaba fallando, lo que hicieron fue eliminar datos de los informes sobre lo que tenía que ver con los asintomáticos. Ahí decidieron empezar esa yincana. Yo le quiero preguntar por qué esa yincana de despropósitos para, primero, buscar voluntarios rastreadores, que terminó con la privatización del servicio para 22 rastreadores. Quiero preguntarle qué valoración hace de esa prestación, de esa privatización a Quirón. Y, segundo, lo que tiene que ver con las PCR, que tampoco es cierto. Muchas veces hablan de que la Comunidad de Madrid era la que más pruebas PCR hacía, cuando no es cierto; de hecho, hasta mediados de septiembre no ha sido cuando se han alcanzado las 150.000 de las que llevaban meses hablando. En ese sentido, yo le quiero preguntar por qué daban unas cifras que no eran reales, por qué no se contrató antes a esos rastreadores y también por qué se entendió que era necesario privatizar el servicio.

Respecto a la organización y criterios, le pregunto en primer lugar por qué cambian los criterios y, en segundo lugar, si nos puede garantizar que se está cumpliendo la estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID del Ministerio de Sanidad, que se va actualizando. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Lillo. Señora Andradás, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradás Aragonés): Desde el inicio de la pandemia, los equipos que se dedicaban a la vigilancia y al control de COVID en la Dirección General de Salud Pública, como es público en todos los informes, estaban configurados por 36 profesionales. En el mes de junio, y con vistas a reforzar la vigilancia y el control de COVID-19, se presenta una propuesta a Hacienda -que es autorizada- para la contratación de 181 profesionales de diferentes categorías: enfermería, medicina, biología, trabajadores sociales, educadores sociales, etcétera. Complementariamente, en función de la situación epidemiológica, se han reorganizado los efectivos de la propia Dirección General de Salud Pública, de manera que los técnicos superiores de salud pública de las escalas no solo de medicina y enfermería sino también profesionales de las escalas de veterinaria y farmacia estuvieron y están prestando en ese momento su servicio para la vigilancia y el control de COVID-19.

Además, se han producido adscripciones temporales de funciones desde diferentes centros directivos de la propia Consejería de Sanidad. De la Dirección General de Ordenación e Inspección, 25 profesionales están incorporados con nosotros en adscripción funcional; 31 profesionales de diferentes categorías profesionales del propio Servicio Madrileño de Salud; 5 médicos del Ayuntamiento de Madrid, 5 adscripciones temporales de médicos del Ayuntamiento de Madrid; 11 especialistas de medicina preventiva y salud pública; 350 operadores telefónicos adicionales del centro de atención personalizada, que son quienes realizan los seguimientos de casos y contactos de manera diaria; 150 militares del Ministerio de Defensa, y si ha hecho falta tomar alguna decisión para adjudicar un contrato de emergencia para la realización de encuestas de casos y contactos con carácter temporal, se ha hecho.

Y, además, hay que considerar también que nunca se suma y nunca se considera a los profesionales de Atención Primaria -médicos y enfermería de Atención Primaria-, que hacen su trabajo, vienen haciendo su trabajo desde el inicio, haciendo la detección precoz, siguiendo los casos y los contactos convivientes. Ellos participan de una manera absolutamente directa en el control de la pandemia de COVID, iy nunca se incluyen en esas ratios teóricas a las que se hace referencia!, iy se hipertrofia la información con estas ratios!, porque el número de profesionales dedicados a la vigilancia epidemiológica y al control siempre tiene que estar relacionado con el número de casos que existen diariamente en un territorio, en una unidad territorial. En ese sentido, como bien sabe, el propio Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades sigue recomendando que por cada 1.000 casos diarios lo recomendable es que haya en torno a 135 y 350 profesionales dedicados a las labores de vigilancia y control de COVID.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Andradás. Señora Lillo, tiene un minuto y medio.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Habla usted por cada 1.000 casos, a lo que yo vuelvo a insistir en la razón de la modificación en los criterios para la realización de PCR, porque si ahora ya no se hacen PCR a los contactos estrechos que no sean convivientes, ¿cómo determina eso el número de casos diarios? También retorcer las cifras y jugar con ellas para decir que se está ajustando creo que es muy peligroso, ¡muy peligroso! Cuando una realidad es que se están dando en la Comunidad de Madrid situaciones delirantes y pacientes desesperados que están haciendo ellos mismos esa función de rastreo y control, ¡porque no les llama nadie!, ¡son ellos quienes se encargan a llamar a los contactos estrechos ante la sospecha de que puedan estar sufriendo COVID!

Simplemente le estábamos diciendo que el colapso del rastreo es evidente, y si no, no hubiésemos llegado a que Madrid fuese otra vez el foco de esta pandemia. Entonces, le pregunto qué van a hacer para sacarnos de adonde ustedes nos han traído, porque esto ha fallado, y si ni siquiera ustedes reconocen que el rastreo no ha ido como debería ir, ¡nos preocupa más!, ¡porque no vamos a salir de este atolladero!

Termino pidiéndole cifras concretas y fechas, ¡pero cifras que sean verdad!, ¡con los datos! Se está diciendo que en la Comunidad de Madrid no se están dando los datos para que se pueda analizar la situación real.

Los retrasos de las PCR. No están dando los datos de antígenos, datos de los refuerzos en Atención Primaria que sean ciertos, ¡porque tampoco son ciertos! Que sea verdad el refuerzo de los rastreadores, y, sobre todo, las PCR que se hacen, porque tampoco están dando esos datos. Simplemente les pido que sean un poco transparentes y claros, y que no seamos incapaces de determinar cuál es la situación de la Comunidad de Madrid, ¡porque ustedes retuercen los datos una y otra vez! Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Lillo. Señora Andradás, tiene treinta segundos.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradás Aragonés): ¡Guau! Voy a intentar ir rápido. Realmente, la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad, es absolutamente transparente en los datos que facilita a la Administración General del Estado en todos los sistemas de información previstos desde el mes de mayo de 2020.

El plan de refuerzo de vigilancia y control, el aumento de la capacidad diagnóstica para promover la detección precoz de casos. Se están haciendo más de 22.000 pruebas diarias en las últimas semanas.

La identificación y estudio de contactos estrechos. Solo en las últimas tres semanas hemos estudiado a más de 155.000 personas como contactos estrechos, estudiadas y seguidas en Atención

Primaria y Salud Pública. Se han realizado 446.662 seguimientos a casos y contactos desde Atención Primaria; desde Salud Pública, más de 350.000 seguimientos...

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Y, por cierto, se van a contratar 555 profesionales con categorías profesionales desde auxiliar de clínica, higienistas, fisioterapeutas -idos para cada centro de salud!- para reforzar aún más la labor de seguimiento de contactos y convivientes, cifra que tiene que sumarse a todo lo que he comentado anteriormente. Y solo así, monitorizando los casos, los casos con infección activa, cumpliendo los aislamientos, haciendo búsqueda activa de casos asintomáticos allá donde se está produciendo una mayor transmisión de la enfermedad y trabajando de manera coordinada Atención Primaria y Salud Pública, solo así, conseguiremos realmente controlar la transmisión en nuestra comunidad. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Andradas. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

PCOC-1326/2020 RGEF.20963. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Vanessa Lillo Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Unidas Podemos Izquierda Unida Madrid en Pie en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre razones que justifican el retraso del inicio de las prácticas clínicas presenciales en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Pido que suba al estrado la directora general de Investigación, Docencia y Documentación, por favor. (*Pausa.*) Para la formulación de la pregunta tiene la palabra la señora Lillo. Les recuerdo que tienen diez minutos, cinco para cada una en tres turnos de palabra.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Buenas tardes, bienvenida a la Comisión de Sanidad. La pregunta es qué razones justifican el retraso del inicio de las prácticas clínicas presenciales en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Lillo. Señora directora, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN** (Chavarría Giménez): Gracias, presidente. Buenas tardes. Gracias, señora Lillo. Para la Consejería de Sanidad la formación práctico-clínica es fundamental en el desarrollo de las capacidades de los futuros profesionales sanitarios, y tan es así que ya a finales de julio se publica una orden donde se incorporan unas medidas y condiciones concretas para reiniciar estas prácticas no solamente en el ámbito de las titulaciones en ciencias de la salud, de la formación del Grado en Ciencias de la Salud, sino que incorpora a todos los ciclos formativos y a todas las modalidades de formación que se dan en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. Además, son unas medidas consensuadas por un grupo de trabajo coordinado por tres viceconsejerías: la Viceconsejería

de Humanización, a la que pertenece esta dirección general, la Viceconsejería de Ciencia y Universidades y la viceconsejería de Salud Pública y Plan COVID.

En dicha orden se establece como la fecha de inicio a partir de la cual se podrán iniciar las prácticas el 1 de septiembre, siempre que las condiciones epidemiológicas lo permitan y considerando la capacidad docente de los centros sanitarios y, por supuesto, la situación asistencial. Usted me pregunta por los motivos por los que se retrasa el inicio de las prácticas con esta posible fecha. Pues básicamente son tres los motivos. Por una parte, el análisis continuado que se hace de la situación epidemiológica a finales de agosto constata, por la Dirección General de Salud Pública, que hay una mayor incidencia de la transmisión de la pandemia en determinadas áreas o zonas básicas de salud y en determinados centros sanitarios. Por otra parte, la situación en la que se encuentran las plantillas de determinados centros sanitarios, que en algunos casos están mermadas debido a que hay profesionales de baja por enfermedad, profesionales en cuarentena por ser contacto estrecho de casos positivos o porque todavía no se han terminado de reincorporar de su periodo vacacional. Y, por último, el tercer motivo por el que se decide retrasar el inicio de las prácticas es la propia situación asistencial de muchos centros, donde ya se constata un incremento de los ingresos hospitalarios y la asistencia de brotes nosocomiales en los centros sanitarios. Es decir, se hace una valoración bajo el principio de prudencia de retrasar las prácticas, puesto que, si no tenemos una plantilla fortalecida de profesionales que supervisen las prácticas de los estudiantes, esto puede impactar negativamente en el desarrollo de las prácticas.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora directora. Señora Lillo, tiene la palabra.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Yo le agradezco la prudencia que ha demostrado no tener la directora general de Salud Pública, porque, por su respuesta, parece que todo estaba controlado y ahora estamos viendo cómo hay una situación que está perjudicando a miles y miles de estudiantes en la Comunidad de Madrid debido a tres elementos claves, ¿no? Usted los ha dicho: la situación epidemiológica, las vacaciones y bajas y unas plantillas que no están reforzadas. En ese lugar, se lo agradezco, pero creo que esta es una situación muy preocupante, porque, además, estamos hablando de estudiantes que ya vieron afectado el desempeño de sus prácticas clínicas el curso pasado, de marzo a junio. Y la propia demanda de los estudiantes dice que en marzo era comprensible, pero que no tiene sentido que ahora se vuelva a esta situación, porque ha sido una situación que no es sin precedentes, puesto que llevamos ya muchos meses con ella. Como usted dice, el 28 de julio, en el BOCM, se publica el reinicio el 1 de septiembre, si las condiciones lo permiten; pero es que el 31 de agosto, es decir, nada, un día antes, sale el aplazamiento indefinido de las prácticas, sin dar tiempo a planificación, organización. Se tiran una semana sin decir nada, y el 8 de septiembre sale un posicionamiento conjunto en contra de la Conferencia Nacional de Decanos de Medicina y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina y Enfermería, en el cual, entre otras cuestiones, unos reclaman que se revise esa decisión y otros hablan de que resulta inaceptable que en estas circunstancias nos encontremos con esta situación, puesto que era algo que ya se sabía con tiempo y resulta inaceptable que la única solución propuesta sea la de aplazar estas prácticas de manera indefinida.

El 15 de septiembre, además, existe una reunión de la Comunidad de Madrid con la consejería para hablar sobre un único punto: hablar sobre la programación de las prácticas universitarias, en este caso, en hospitales. Y el 15 de septiembre hay una reunión de la Comunidad de Madrid con los gerentes de los hospitales, al final quince días para llegar a un único acuerdo, que cada hospital va a hacer su plan de contingencia y llevarlo a cabo. Lo que estamos viendo es que ejemplos como la Universidad de Alcalá, el día 17, hablan de que el plan está en marcha, el día 25 lo envían a la Comunidad de Madrid y el día 29 de septiembre todavía no tienen respuesta a ese plan de contingencia. Y los centros de Atención Primaria, que también tienen que hacer su propio plan de contingencia, sabiendo que la mitad de los estudiantes al menos, inician las prácticas ahí, no tienen noticias sobre ese plan de contingencia. Yo le quiero preguntar si esa información está actualizada a día de hoy, porque además no se tienen noticias, sabiendo cómo afecta, insisto, a muchísimos estudiantes.

El día 29, la Universidad de Alcalá dice que tiene una posible incorporación para el 5 de octubre, es decir, en estos días, pero estamos viendo que no para todos los hospitales, solo para uno; hay otros del convenio de los que no se tiene noticias, es decir: ¡la descoordinación y la sensación de improvisación es una constante! Entonces simplemente quiero hacerle unas reflexiones con esto. Siendo la situación actual más favorable que la de marzo, por suerte, pero que previsiblemente vaya a peor, ¿qué futuro incierto se plantea? Primero, si no es el momento ahora, puede que luego sea peor y tampoco sea el momento. En segundo lugar, si el funcionamiento futuro nos está diciendo que COVID ha venido para quedarse, ¿ustedes consideran que es positivo, extraer, sacar a gente, a estudiantes que tienen que conocer esta nueva realidad del funcionamiento? Y, en tercer lugar, las consecuencias de que un estudiante no rote si no pasa por un servicio en este año y puede que no lo haga en toda su vida universitaria, ¿cómo afecta eso a las carencias y, sobre todo, a la interrupción del curso? Por eso quiero saber en base a qué criterios han tomado esa decisión y si son conscientes de las posibles consecuencias que esto pueda tener.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Lillo. Señora Chavarría, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN** (Chavarría Giménez): Señor presidente, me gustaría renunciar a la segunda intervención para poder contestar a todas las cuestiones que me plantea la señora diputada, que han sido bastantes, y si tiene algo más que añadir, tratar de hacerlo en el tiempo que me quede, que no sé cuánto es.

El Sr. **PRESIDENTE**: Pues, señora Lillo, tiene un minuto.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Bueno, como lo importante es que nos podamos ir con la información, vamos a confiar en que aproveche bien el turno y nos conteste a todas las preguntas, así como sobre el resto de los criterios y las consecuencias, si las han barajado y las tienen en mente, porque estamos hablando de que, por un lado, se puede retrasar la graduación de toda una promoción, lo cual significaría que tenemos un déficit en un año y luego se solaparían dos

promociones o el caso inverso, si al final se asume la graduación de toda una promoción de médicos sin haber cursado una gran parte de sus créditos, las carencias que esto puede suponer y el perjuicio que puede causar para los propios profesionales y asimismo para la calidad del servicio.

Sobre todo también preguntarle, porque en todo este dislate y -perdóneme- disparate, hay dos elementos: en el caso de los centros de estudios que tienen convenios con centros privados esta situación no se ha dado; es decir, tenemos estudiantes que en los centros privados ya están cursando sus prácticas, alumnos que han tenido que pagar su matrícula, que todos tienen que organizarse, y que unos están haciendo prácticas y otros no, o en el caso de la Universidad de Alcalá, que abarca Guadalajara y Madrid, los de Madrid no pueden empezar las prácticas, pero sin embargo, los de Guadalajara sí han empezado. Solamente les pedimos que, por favor, nos concreten el protocolo; que se hagan protocolos que garanticen la seguridad del alumnado y puedan darse las prácticas y que este personal se entienda no como personal asistencial sino como personal que está en formación y que nos lo pueda concretar y aclarar, sobre todo para esos miles de estudiantes. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Lillo. Señora Chavarría, dispone de dos minutos y veinte segundos.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN** (Chavarría Giménez): Lo voy a intentar. En primer lugar, aquí hay que hacer una reflexión importante. Efectivamente, puede resultar paradójico que los estudiantes hayan parado y que haya una gran preocupación en que los estudiantes no puedan desarrollar estas capacidades que van a necesitar para graduarse. En este sentido es todo lo contrario; nosotros en lo que hemos estado trabajando todo este verano es en evitar esa situación, en evitar que se suspendan de manera indefinida las prácticas.

¿Qué es lo que hemos planteado? Hemos planteado y hemos elaborado un plan marco de contingencia para toda la actividad formativa en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid que recoge todos los ciclos formativos y todas las modalidades de formación, y en este plan marco se tienen en cuenta los niveles de exposición al riesgo, los niveles de transmisión comunitaria del virus, y, por supuesto, la situación asistencial de los centros sanitarios, y, en función de esos tres aspectos se establecen niveles, bajos, moderados y altos para el desarrollo de actuaciones que den respuesta a cada una de esas situaciones; es más en el caso en que nos encontremos con un nivel alto de transmisión de la pandemia, se priorizará el desarrollo de las prácticas de todos los ciclos formativos de estudiantes del último año, precisamente para garantizar que esos estudiantes puedan obtener su titulación y convertirse en profesionales al final de año.

¿Qué es lo que hemos planteado? Obviamente la situación en los diferentes centros sanitarios no es la misma; por eso hemos pedido que, de manera consensuada, centros sanitarios y universidades desarrollen, dentro de este plan marco, unos planes específicos y concreten actuaciones adicionales teniendo en cuenta la propia situación del centro sanitario. El objeto, ¿cuál es?: planificar. El objeto es estar preparados para que, si nos vemos otra vez en la situación -espero que no- en la

que nos vimos en marzo o en abril, tengamos capacidad de respuesta; este es el objeto de los planes de contingencia.

En cuanto al inicio de las prácticas, Salud Pública es la responsable de validar estos planes de contingencia que se han trasladado a esa dirección general y que se han ido validando conforme han ido llegando. Obviamente con una valoración técnica que puede requerir de varios días; puede que haya habido retrasos en alguno de los planes, pero, a día de hoy, todos los planes de contingencia, de los 72 planes de contingencia remitidos por las universidades, 70 ya han sido validados por Salud Pública...

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN** (Chavarría Giménez): Y, por lo tanto, las universidades han podido iniciar las prácticas. Estamos hablando de que se ha producido un retraso de prácticas de a lo mejor quince días en la Universidad Autónoma, que ha sido la que tenía programado el inicio de las prácticas en la primera semana de septiembre. En definitiva, nuestro objetivo, desde luego, es seguir trabajando para que precisamente no pongamos en riesgo las generaciones de profesionales sanitarios y de una manera perfectamente coordinada con Salud Pública y con la consejería de Ciencia y Universidades y de Educación, porque no olvidemos que la Formación Profesional también desarrolla sus prácticas en nuestros centros sanitarios, señora Lillo.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Chavarría. Gracias por la comparecencia. Pasamos al siguiente punto del orden del día. Como saben, se ha recibido escrito en esta comisión de quien que tenía que intervenir ahora, la Directora General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, comunicando que no podría asistir por encontrarse de baja, con lo cual posponemos esta pregunta para futuras comisiones, si así lo decide la señora diputada proponente. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

PCOC-1283/2020 RGE.19382. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. José Ángel Gómez Chamorro Torres, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cuántas PCR se han hecho a los trabajadore/as del edificio Sollube donde se ubica la sede central del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Pido al señor Carmena que suba al estrado. *(Pausa.)* Bienvenido, señor Carmena.

El Sr. **SECRETARIO GENERAL TÉCNICO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD** (Carmena Lozano): Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Le recuerdo que para la formulación de la pregunta y de la respuesta disponen de diez minutos en tres turnos. Para la formulación de la pregunta tiene la palabra el señor Chamorro.

El Sr. **GÓMEZ-CHAMORRO TORRES**: Muchas gracias, señor presidente. Bienvenido, señor Carmena. Quisiera, antes de nada, mandar un saludo y una pronta recuperación al señor Miranda; esperemos, como no podía ser de otra forma, que se recupere pronto de su dolencia.

Señor Carmena, ¿cuántas PCR se han hecho a los trabajadores del edificio Sollube, sede del Servicio Madrileño de Salud? Y, por favor, ¿nos podría concretar cuántos contagios definitivamente ha habido al final en edificio Sollube? Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Gómez-Chamorro.

El Sr. **SECRETARIO GENERAL TÉCNICO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD** (Carmena Lozano): Según ha informado la Oficina Regional de Coordinación de Cuidados Paliativos y la Secretaría General del Sermas, no se han realizado PCR en su sede del edificio Sollube, sito en la calle plaza de Carlos Trías Beltrán.

Respecto a los casos que se han dado, puedo informarle que, con fecha 28 de abril de 2020, se detectaron dos casos con Igm positivo, enfermedad pasada recientemente en activo, a través de unos test rápidos de anticuerpos. En tal sentido, ha informado también la requerida Oficina Regional de Coordinación de Cuidados Paliativos: fueron dirigidos al hospital de La Princesa, resultando negativas las pruebas realizadas. Mediante escritos de la sección sindical de Comisiones Obreras, de 30 de abril y 24 de julio, así como la sección sindical de CSIT, de 7 de mayo, se solicitó información en relación con los empleados adscritos a dicho centro u otros centros directivos a los cuales se estuvieron realizando test de detección de COVID-19.

Desde la Subdirección General de Personal, de la Consejería de Sanidad, se informó a los representantes sindicales que, desde la Secretaría General Técnica, no se había tomado iniciativa alguna en el sentido de realizar test de detección de COVID-19 al personal de la consejería del Sermas, siguiendo las directrices, en aquel momento, emanadas de las autoridades sanitarias en materia de salud pública y del Servicio de Prevención de la Comunidad de Madrid, en el sentido que la realización de dichos test requería de la correspondiente prescripción facultativa emitida en cada caso individualmente.

Con fecha 6 de agosto de 2020 se detectó un caso con PCR de COVID-19 en la tercera planta del edificio, procediéndose a la desinfección de todas las zonas de tránsito y permanencia comunicadas. Con fecha 11 de agosto se detectó un nuevo caso con PCR positiva de COVID-19 en la misma, referida a la tercera planta, y se procedió, igualmente, a desinfectar con arreglo al procedimiento establecido. Con fecha 23 de septiembre de 2020 se comunicaron un caso con síntomas compatibles de COVID-19 en la tercera planta y un caso con PCR positiva en la sexta; se procedió igualmente a desinfectar las zonas de tránsito y permanencia comunicada. Todos los casos

positivos se han comunicado a la propietaria del edificio para que, además, realizasen las tareas, las labores, de limpieza y desinfección de las zonas comunes como ascensores y vestíbulos. Por lo tanto, cabe concluir que no se han realizado pruebas PCR a ninguno de los trabajadores en la sede del Sermas en el edificio denominado Sollube.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Carmena. Señor Gómez-Chamorro tiene la palabra.

El Sr. **GÓMEZ-CHAMORRO TORRES**: Gracias, señor presidente. Me sorprende que el edificio donde está ubicado el cuarto de máquinas de la sanidad madrileña, donde además conviven empresas importantes para la economía regional, donde además es claro -y así lo dicen todos los estudios- que es un edificio, junto con el anexo, donde hay un movimiento empresarial y de flujo importante, es uno de los mayores núcleos de tránsito en materia de oficinas y empleados en la Comunidad de Madrid, el Sermas, el Servicio Madrileño de Salud, no se haya interesado o no haya decidido hacer PCR, no solo a los empleados del Sermas, del Servicio Madrileño de Salud sino al conjunto de los trabajadores del edificio, porque la frecuencia de positivos que usted nos ha estado contando, se detecta -y no quiero jugar por mi parte a científico ni a biólogo- claramente que en el edificio pudiera haber algún acceso de carga vírica y, por eso, han sido sucesivos los contactos y los positivos que se han realizado allí.

Usted me dice que lo comunicaron a la empresa, pero no me dice -espero que me lo diga ahora- si comprobaron que, efectivamente, la empresa propietaria del edificio hizo una limpieza adecuada del edificio, y lo más importante -que por eso le hago la pregunta-, ¿por qué decidieron ustedes -además se lo habían reclamado los sindicatos y el servicio de prevención- no hacer PCR al entorno de los trabajadores que habían dado positivo? Nos podría usted decir también si habían hecho algún seguimiento de rastreo a los trabajadores del edificio. No porque sea el edificio del Sermas, sino porque es una muestra de los cambios de criterio continuos que tiene la sanidad madrileña a la hora de determinar dónde y cuándo se hacen PCR. ¡Estoy sorprendido! ¡No lo entiendo! Fíjese usted cómo nos tienen a los diputados, imagínese cómo tienen a la población, ¡totalmente despistada! Ahora en los colegios hacemos PCR, ahora no; en este caso en concreto que mencionamos, ¿dónde está además la maquinaria, como decía anteriormente, del Servicio Madrileño de Salud? Ustedes se han limitado a hacer una limpieza, que dicen ustedes que han indicado a la empresa, y a constatar las personas que se han contagiado, pero no sabemos el rastreo que han hecho de las mismas, si han contactado con todos los trabajadores del edificio, porque no es un problema solo y exclusivamente de la tercera y sexta planta; a mí me parece que es un problema de todo el edificio. Con lo cual, me parece que es una gestión nefasta la que ustedes han hecho en este asunto y, por supuesto, estoy muy de acuerdo con las reclamaciones que han hecho los sindicatos en el servicio y los propios trabajadores, que me consta que lo han hecho, y ustedes han hecho caso omiso a esas reclamaciones. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Gómez-Chamorro. Señor Carmena, dispone de dos minutos y veinte segundos.

El Sr. **SECRETARIO GENERAL TÉCNICO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD** (Carmena Lozano): En primer lugar, trasladarle que siento la sensación que le genera, la percepción que tiene respecto al procedimiento seguido y los criterios a la hora de seleccionar aquellos trabajadores o centros donde se van a realizar los test de detección de COVID-19. Las organizaciones sindicales, en varias ocasiones, han interrogado sobre esos criterios y se les ha comunicado los mismos, criterios que siempre emanan de la Dirección General de Salud Pública y que también participan de los mismos el servicio de prevención, lógicamente, y que se materializan en una resolución de la Dirección General de Función Pública de la Comunidad de Madrid donde viene establecido un procedimiento de actuación frente a un trabajador con síntomas compatibles con casos de COVID-19 en un centro de trabajo, lo que se viene a denominar como limpieza. La limpieza no es solo la que lleva el Sermas, sino también la realizada en un edificio por la propiedad en el que lógicamente, conviven, como ha apuntado, otras empresas. Por supuesto, sus impresiones, sus inquietudes, serán trasladadas oportunamente, pero, insisto en que son unos criterios establecidos, valorados y con arreglo criterios estrictamente técnicos.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Carmena. Señor Gómez- Chamorro dispone de un minuto.

El Sr. **GÓMEZ-CHAMORRO TORRES**: Muchas gracias, señor presidente. Seguro que no lo utilizo entero. Mire, ustedes no han cumplido con la legislación en materia de riesgos laborales, así se lo han manifestado los sindicatos; han hecho caso omiso a todas las peticiones de los sindicatos; no han tenido ustedes una reunión de coordinación para establecer con los propios sindicatos cuál eran las mejores medidas para el conjunto del edificio. Es que no estoy hablando solamente del Sermas, es que allí conviven muchas personas que han estado conviviendo con personas que, desgraciadamente, se han contagiado con el COVID-19. Y ustedes, una vez más, siguen haciéndolo, no solo en el edificio Sollube sino que siguen obviando a la representación sindical, siguen obviando la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, y utilizan criterios estándar, pero muy cambiables, lo estamos viendo, no es cuestión de lo que haya pasado. Ustedes, primero, mandan desinfectar el edificio y a los 10 días otra vez tienen un contagio dentro; es que no desinfectaron el edificio, es que se hizo la limpieza normal de todos los días y, en ese sentido, nuestra sorpresa, y, desde luego, nuestra protesta en el sentido de que ustedes tienen que cumplir la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y acordar con los sindicatos las medidas de prevención en los puestos de trabajo. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Gómez-Chamorro. Señor Carmena, tiene la palabra; le quedan treinta segundos.

El Sr. **SECRETARIO GENERAL TÉCNICO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD** (Carmena Lozano): Gracias, presidente. Discrepo, en este caso, de su impresión en este punto, puesto que, con las organizaciones sindicales, se ha mantenido un contacto fluido, como suele ser habitual, sobre el particular, y las decisiones que adopta la Dirección General de Función Pública en los procedimientos de actuación frente a los que ya me he referido, han contado siempre con la audiencia de las organizaciones con los representantes de los trabajadores. Luego, insistir en que todas las decisiones

se basan en criterios técnicos y que nunca son criterios frívolos sino criterios fundados en parámetros objetivos y que emanan de quien tiene o quien ostenta la condición de autoridad sanitaria.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Carmena. Gracias por su intervención. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

PCOC-1343/2020 RGE.21133. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Gádor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo valora la capacidad de los servicios de Atención Primaria en Pediatría de cara a responder adecuadamente a la demanda asistencial que se presente durante el período comprendido entre el 15-09-20 y el 30-03-21.

Pido al señor Vázquez que ocupe su lugar en la mesa. *(Pausa.)* Bienvenido, señor Vázquez. Les recuerdo que para la formulación de la pregunta tienen diez minutos, repartidos en tres turnos, entre el autor y el compareciente. Tiene la palabra la señora Joya.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias. ¿Cómo valora la capacidad de los servicios de Atención Primaria en pediatría de cara a responder a la demanda asistencial que se presenta durante el periodo comprendido entre el 15 de septiembre de 2020 y el 30 de marzo de 2021? Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Joya. Señor Vázquez.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Buenas tardes. La valoración que hacemos para esos seis meses es adecuada en función de la plantilla que actualmente tenemos y la que pretendemos alcanzar con el Plan Integral de Atención Primaria, tanto para lo que es la estrategia de la contingencia de la COVID-19 como para la patología no COVID.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Vázquez. Señora Joya.

La Sra. **JOYA VERDE**: Quiero desear su recuperación a la directora de Recursos Humanos y lamentar que no haya podido venir nadie. Me dicen que es porque están todos confinados; yo espero que puedan poner en práctica el teletrabajo, porque, si no, no vamos a poder llevar a cabo el trabajo parlamentario.

Señor Vázquez, me dice usted que considera adecuada la capacidad de pediatría de Atención Primaria a la demanda que se avecina en el periodo que yo le he dicho y se basa en el Plan de Atención Primaria que han diseñado, pero seguro que usted conoce que es un plan a tres años y yo le he preguntado por el periodo que va de septiembre de 2020 a marzo de 2021; con lo cual, no

creo que este plan pueda solventar esta falta de capacidad, por lo que en eso estoy totalmente en desacuerdo con usted.

En Atención Primaria la pediatría es insuficiente; el número de pediatras era insuficiente antes de entrar en la pandemia. Le recuerdo que había un déficit estructural de entre 150 y 200 pediatras antes de la pandemia y, corríjame si me equivoco, el saldo de pediatras después de esta primera ola ha sido negativo; es decir, que aún hay menos.

Hemos tenido un retraso durante todo el confinamiento en todo el tema de revisiones del niño sano y vacunación. La cobertura vacunal sabe usted que ha caído muchísimo, sobre todo a partir de los dos meses; eso es urgente y prioritario ponerlo al día, porque están entrando niños en centros de Educación Infantil que están conviviendo con otros con calendarios vacunales no actualizados, y luego tenemos toda la sobrecarga que viene porque empiezan las epidemias de infecciones de vías altas.

Quiero recordar que se indica descartar COVID-19 en los niños con febrícula y tos y, a partir de ahora, dentro de muy poquito, no sé cuántos ni qué porcentaje decirle, pero la mayoría de los niños, sobre todo hasta los seis años, van a estar todo el día con febrícula y tos. Esto sobrecarga a los pediatras, y también sobrecarga a los pediatras la entrada en los centros escolares, que sabemos que por falta de capacidad de salud pública se está mandando a los niños a los pediatras para que les identifiquen y les hagan los test, y estos pediatras tienen que notificar los resultados de todas las pruebas que se les hacen a los niños. El no hacer pruebas a los niños en los centros escolares, ¿es por una falta de capacidad de salud pública o por una falta de pediatras?

Señor Vázquez, reitero la cuestión: si tiene usted datos que me demuestren que la dotación de pediatras en Atención Primaria a día de hoy, para el periodo hasta marzo de 2021, es adecuada para atender las consultas que se requieren en un plazo razonable durante esta nueva fase de la epidemia. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Joya. Señor Vázquez.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Mire, voy a intentar dar respuesta a todas las preguntas que me ha formulado. Como sabe, el Plan Integral de Atención Primaria, efectivamente, es a tres años, pero es que no todas las medidas van a tres años; es decir, hay medidas que van a ser prácticamente inmediatas; otras, que son a medio plazo, y otras que no son tan a medio plazo. Las primeras son fundamentalmente las no económicas. En el caso de la pediatría, se refieren a modelos organizativos; a trabajo de gestión compartida de la demanda, haciendo que la enfermería tenga un nivel competencial adecuado, en este caso, para la resolución de muchas de las consultas y revisiones que tiene el niño sano en Atención Primaria; aparte, también la equiparación del puesto de trabajo de un especialista FEA, tanto de Atención Primaria como de hospital, con independencia del ámbito laboral en el que trabaje, que puede hacer más atractivo que vengan pediatras a Atención Primaria. Porque, como usted sabe, no hay falta de pediatras en España en el sentido de ratio, comparado con otros países, sino que lo que faltan son

pediatras que vengan al ámbito de la Atención Primaria; ese es el gran problema, y no solo en Madrid sino en todas las comunidades. Por lo tanto, tendremos que hacer que el puesto sea lo más atractivo posible para que todos los pediatras, incluido el que tiene una formación de ámbito muy hospitalario, termine su formación MIR y acuda a las plazas de Atención Primaria.

Es obvio que no están cubiertas todas las plazas; tenemos 916 plazas de pediatra en Atención Primaria, de las cuales, un tercio ya están ocupadas por médicos de familia, y es una realidad que en estos momentos no están cubiertas 34 plazas, que son estructurales, por reducciones de jornada, interinidades, etcétera. Además, algunas de esas plazas llevan tiempo sin cubrirse. ¿Por qué? Evidentemente, hay que buscar las causas por las cuales tenemos que mejorar, y ahí va el Plan Integral de Atención Primaria, que no solamente es una mejora en la retribución sino también en las condiciones laborales, intentando la conciliación, los turnos flexibles y deslizantes, etcétera, además de esa gestión compartida de la demanda para que el pediatra atienda solo aquello que es de su nivel competencial y, si otra persona puede hacer su trabajo en su nivel competencial, en este caso por enfermería, que lo pueda hacer.

Respecto a las revisiones, tanto en la parte COVID como no COVID, se ha empleado un nuevo formato de trabajo, fundamentalmente en atención telefónica prioritaria y, para todas aquellas revisiones que no se han hecho del niño sano, sobre todo priorizando las de los menores de 2 años - que se hicieron todas-, la gran mayoría de las que han quedado sin hacer son las que se han ido retomando en esta segunda ola.

Es cierto que la pediatría a partir de ahora, en estos seis meses, como usted aduce, atenderá fundamentalmente mucha patología respiratoria: bronquiolitis, virus sincitial respiratorio y gripe, y ahí, evidentemente, tendremos que reforzarla. Lo que pretendemos también con este plan es contar con 15 plazas más de pediatría en Atención Primaria, y ojalá tenga éxito el plan y en breve plazo podamos cubrirlas. De todas maneras, por tranquilidad de los madrileños, en ningún caso se deja de atender la patología infantil. Como sabe, hay un plan desde hace ya muchos años y, ante la carencia de un pediatra en un punto asistencial, se redistribuye en centros espejo o bien cambiando el turno o bien atendiéndolo y valorándolo por un médico de familia.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Vázquez. Señora Joya, dispone de un minuto y medio.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, señor Vázquez. Usted me ha contestado en su primera respuesta que la capacidad es adecuada y ha dedicado este segundo turno de intervención a explicarme que no es adecuada; a explicarme todas las carencias que tiene ahora mismo la pediatría en Atención Primaria, cuando lo que le he pedido es que me explique usted por qué se considera que la capacidad pediátrica en Atención Primaria es adecuada. ¡No lo es!, y usted mismo me lo acaba de explicar. Me ha dado todas las razones, con las que yo estoy completamente de acuerdo. Me ha hablado, además, en futuro: vamos a hacer, vamos a dotar... Pero es que yo le pregunto por la situación desde ya hasta el mes de marzo, y la realidad es -y yo creo que hay que reconocerlo,

porque mientras uno no quiera ver la realidad no puede corregirla, y usted sabe que no hay pediatras y que no tenemos una pediatría preparada para lo que se nos viene encima- que la capacidad no es la adecuada.

Entonces, todo esto que usted me ha dicho y de lo que tantas veces hemos hablado no se trata de que sea a tres años ni a un año, ni que vayan a dotar, ni que nos haga una reflexión sobre lo que ya sabemos y los déficits que tiene la pediatría en la Atención Primaria; es que lo que yo querría sería, primero, que reconocieran el problema. Se lo pido, por favor, porque mientras no reconozcan ese déficit, no van a poder actuar. Y luego, saber qué soluciones inmediatas, urgentes...

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

La Sra. **JOYA VERDE**: No a un año ni a dos ni a tres, sino urgentes, ¡para ya!, van a dar a esa falta y a ese déficit que ya existe y que habría sido urgente -para ayer- paliar, porque la epidemia está aquí y se vienen las demás. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Joya. Señor Vázquez, dispone de treinta y cinco segundos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Por resumir, en un principio, lo que le estaba comentando es que el plan tiene distintas fases y hay una parte inmediata, que es precisamente intentar solucionar ya, en lo inmediato, una de las causas por las cuales los pediatras no se quedan en Atención Primaria, que es porque se ofrecen turnos de tarde. Si hacemos una mejor organización y gestión de la conciliación y de los turnos laborales, seguramente la haremos más atractiva. Y, en segundo lugar, está el tema retributivo, y eso es inmediato; eso es de ahora.

Respecto al tema de los colegios, también le decía que no se ha cambiado nada. Lo que se ha hecho ha sido mejorar con un teléfono 900 exclusivo para padres y familiares y con un teléfono exclusivo para los referentes COVID de los colegios, con lo cual se han minimizado mucho las llamadas innecesarias a los centros de salud, a los pediatras.

En definitiva, lo que le quiero decir es que hay que mejorar la situación de la pediatría en toda España, evidentemente; hay que hacer atractiva la Atención Primaria, para que vengan al ámbito de la Atención Primaria desde la privada, desde el ámbito hospitalario o desde otras comunidades. Y, además, creemos en el modelo que hay en la Comunidad de Madrid de pediatría en la Atención Primaria, con pediatras vía MIR.

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

PCOC-1384/2020 RGE.21387. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta a qué razones se debe que la Gerencia Asistencial de Atención Primaria no permite el teletrabajo a los profesionales de Atención Primaria.

Les recuerdo que para la formulación de la pregunta tienen diez minutos, repartidos en tres turnos para cada uno. Señor Freire, tiene la palabra.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor presidente. Bienvenido, doctor Vázquez. La pregunta que le hacemos hoy en nombre de mi grupo, el Grupo Parlamentario Socialista, es por qué razones la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, el Sermas, no permite el teletrabajo a los profesionales de Atención Primaria.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Buenas tardes. Señor Freire, la cuestión no es que no lo permita; nosotros hemos permitido durante toda la pandemia el teletrabajo. Lo hemos permitido en Servicios Centrales. Es cierto que no podemos estar más de acuerdo con desarrollar el Real Decreto 29/2020, en el cual la COVID nos ha ayudado mucho a avanzar en este aspecto. Lo que pasa es que tendremos que definir la diferencia que hay entre teletrabajo y trabajar con un puesto adaptado, y no confundirlo con hacer conciliación de la vida laboral y familiar.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Vázquez. Señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: La verdad es que esperaba una respuesta más completa por su parte, pero veo que forma parte del juego parlamentario del gato y el ratón no contestar a la primera, etcétera.

Vamos a ver, usted ha sido responsable de Atención Primaria durante mucho tiempo. Como responsable de Atención Primaria, y además médico de Atención Primaria, seguro que está al tanto -o por lo menos, es su obligación- de cómo funciona el teletrabajo, la telemedicina, en la medicina moderna; en concreto, por ejemplo, el sistema de veteranos de Estados Unidos, los informes que tiene el NHS británico sobre esto.

Usted sabe también que la COVID ha planteado que aquello que era un tema deseable y útil se haya convertido en una obligación y una necesidad. Los sindicatos y los profesionales están pidiendo al Sermas que reaccione, y la pregunta que yo le he hecho, a la que usted no me ha respondido, es por qué no es posible tener teletrabajo. Aquí no entra el Real Decreto 29/2020; aquí sencillamente entra que ustedes pongan los medios necesarios, las conexiones VPN, los teléfonos móviles corporativos para los médicos, también acceso a la historia clínica, etcétera.

Esto tendría unas ventajas enormes; en primer lugar, para los pacientes: mejor acceso a los profesionales -hoy se ven estancados en las llamadas-, mejor atención, más satisfacción y menos reclamaciones. En segundo lugar, para el propio sistema sanitario, porque se están ustedes quejando de que no tienen profesionales. ¿Nos puede decir cuántos médicos de Atención Primaria están hoy dejando de ir a los centros de salud por adecuación del puesto de trabajo o por bajas y, sin embargo, están en condiciones de teletrabajar? Algún dato que me han dado habla de un 10 por ciento. Tendrían ustedes muchas menos peticiones de dedicación a tiempo parcial por conciliación y se darían circunstancias más resolutivas. Mire, un dato meramente económico sacado de los informes de la sanidad británica: sencillamente, el coste directo en diabetes sería un 20 por ciento menor -al menos son los datos que manejan ellos-, un 30 por ciento menor en hipertensión, un 21 por ciento menor en EPOC -enfermedad pulmonar obstructiva crónica- y casi un ahorro de más del 50 por ciento de gastos directos en depresión. Esto, para el sistema. En tercer lugar, para los profesionales -por supuesto, se lo están pidiendo-, conciliación, poder seguir trabajando en aquellos casos en que necesitan adaptación del puesto personal, mayor satisfacción... En fin, todo es favorable.

¿Nos quiere decir cuál es el problema? Cuando he preguntado, me han hablado de problemas de confidencialidad, de protección de datos. Eso no es así; no me puede decir eso. Por ejemplo, en los hospitales -me consta-, un gran hospital tiene 1.300 licencias VPN para conexión directa para sus profesionales. ¿Por qué no los médicos de cabecera? Es que esto es lo que realmente necesito que responda: ¿en qué planteamiento están? ¿O es sencillamente que esto muestra la desidia, la falta de prioridad que dan ustedes a Primaria, después de los siete meses de pandemia que llevamos, en los que el teletrabajo se ha mostrado, no solo una necesidad sino casi una obligación para poder atender a la gente?

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Señor Vázquez.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Señor Freire, estoy totalmente de acuerdo en que hay que implementar el teletrabajo. Ahora le cuento un poco en qué situación está la Atención Primaria al respecto.

Lo más importante no es teletrabajar. Estamos hablando de asistenciales; desde el punto de vista asistencial -y lo dice muy claro la ley-, hay que tener un requisito previo, que es valorar la posibilidad de que se pueda hacer valoración de teletrabajo en función de las condiciones del puesto de trabajo. Es decir, usted entenderá que no es lo mismo dar una prueba diagnóstica por teléfono que palpar una barriga; evidentemente, se puede determinar algunas circunstancias, dentro de la actividad de un profesional asistencial sanitario, que se puedan o no se puedan hacer.

Para su tranquilidad, desde hace meses ya se está estudiando en un grupo de trabajo multidisciplinar, porque, evidentemente, esto no se puede decir a la ligera; es decir, estamos hablando de médicos y enfermeras, pero estamos hablando también de pediatras, de unidades de apoyo, de dentistas o de fisioterapeutas, y cada uno tiene que saber qué es lo que puede hacer dentro de su actividad, de su responsabilidad y de sus tareas, y definir aquello que puede hacer fuera

del ámbito laboral y pueda hacerlo en su casa. Es cierto que se está trabajando -como no puede ser de otra manera- ya en ese grupo de trabajo para definir cuáles son cada una de las actividades que tienen que desarrollar cada uno de los profesionales, pero, además, se va a habilitar -y ya se ha empezado con los directores de los centros de salud- la red privada virtual, lo que usted llama VPN, para empezar a dar licencias y poder hacerlo. Al mismo tiempo, tenemos que desarrollar -como no puede ser de otra manera- la telemedicina. Y, lógicamente, hay que hacerlo en un entorno técnico, en un entorno de seguridad y en un entorno que tiene que tener todos los avales para que esto pueda ser llevado a cabo.

No puedo estar más de acuerdo en que hay que avanzar en esto. Se está cerrando el grupo que está definiendo toda esta parte, y estoy seguro de que en breve podremos tener los frutos de cómo, quién y en qué circunstancias puede teletrabajar para cada uno de los profesionales asistenciales de Atención Primaria.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Vázquez. Señor Freire, dispone de un minuto y quince segundos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: En todo lo que ha mencionado, me alegra que esté de acuerdo con que el teletrabajo en Atención Primaria es necesario, es útil y aporta valor. Lo que no entiendo es por qué se complican tanto; por qué, por ejemplo, en vez de hablarme de dentistas en teletrabajo, no se limitan a lo que es verdaderamente esencial: los médicos de familia y pediatras, sobre todo los médicos de familia. Tienen ustedes 4.000. ¡No entiendo por qué no aceleran esto! No entiendo que, siendo lo necesario que es, lo urgente que es, con la llamada que hacen a que no tienen médicos, no quieran disponer de todos los médicos que hoy están en sus casas por problemas de adaptación de puesto de trabajo, o están en los centros de salud. No entiendo por qué; esto es lo que nos tiene usted que explicar. O sea, ¿qué es lo que realmente les impide esto? Se lo están pidiendo los profesionales, se lo están pidiendo los sindicatos, está sobre la mesa... ¡No se entiende! Me parece que Madrid Digital ha planteado 40.000 licencias. Tienen ustedes aquí el formulario para pedirlo; usted mismo ha dicho que lo tienen los directores de centro. Por cierto, los directores de centro lo tienen que pedir; vale.

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

El Sr. **FREIRE CAMPO**: ¿Por qué eso no es habilitable para los médicos de cabecera ahora y cuanto antes? ¿Por qué tienen todo este largo proceso pendiente? ¡Llevan siete meses! Esto es lo que le pregunto.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Señor Vázquez, dispone de dos minutos y diez segundos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Perfecto. Muchas gracias. Definir un procedimiento que es nuevo, que no hay prácticamente en ninguna comunidad algo parecido, es complejo; no puede ser albur, como: yo quiero teletrabajar -

como nos llegaban los correos electrónicos- los martes y los jueves en mi casa. Vamos a ver, iesto no es conciliar la vida!, hay una asistencia que hay que garantizar en los centros de salud.

Entonces, lo más difícil no es la parte tecnológica o la parte de protección de datos sino ver hasta qué punto podemos orquestar todas las funciones y todas las tareas. Primero hay que definir quién puede teletrabajar, a lo mejor no todo el mundo puede hacerlo; cuántas horas, es decir, qué carga asistencial tiene que trabajar uno; para cuánto tiempo da poder dar datos por teléfono a un paciente; definir cómo se tiene que hacer, con qué instrumentos. Y sobre todo, también, iuna formación!, porque detrás de esto, no nos olvidemos, existe también una cosa que es muy importante y es que todo esto, que son cambios de las condiciones laborales, tiene que salir en el seno de una Mesa Sectorial. Entonces, cuando esté terminado este documento se tiene que pasar obligatoriamente a una Mesa Sectorial, porque, evidentemente, cambian las condiciones laborales y habrá que ver qué condiciones de seguridad, de servicio de prevención de riesgos laborales, que esa persona no esté sobrecargada en su casa, que no exista aislamiento... ¡No es tan sencillo! ¡No es: póngase a hacerlo! Esta es una dinámica en la que estamos convencidos todos, porque no puede ser de otra manera, que hay que avanzar y hacerla, ipero hacerla bien! Gracias.

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

PCOC-1446/2020 RGE.22112. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cómo valora la situación de los hospitales y centros de salud en la Comunidad de Madrid en el contexto de esta segunda ola.

Les recuerdo que para la formulación de la pregunta disponen de diez minutos, repartidos en tres turnos de palabra. Tiene la palabra la señora García Gómez.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias. Le pregunto cómo valora el Gobierno y la consejería la situación actual de los hospitales y centros de salud en el contexto de esta segunda ola.

El Sr. **PRESIDENTE**: Señor Vázquez, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Buenas tardes, señora García. Vamos a ver, en un principio, sobre la valoración que hay en esta segunda ola pandémica, estamos trabajando ya desde hace tiempo, como sabe, en el ámbito hospitalario con los planes de elasticidad, que fueron realizados por todos los hospitales allá por mayo de 2020, y con el plan de contingencia que se ha realizado en Atención Primaria en la desescalada. Por lo tanto, estamos trabajando, se está trabajando y se están llevando a cabo cada una de las

premisas que llevan esos planes, adaptándolas a la situación que ha habido, que, evidentemente, en estos momentos es la adecuada a la situación epidemiológica.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Vázquez. Señora García Gómez.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Que están trabajando lo damos por hecho, trabajar es parte de su trabajo. Y que usted me conteste que la situación de los hospitales es la adecuada a la situación epidemiológica ino me saca de ninguna duda!, porque la pregunta era cuál es la situación de los hospitales y centros de salud en el contexto de esta segunda ola, icuál es la situación real! Porque, según algunos dirigentes del Gobierno de la Comunidad de Madrid, la situación está controlada y, además, los ingresos han bajado un 60 por ciento. Ha habido casi un descalabro de los datos iy estamos fenomenal! ¡Estamos tan bien que incluso se ha recurrido que haya medidas restrictivas en toda la Comunidad de Madrid!; ¡estamos tan bien que parece ser que los hospitales estamos fenomenal! Entonces, "adecuada a la situación epidemiológica" es un oxímoron, porque, si estamos muy bien, usted aquí me tendría que contestar que los hospitales están muy bien, ¿no? Si la situación epidemiológica es de franca mejoría, la situación de los hospitales es, supongo, de franca mejoría, y ya no solo de los hospitales sino de los centros de salud, que supongo que serán de franca mejoría también. Entonces, me gustaría que nos dijera aquí realmente cuál es la situación; no la adecúe a la situación epidemiológica si no quiere, ¡una situación objetiva!

Los centros de salud. ¿Cuántos son los pacientes que están viendo ahora mismo los facultativos? Dígame, sobre las agendas que están teniendo, si son de 60, 70, 80 pacientes; si están realizando el rastreo; cuál es la situación de los administrativos, ya que -enlazando con la pregunta anterior- en muchos centros de salud -ya que no han puesto lo del teletrabajo- se quejan de que tienen, a lo mejor, una línea de teléfono, dos líneas de teléfono, tres..., ¡tienen bastantes limitaciones a la hora de poder hacer incluso el seguimiento desde los centros de salud!

Muy poca comunicación con Salud Pública. Me gustaría que nos dijera si en los centros de Atención Primaria han notado ustedes alguna diferencia -no vaya a ser- entre los centros de salud de Atención Primaria del norte y los centros de Atención Primaria del sur.

Me gustaría también que nos dijera qué le parece a usted que 1 de cada 3 -o de cada cuatro, depende del hospital del que estemos hablando- pacientes que están ingresados lo estén por una sola patología. Y lo enlazo con la siguiente pregunta: ¿qué está pasando con el resto de las patologías? Porque, claro, los hospitales están pensados para todas las patologías, y resulta que ahora, en esta situación que ustedes denominan de normalidad, tenemos que 1 de cada 3 pacientes está ingresado por una sola patología.

También me gustaría que me comentara cuál es la situación de las UCI; unas UCI médicas que están ahora mismo ocupadas en un 111 por ciento por pacientes con una sola patología -nos olvidamos de todas las demás-, iy el total de todas las UCI, incluidas las quirúrgicas, las de los materno-infantiles, las de politrauma, etcétera, están ocupadas en un 43 por ciento por pacientes con una sola patología! Entonces, me gustaría que, de una manera objetiva -¡olvídese de la situación

epidemiológica!-, nos contara cuál es la situación real de los hospitales y de los centros de salud: cuántas agendas se han tenido que bloquear, cuántos quirófanos se han tenido que suspender, etcétera. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García. Señor Vázquez, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Gracias. A ver si le puedo dar respuesta a todo, señora García. Vamos a ver, con respecto al ámbito de la Atención Primaria le diré que, evidentemente, en cuanto a material y estructura, en estos momentos hay material de protección suficiente, es decir, los EPI, en esta segunda ola pandémica, sin problema de escasez.

En cuanto a infraestructuras, cuando vine hace unas semanas aquí conté un poquito el plan de adaptación de infraestructuras de COVID en los centros de salud, es decir, marcándolos por distintas tipologías.

Y con respecto a la parte de la situación asistencial, evidentemente no es lo mismo la situación que hubo del mes de agosto a principios de septiembre, cuando se llegaron a alcanzar unas cifras de centros de salud con problemas asistenciales, en el sentido de -como sabe, y así se publica también en la intranet- que los centros están cerrados... En concreto, el mayor pico -si no recuerdo mal- fue el 26 de agosto, cuando llegaron a ser 78 centros de salud los que tenían parcial o totalmente, por ejemplo, turnos de tarde. Normalmente no eran centros de salud sino consultorios, la grandísima mayoría; en concreto, fueron 56 los consultorios que estuvieron cerrados, consultorios pequeñitos que interesaban a un porcentaje pequeñito de la población, y normalmente era porque no se podían garantizar los dos circuitos: COVID y no COVID. A fecha de hoy, tenemos 25 que están afectados. Son fundamentalmente consultorios locales y solamente tres centros de salud en turno de tarde, y alguno de ellos que ha modificado su horario. Es decir, la situación ha mejorado mucho. Esto tiene también una lectura; es decir, el mes de agosto y principios de septiembre coincidía con el descanso de los profesionales; les hemos incoado a que en la medida de lo posible descansaran, se fueran de vacaciones, etcétera, y eso ha tenido como consecuencia que hubiera puntos asistenciales que tuvieran que modificar su horario.

Hay 36 centros de salud que tienen en estos momentos alguna incidencia asistencial, bien que falta un pediatra en turno de tarde, etcétera. Es decir, estamos hablando de una situación mucho mejor en los centros de salud, Y para su conocimiento, estamos hablando de que, en el mes de agosto, en concreto a partir del 10 de agosto, fue creciendo la actividad en Atención Primaria y llegamos a tener 250.000 consultas diarias en las distintas categorías profesionales; afortunadamente, ahora, está bajando un 10 por ciento. Eso en cuanto a Atención Primaria.

En cuanto a hospitales, es importante que sepa que yo no soy triunfalista; soy realista, miro los datos. ¡Y ojalá tengamos todos la misma visión!, porque esos sí que son datos contrastados. Ha bajado la positividad de las PCR, tanto en test antigénicos como en PCR. Hay otro dato que es muy llamativo: la presión asistencial que hay en las urgencias hospitalarias, y hablo de medias, se ha

reducido casi en un 40 por ciento, es decir, hace una semana estábamos hablando de que cinco casos de cada diez que entraban por la urgencia de los hospitales eran COVID y actualmente son tres. Eso es una mejora sustancial, es decir, está entrando menos COVID, además el COVID que entra no es el de la primera ola; conocemos mejor la patología, se están utilizando ventilaciones de alto flujo, están llegando mucho mejor y se están haciendo más pre altas, bien en hoteles sanitizados o bien en salas para no estar ocupando habitaciones de hospitalización. La hospitalización también ha mejorado y, por primera vez en los últimos días, curva de las UCI está bajando, es decir, que todos los datos son realmente favorables. Yo creo que eso es importante destacarlo porque realmente eso sí que es una realidad, hay un descenso de los ingresos COVID...

El Sr. **PRESIDENTE**: Le quedan treinta segundos por si quiere dejarlos para el final.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Señora García Gómez, dispone de un minuto cuarenta.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias. Nos ha dicho que teníamos problemas asistenciales en agosto y que también hemos tenido problemas asistenciales en urgencias. ¡Qué sorpresa! Porque su Gobierno no nos lo ha contado. En ningún momento nos han contado que teníamos problemas asistenciales. Es más cuando nosotros hemos dicho, ¡oigan!, que estamos empezando a tener problemas asistenciales en agosto, en Atención Primaria, que es el primer dique de contención, ustedes nos han dicho que no. Pero bueno, me alegra que usted, ¡dos meses después!, venga aquí a una comisión a decir que en agosto tuvimos problemas asistenciales. ¡Claro que tuvimos problemas asistenciales!

Con respecto a las llamadas, por favor, no usen ese indicador, ¿vale? Porque cuando los pacientes no tienen acceso a los centros sanitarios y no han tenido acceso telefónico y han tenido que hacer colas en la calle para poder tener acceso a los centros de salud, ¡hombre, me parece una falta de respeto decir que ahora las llamadas han bajado un diez por ciento, cuando es que ni siquiera las podían coger en un momento dado!

Me ha hablado de las urgencias y, claro, que me diga que solo tres de cada diez pacientes ingresan en urgencias, insisto, ¡es que es un 30 por ciento de los casos que entran en un hospital por una sola patología! Un 30 por ciento de los casos que ingresan y ocupan nuestras camas.

Respecto a las UCI y a que están bajando los ingresos, eso es manifiestamente mentira. No pasa nada, ustedes pueden contar las cifras como quieran, pero el problema que tenemos aquí es que ustedes pueden contar las incidencias acumuladas y bajarlas, de una manera torticera y maquillada, pero los ingresos en UCI son los ingresos en UCI y los fallecidos son los fallecidos. Entonces lamentamos que tengamos que tener ese indicador, que es el indicador más dramático que se pueda tener ahora mismo en una Consejería de Sanidad, como pueden ser los ingresos en UCI y los fallecidos, pero ese es ahora mismo el más realista de la situación. Seguramente la situación...

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

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Sí. Seguramente la situación se esté equilibrando, pero yo le preguntaba cuál es la situación asistencial ahora mismo. Y usted lo que ha contestado es que fue tan, tan, tan mala en agosto que ahora está mucho mejor y la verdad sinceramente me parece una vergüenza que ustedes utilicen tanto marzo como agosto -cuando, por cierto, no nos dijeron que estábamos mal, no nos lo dijeron- como una referencia, como una gran bondad de lo bien que estamos ahora en los hospitales y en los centros de salud.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Señor Vázquez, dispone de treinta segundos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Simplemente los datos son los que son. Yo no los voy a discutir, incluso le añado que las llamadas que ha recibido el 061 han bajado entre un 15 y un 19 por ciento diariamente, es decir, todo va, guste o no, a favor de que, afortunadamente, se está doblando la curva. El día 18 de septiembre hubo el mayor número de casos; los días 26 y 27 el mayor número de hospitalizaciones, y ahora estamos viendo la última cola, como sabe, que son dos semanas después aproximadamente, de ocupaciones de UCI. Yo entiendo que esto mejorará progresivamente como está pasando porque se están habilitando nuevos quirófanos en todos los hospitales, como usted bien conoce.

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

PCOC-1447/2020 RGEF.22113. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Mónica García Gómez, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre valoración que hace la Consejería de Sanidad sobre la atención y el seguimiento de pacientes con patologías no-COVID en el contexto de la pandemia.

Les recuerdo que para la formulación de la pregunta disponen de diez minutos, repartidos en tres turnos cada uno. Señora García Gómez.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Le pregunto, hoy 6 de octubre, por cómo está la situación o cuál es la valoración que hacen ustedes de la atención y del seguimiento de los pacientes con patología no COVID, para que dentro de tres meses no nos vengan a contar lo mal que estuvieron en septiembre. Entonces, me gustaría que nos dijeran, ¿isi es que están haciendo algún seguimiento de los pacientes no COVID!, porque también pareciera que aquí ahora mismo en su consejería solo existen los pacientes COVID y a poco que bajen las UCI de un 110 por cien de ocupación a un cien por cien, por ejemplo, que es todo, ya hemos mejorado, si a ustedes en algún momento les ha interesado cuál es la deriva y cuál es la situación de los pacientes que no son COVID. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Señor Vázquez, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Pues mire, vamos a ver, esto si me lo plantea en la primera ola pandémica, le diría que efectivamente el foco estaba puesto en todo lo que era la patología COVID, pero una vez que esto ha pasado, evidentemente el objetivo de todos los hospitales y de la Atención Primaria fue recuperar, en la medida de lo posible, la normalidad y, ¿qué es la normalidad? Atender a la patología COVID y no COVID y, como sabe, ahora en todos los servicios de urgencia hospitalarios, y hace un momento le acabo de dar los datos, ya hay más patología no COVID que COVID. En los hospitales se está volviendo otra vez a normalizar toda la atención de quirófano; no se ha dejado de atender en ningún momento ni lo urgente, ni lo oncológico, en ningún momento, y sí se demoraron otro tipo de pruebas cuando estuvimos en el primer pico de la ola pandémica. Actualmente, y es curioso, los datos en muchos hospitales son muy parecidos, en cuanto a actividad no COVID, a los del año pasado y le diré que en Atención Primaria en concreto, respecto a la morbilidad atendida de todos los días -igual que en los hospitales se hace una rutina de datos que se obtienen de los sistemas de información- para que se haga una idea, aproximadamente el 38 por ciento de lo que se atiende en los centros de salud desde hace ya meses, es patología COVID; el resto es patología no COVID. No se ha dejado de atender a todo el crónico, al inmovilizado, al que ha precisado ir al domicilio... Por supuesto que no se han dejado. Es decir, más del 62 por ciento de las patologías que se atienden habitualmente en Atención Primaria son patologías no COVID, centrada en aquellas personas que tienen más fragilidad, en el crónico y en todo aquel que es el inmovilizado.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Vázquez. Señora García Gómez, tiene la palabra.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: ¿De verdad a usted le parece que recuperar la normalidad es que un médico de Atención Primaria tenga que tener una agenda de 60 pacientes, COVID y no COVID? Señor Raboso, resopla usted, pero igual no es consciente de que un tercio de su hospital tiene patología COVID. ¡Esto a lo mejor lo que significa es que un tercio de nuestros hospitales no son necesarios!, ¡o de nuestras camas, porque antes ¿dónde estaban esos pacientes? A lo mejor es que estábamos sobre ingresando un 30 por ciento. Quiero decir, es que, cuando tienes la Atención Primaria absolutamente anegada y cuando tienes un 30 por ciento de los hospitales, ¡y un cien por cien de las UCI llenas de pacientes COVID!, obviamente aquí nos están faltando los pacientes no COVID. Y usted me habla de los datos, ¡me encantaría tener los datos!, o por lo menos un acceso. Solo tenemos acceso al MoMo, a los excesos de mortalidad. Vale. En la primera ola, efectivamente, mientras el exceso de mortalidad en toda España era de un 62 por ciento, en Madrid fue de un 197 por ciento. Vale, nos pasó la primera ola, pero es que ahora, en el mes de septiembre, si ve usted los datos del MoMo, el exceso de mortalidad de España es de un 10 por ciento. ¿Sabe cuánto es el exceso de mortalidad de Madrid? ¡Un 33!, un 33 por ciento, de los cuales un tercio de todo el exceso de mortalidad corresponde a Madrid, la mitad del exceso de mortalidad de los menores de 65 años, señor director general, señor Vázquez, corresponde a Madrid y un tercio de los mayores de 75 años corresponde a Madrid; exceso de mortalidad en el cual están el resto de patologías. ¿De verdad a usted le parece que esto es normal? ¿De verdad a usted le parece que hemos recuperado la normalidad en algún momento?

Mire, en la primera ola -me encantaría tener los datos de la segunda ola, pero es que no los tengo, ¿por qué?, porque no los publican- cirugías programadas suspendidas 15.000; ingresos programados, 53.000; consultas, un millón, y ¿usted nos viene a decir aquí que se han recuperado ese millón de consultas? Vamos yo creo que hacemos una encuesta entre los que estamos solamente en esta Comisión de Sanidad y alguno tenemos alguna consulta pendiente, consultas de revisión, consultas de crónicos, etcétera. ¿Usted me está diciendo que los casi un millón y medio de pacientes que se han dejado de ver entre marzo y junio se han visto este verano y ahora ya no tenemos ningún problema? ¿Y que además con esta segunda ola y un tercio de los hospitales anegados por el COVID no estamos teniendo ningún problema con el resto de las patologías? Es que me parece una vergüenza, no sé si ustedes, o no lo quieren analizar, o lo han analizado y es tan escandaloso que no lo quieren contar. A y B son ciertas. El problema es que aquí hay pacientes crónicos, oncológicos y vulnerables a los que estamos dejando de atender e, insisto, aunque el señor Raboso hace así con la cabeza, tenemos un 30 por ciento de exceso de mortalidad, señor Raboso, ¡un treinta por ciento! -el resto de España tiene un 10 por ciento-, de patologías que espero que su consejería haya estudiado y, por lo menos, se haya preocupado de qué ha pasado con esos pacientes que no han llegado al hospital por el colapso de nuestro sistema sanitario. Estas cifras, señor Vázquez, son cifras de colapso de un sistema sanitario, igual que lo había en agosto, lo hay ahora. Entonces, me gustaría que, por lo menos, fueran sinceros, ¡si no pasa nada! ¡Si todo el mundo entiende que hemos llegado tarde a esta segunda ola! ¡Si todo el mundo entiende que se nos ha vuelto a ir de las manos!, pero, por lo menos ¡no vuelvan a dejar abandonados a los pacientes COVID ni a los pacientes no COVID!, como ocurrió después de la primera ola. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García. Señor Vázquez, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Yo la verdad es que tengo otra lectura más sosegada porque, evidentemente, yo lo que no entiendo es de dónde saca que no hemos atendido ni atendemos a los pacientes urgentes, a los pacientes que necesitan una cirugía oncológica necesaria, es decir, todo eso se está priorizando. Por supuesto, que yo no voy a ser tan imprudente como para decirle que hemos vuelto a la normalidad; es que estamos en modo pandemia, no nos olvidemos de que estamos todavía en el segundo pico de la ola. También es cierto que la mortalidad en la Comunidad de Madrid, la letalidad es menor que en otras comunidades, ¡eso también es una verdad!, ¡fruto del trabajo y del esfuerzo de los profesionales tan maravillosos que tenemos en esta comunidad!, ¡no es por otra cosa! Fundamentalmente, yo entiendo que poco a poco -que es de lo que se trata- hay que volver a intentar ir, a medida que los pacientes COVID van desapareciendo porque hay menos contagios, activando la escalada, que es de la que estamos hablando ahora con cada uno de los hospitales en el plan de escalada para volver otra vez a la pseudonormalidad hasta donde se pueda. No olvidemos que, posiblemente, en enero haya una tercera ola, posiblemente menor, pero, evidentemente, habrá otra ola. En ese valle es donde tenemos que volver a retomar todas esas consultas y todas esas situaciones que se han demorado, no por urgentes o por necesarias sino porque se podían demorar. Ninguna persona en la Comunidad de Madrid, le puedo asegurar que, necesitando un trasplante, con una situación oncológica o en domicilio se le ha dejado de atender. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Señora García, dispone de cuarenta segundos.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Obviamente, yo no le he hablado de cirugías urgentes y cirugías oncológicas. Obviamente, trabajo en un hospital y sé perfectamente que la cirugía urgente no es demorable. Le estoy hablando de los pacientes crónicos, le estoy hablando de los pacientes no COVID, y usted me dice como que, bueno, que sí, que se han seguido atendiendo. Entonces, ¿de dónde viene el 33 por ciento de exceso de mortalidad?, ¿de dónde viene, señor Director General? Quiero decir, si a mí lo que más me preocupe es que a ustedes no les preocupe, que a ustedes no les haya preocupado. ¡Hombre!, ¿dónde está su preocupación? ¿Dónde están sus datos? ¿Dónde está el número, por ejemplo, de infartos que no han llegado al hospital en comparación con años anteriores? ¿El número de ictus? Usted me habla de trasplantes. ¡Hombre!, ¡que ha habido hospitales que se ha tenido que volver a suspender el programa de trasplantes!, ¡por favor! ¡De verdad! Es que parece que está bien que esto se lo cuente por ahí a la gente, pero es que yo trabajo en un hospital y he estado en un equipo de trasplantes, no me puede contar que todo ha seguido con normalidad, ¡porque no es verdad y porque está usted engañando a los pacientes, o les están ustedes engañando diciendo que esto se está llevando con total normalidad! Ya no se está llevando con total normalidad en los pacientes COVID y es que es muy preocupante el problema que vamos a tener con los no COVID.

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

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Y le vuelvo a preguntar: ¿qué planes tienen?, ¡si es que tienen alguno!, ¡porque me acaba de decir que va a haber una tercera ola! ¿Tienen algún plan para recuperar lo que no se hizo en la primera ola, y lo que no se ha hecho en esta segunda ola, para recuperar el exceso de pruebas diagnósticas suspendidas, el exceso de quirófanos suspendidos y el exceso de consultas? ¿Tienen algún plan, aparte de llamarlo obscenamente plan de elasticidad? Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora García. Señor Vázquez dispone de un minuto y medio.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Gracias. Como le he dicho, los datos de lo que registran los profesionales, en este caso, de Atención Primaria, que es donde está el crónico, refleja que se está viendo a los diabéticos, que se está viendo a los hipertensos y que se está yendo a los domicilios. En este caso, el 62 por ciento de la actividad de los profesionales de Atención Primaria es no COVID; por lo tanto, no se ha abandonado la patología no COVID. Estamos hablando del anticoagulado, del hipertenso, del inmovilizado, del crónico, del frágil.

En cuanto a los hospitales, es obvio que nadie está hablando de que haya una normalidad porque, insisto, estamos en una ola pandémica; lo que hay que hacer es distribuir de una forma equilibrada -esa es la diferencia que hay ahora con lo que hubo antes, que antes era todo modo COVID en el pico brutal de la pandemia que hemos tenido- y ahora, afortunadamente, se busca el equilibrio entre los dos escenarios. ¿Qué es lo que estamos proyectando? Evidentemente, ya se está

trabajando con Atención Primaria con los hospitales y con el Summa para que, evidentemente, se vaya recuperando, dentro de lo que es la eficiencia del sistema, el equilibrio de lo que es la parte COVID con no COVID, ¡por supuesto que sí! Muchas gracias.

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

———— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** ————

¿Ruegos y preguntas? *(Pausa.)* Se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 16 horas y 55 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



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

Asamblea de Madrid