

# *Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*



---

Número 259

16 de octubre de 2020

XI Legislatura

---

## COMISIÓN DE SANIDAD

### PRESIDENCIA

Ilmo. Sr. D. José María Arribas del Barrio

Sesión celebrada el viernes 16 de octubre de 2020

### ORDEN DEL DÍA

**1.- En su caso, C-342/2020 RGEF.7122.** Comparecencia del representante de la ONG Médicos del Mundo Comunidad de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Unidas Podemos Izquierda Unida Madrid en Pie, al objeto de informar sobre las barreras de acceso al sistema de salud en las personas en situación de vulnerabilidad en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

**2.- C-527(XI)/2019 RGEF.7887.** Comparecencia del Sr. Titular de la Viceconsejería de Humanización Sanitaria, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre planes, proyectos y actuaciones que tiene previsto desarrollar en el curso de la XI Legislatura. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).

**3.- C-915/2020 RGEF.12696.** Comparecencia del Sr. Consejero de Sanidad, a petición

---

del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre las medidas tomadas por el Gobierno en las últimas semanas en relación con la pandemia de COVID-19. (Por vía del artículo 209.1 b) del Reglamento de la Asamblea).

**4.- PCOC-1149/2020 RGE.15064.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Gábor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto, valoración que hace sobre la atención que se presta en los centros de Atención Primaria y Hospitalaria del SERMAS a las familias que reciben la noticia de que van a tener un hijo con discapacidad.

**5.- PCOC-1295/2020 RGE.19976.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Gábor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre destino que se va a dar al Hospital Isabel Zendal en los períodos libres de pandemias en la Comunidad de Madrid.

**6.- PCOC-1303/2020 RGE.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.

**7.- PCOC-1478/2020 RGE.22269.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Tania Sánchez Melero, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cuáles son las razones por las que no hay profesionales médicos y de enfermería disponibles para ser contratados en la Comunidad de Madrid.

**8.- PCOC-1538/2020 RGE.23004.** Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Diego Figuera Álvarez, diputado del Grupo Parlamentario Más Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre actuaciones que tiene previstas el Gobierno para reforzar los recursos asistenciales en Salud Mental para hacer frente al previsible aumento de la demanda de atención psicológica en la región como consecuencia de la crisis de la COVID-19.

**9.- Ruegos y preguntas.**

**SUMARIO**

	<b>Página</b>
- Se abre la sesión a las 10 horas y 30 minutos.....	15287

— <b>Modificación del orden del día:</b> retirada del punto tercero, C-915/2020 RGEF.12696. ....	15287
— <b>C-342/2020 RGEF.7122. Comparecencia del representante de la ONG Médicos del Mundo Comunidad de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Unidas Podemos Izquierda Unida Madrid en Pie, al objeto de informar sobre las barreras de acceso al sistema de salud en las personas en situación de vulnerabilidad en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).</b> ....	15287
- Interviene el Sr. Sanjuanbenito Bonal comunicando las sustituciones en su Grupo. . .	15287
- Exposición del Sr. Representante de la ONG Médicos del Mundo Comunidad de Madrid. ....	15287-15292
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, la Sra. Sánchez Melero, la Sra. Marbán de Frutos, el Sr. Sanjuanbenito Bonal y el Sr. Freire Campo. ....	15292-15308
- Interviene el Sr. Representante de la ONG Médicos del Mundo Comunidad de Madrid, dando respuesta a los señores portavoces. ....	15308-15309
— <b>C-527(XI)/2019 RGEF.7887. Comparecencia del Sr. Titular de la Viceconsejería de Humanización Sanitaria, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre planes, proyectos y actuaciones que tiene previsto desarrollar en el curso de la XI Legislatura. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).</b> .....	15309
- Interviene la Sra. López Montero, exponiendo los motivos de petición de la comparecencia. ....	15309-15310
- Exposición del Sr. Viceconsejero de Humanización Sanitaria. ....	15310-15314
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, el Sr. Figuera Álvarez, la Sra. López Montero, el Sr. Sanjuanbenito Bonal y el Sr. Freire Campo. ....	15314-15325
- Interviene el Sr. Viceconsejero, dando respuesta a los señores portavoces. ....	15326-15328
- Intervienen, en turno de réplica, la Sra. Lillo Gómez, la Sra. Joya Verde, el Sr. Figuera Álvarez, la Sra. López Montero y el Sr. Freire Campo. ....	15328-15332
- Interviene el Sr. Viceconsejero en turno de dúplica. ....	15332-15333

<b>— PCOC-1149/2020 RGE.15064. 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, con el siguiente objeto, valoración que hace sobre la atención que se presta en los centros de Atención Primaria y Hospitalaria del SERMAS a las familias que reciben la noticia de que van a tener un hijo con discapacidad. ....</b>	15334
- Interviene la Sra. Joya Verde, formulando la pregunta. ....	15334
- Interviene el Sr. Director General del Proceso Integrado de Salud, respondiendo la pregunta. ....	15334
- Intervienen la Sra. Joya Verde y el Sr. Director General, ampliando información. ....	15334-15336
<b>— PCOC-1295/2020 RGE.19976. 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, sobre destino que se va a dar al Hospital Isabel Zendal en los períodos libres de pandemias en la Comunidad de Madrid. ....</b>	15336
- Interviene la Sra. Joya Verde, formulando la pregunta. ....	15337
- Interviene el Sr. Director General del Proceso Integrado de Salud, respondiendo la pregunta. ....	15337
- Intervienen la Sra. Joya Verde y el Sr. Director General, ampliando información. ....	15337-15340
<b>— PCOC-1303/2020 RGE.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. ....</b>	15340
- Interviene la Sra. Cuartero Lorenzo, formulando la pregunta. ....	15340
- Interviene la Sra. Directora General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, respondiendo la pregunta. ....	15340-15341
- Intervienen la Sra. Cuartero Lorenzo y la Sra. Directora General, ampliando información. ....	15341-15343
<b>— PCOC-1478/2020 RGE.22269. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Tania Sánchez Melero, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se</b>	

<b>pregunta cuáles son las razones por las que no hay profesionales médicos y de enfermería disponibles para ser contratados en la Comunidad de Madrid.....</b>	15343-15344
- Interviene la Sra. Sánchez Melero, formulando la pregunta. ....	15344
- Interviene la Sra. Directora General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, respondiendo la pregunta. ....	15344-15345
- Intervienen la Sra. Sánchez Melero y la Sra. Directora General, ampliando información.....	15345-15347
<b>— PCOC-1538/2020 RGEF.23004. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Diego Figuera Álvarez, diputado del Grupo Parlamentario Más Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre actuaciones que tiene previstas el Gobierno para reforzar los recursos asistenciales en Salud Mental para hacer frente al previsible aumento de la demanda de atención psicológica en la región como consecuencia de la crisis de la COVID-19.....</b>	15347
- Interviene el Sr. Figuera Álvarez, formulando la pregunta.....	15347
- Interviene el Sr. Director General del Proceso Integrado de Salud, respondiendo la pregunta. ....	15347-15348
- Intervienen el Sr. Figuera Álvarez y el Sr. Director General, ampliando información..	15348-15350
<b>— Ruegos y preguntas. ....</b>	15350
- Intervienen el Sr. Freire Campo, la Sra. Letrada, la Sra. Sánchez Melero, la Sra. Lillo Gómez y el Sr. Figuera Álvarez. ....	15350-15352
- Se levanta la sesión a las 14 horas y 11 minutos. ....	15352



*(Se abre la sesión a las 10 horas y 30 minutos).*

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenos días. Se abre la sesión de la Comisión de Sanidad del día de hoy. En primer lugar, ya lo expuse en el chat de la comisión, pero el motivo de empezar hoy a las 10:30 es que me habían convocado para otra comisión a las 10:00 y no podía asistir a esta hasta esta hora.

Se ha recibido un escrito del portavoz del Grupo Parlamentario Socialista por el cual retira el punto tercero del orden del día, de conformidad con el artículo 107.3 del Reglamento de la Asamblea. Al tratarse de una iniciativa propia, procede su retirada y archivo sin ulterior trámite.

Pasamos a continuación a la tramitación del orden del día.

**C-342/2020 RGEF.7122. Comparecencia del representante de la ONG Médicos del Mundo Comunidad de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Unidas Podemos Izquierda Unida Madrid en Pie, al objeto de informar sobre las barreras de acceso al sistema de salud en las personas en situación de vulnerabilidad en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).**

En aplicación del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea, tiene la palabra -para lo cual pido que ocupe la tribuna- don Andrés Vergara Ferrer, en representación de Médicos del Mundo. *(Pausa.)* ¿Sí?

El Sr. **SANJUANBENITO BONAL**: Señor presidente, simplemente informar de una sustitución: a Eduardo Raboso le sustituirá en esta sesión Ana Dávila-Ponce de León.

El Sr. **PRESIDENTE**: Perfecto. Gracias, señor Sanjuanbenito. *(Pausa.)* Como ha traído presentación, ruego, por favor, a los servicios de la Cámara que permitan que pueda proyectarse. *(Pausa.)* Perfecto. Muchas gracias. Tiene la palabra por un tiempo máximo de quince minutos.

El Sr. **REPRESENTANTE DE LA ONG MÉDICOS DEL MUNDO COMUNIDAD DE MADRID** (Vergara Ferrer): Hola, buenos días. Yo soy Andrés Vergara, soy traumatólogo del Hospital Severo Ochoa; desde hace cuatro años soy voluntario en Médicos del Mundo Madrid en un programa de atención a mujeres en situación de prostitución y, desde hace solamente dos semanas, formo parte de la junta directiva, así que espero que sepan disculpar mi inexperiencia en esto.

Vengo a hablarles de las barreras de acceso a la sanidad que hemos encontrado en las personas que atendemos, y les agradezco de corazón que tengan tiempo y atención para escuchar lo que hacemos y lo que nos encontramos.

Médicos del Mundo es una ONG que trabaja desde 1992 en Madrid, y esto son casi 30 años trabajando. Tenemos dos grandes áreas de trabajo, que son: el Área de Género, Derechos Sexuales y

Reproductivos y el Área de Salud y Migraciones. Todos los datos que traemos hoy aquí pertenecen a esta área, al Área de Salud y Migraciones.

Médicos del Mundo es una ONG en la que trabajan, por un lado, los voluntarios y, por otro lado, las personas técnicas. El objetivo fundamental de la ONG es, precisamente, hacer real el derecho a la salud de todas las personas. El Programa de Salud para Todas las Personas se inicia en el año 2012, a raíz del Real Decreto 16/2012, en el que, debido a la pérdida de condición de asegurados de muchas personas, se encuentran sin asistencia sanitaria. Este real decreto se modifica en el año 2018 por el Real Decreto 7/2018, cambiando ligeramente alguna de las condiciones de acceso a la condición de asegurado. Esto se va aplicando en la Comunidad de Madrid a través de una serie de recomendaciones y de circulares, que son las que en la realidad hacen que personas que podrían tener derecho a la asistencia sanitaria no la disfruten o no la tengan.

El programa que llevamos consta, primero, de una persona técnica de proyectos; en segundo lugar, de una persona técnica de intervención, que ha venido hoy acompañándome por si tuviesen alguna pregunta que pudiera resolverles –que está al fondo de la sala y que se llama Cristina Hernández- y de 21 personas voluntarias.

La situación de pandemia ha cambiado mucho la capacidad que teníamos para trabajar; de hecho, solamente tres personas han sido capaces de colaborar durante el periodo de confinamiento. Y con este capital humano, es decir, con una persona de intervención y con tres personas voluntarias en pandemia, hemos sido capaces de detectar y de intentar resolver hasta 221 casos de exclusión sanitaria.

¿Y qué es lo que nos hemos encontrado? Vamos a clasificar las barreras para que sea más fácil, quizá, de explicar: en primer lugar, barreras administrativas; en segundo lugar, barreras por el tiempo de estancia; y, en tercer lugar, un grupo que llamaremos de hostilidad del sistema. Entonces, hemos encontrado 137 casos en los que existían barreras administrativas por las que estas personas no podían disfrutar de asistencia sanitaria gratuita: en 87 casos estos problemas fueron por el empadronamiento, al no poder aportar la documentación que se pedía; en 5 casos el problema era por la documentación, por la identificación de las personas, y estas personas -hasta 5- no tenían posibilidad de aportar el pasaporte; 33 casos -y sé que no es quizá competencia de la Asamblea- tenían problemas con el Instituto Nacional de la Seguridad Social y, por tanto, tampoco podían disfrutar de la asistencia sanitaria; 8 casos más correspondían a personas ascendentes de asegurados, pero que no tenían derecho a atención sanitaria, y que estaban en situación de precariedad, por tanto, no podían tampoco disfrutar de asistencia sanitaria; y otros 4 casos no estaban incluidos en ninguno de estos grupos.

Encontramos 11 personas que, por no poder demostrar su estancia mayor a tres meses en el territorio español no pudieron disfrutar de asistencia sanitaria y, de estos 11 casos, 7 eran mujeres embarazadas.



Y en cuanto a la parte que les decía de hostilidad del sistema, 35 casos eran de personas que habrían tenido derecho a atención sanitaria, pero que, o bien las instrucciones que habían recibido eran contradictorias o no se habían sentido respaldados por el sistema, o el sistema administrativo había hecho que, al sentirse maltratados, no acudieran o pidieran ayuda para ello. 23 casos eran de personas que habían acudido a la urgencia, que, de acuerdo con la legislación, sí que tenían derecho a atención sanitaria, pero que no habían hecho efectivo este derecho y no habían puesto sus papeles en regla: no habían conseguido el código DAR, de manera que acudieron a urgencia y, después de la atención sanitaria, se les reclamaba el pago de esta atención sanitaria. Y 15 casos eran casos de ascendentes, como efectivamente veíamos, que no tenían derecho a atención sanitaria, no veían reconocido este derecho de atención sanitaria, pero las alternativas que se daban, que es un seguro privado o un concierto con la sanidad pública, debido a la situación de precariedad económica, no eran una opción real para ellos.

Entonces, quizá, el quid de la cuestión está en cuáles son los requisitos para conseguir este famoso código DAR, que es lo que permite a las personas tener acceso a la sanidad pública a nivel de Primaria. Y aquí, claro, el diablo está en la letra pequeña. Todo esto, como les explicaba, viene regulado por el real decreto, pero se aterriza en estas recomendaciones que, por un lado, les pongo aquí a la izquierda, son del ministerio, de abril de 2019, y que, después, la Comunidad de Madrid traslada a los centros de salud en febrero de 2020 a través de una circular. Y esto lo que hace es poner las condiciones precisas de cómo se identifica a cada uno de los pacientes, por ejemplo. El problema está en que cuanto más excluyentes sean los requisitos, más gente se va a quedar fuera, de manera que sí que es muy importante leer la letra pequeña y ver en qué casos vamos a encontrar personas con dificultades para aportar esta documentación.

Entonces, si nos centramos en el documento del ministerio, hay cuatro grandes puntos. Primero, se pide identificar a la persona, y esto es importante y es fundamental; no se puede tratar a nadie que no se identifique correctamente, y por eso hace falta un documento que tenga foto. Si se fijan, aquí se dice que lo ideal es el pasaporte, pero que existe cualquier otro documento con foto que sería válido; y, en el caso de menores, con el certificado de nacimiento o el libro de familia sería suficiente.

El segundo paso es documentar que existe una residencia efectiva mayor a tres meses en el territorio español, y, para ello, dicen que quizá lo mejor es el certificado de empadronamiento, pero se ofrecen una serie de alternativas para personas que no puedan disponer de este certificado. Y les quiero llamar la atención especialmente a la última parte de este párrafo, que dice: "un documento expedido por una ONG". Después, hay que certificar también o acreditar que no existen terceros obligados al pago, o que no se puede exportar el derecho a sanidad pública desde otros países, y esto, sobre todo, en el territorio de la Unión Europea.

Además de estos cuatro puntos, estas recomendaciones tienen algo que me parece muy interesante y muy importante, y es que en algunos casos se puede sustituir toda esta documentación por una valoración social. Hay casos dramáticos que nosotros tratamos, hay mujeres en situación de

trata a las que las mafias les retienen el pasaporte o que durante mucho tiempo están en domicilios sin ningún tipo de empadronamiento, y cuando, por fin, escapan de la mafia ni tienen pasaporte ni tampoco tienen ningún tipo de empadronamiento. Sí existe en estas recomendaciones una manera o un mecanismo por el cual estas personas podrían acceder a la sanidad pública y, sin embargo, si leemos la circular que se remitió en febrero de 2020 por parte de la consejería, en esta circular solamente se desglosaba el punto 2, que no es tanto la identificación, sino el acreditar la permanencia, y lo que les decía, el diablo está en los pequeños detalles: sino explicamos a los administrativos de los centros de salud que también es válido un documento con fotografía, lo que nos encontramos nosotros a diario que lo único que se considera válido es un pasaporte en regla y, desgraciadamente, muchas de las personas con las que nosotros trabajamos o no tienen pasaporte, como les he explicado, o el pasaporte no está en regla, bien porque han llegado a España a través de las fronteras o porque están en situación de calle y todos estos documentos les han sido sustraídos. El hecho de que esta circular no refleje que existen alternativas al pasaporte, deja fuera a muchas de las personas que nosotros nos encontramos, pero, además, este segundo punto, que consiste en acreditar la permanencia en territorio español durante más de tres meses, pone el acento casi exclusivamente en el empadronamiento y tenemos también muchas dificultades de gente en situación de exclusión para conseguir este empadronamiento.

En este momento -les he dicho que estoy trabajando en Leganés-, y debido a la situación de pandemia, estoy precisamente trabajando en el hotel medicalizado. No tiene que ver con Médicos del Mundo, pero es para que vean que esta es una situación quizá mucho más habitual de la que yo mismo pensaba. Estas personas tienen que hacer la convalecencia en el hotel medicalizado, y muchas de las personas que están ahí lo están porque viven en situaciones de hacinamiento y no pueden hacer la convalecencia en su casa, pero también hay gente a la que los caseros les han echado porque tienen miedo de que contagien al resto de personas de la casa. Todas estas personas tienen verdaderas dificultades para acceder al empadronamiento, a pesar de que puede parecer relativamente fácil, pero, puede parecer relativamente fácil, desde, quizá, -y hablo por mí- mi posición de privilegio, y cuando nos ponemos en la piel de todas estas personas descubrimos que conseguir el empadronamiento es complicado y además en la situación de pandemia, es especialmente complicado porque tienen que hacer colas, tienen que ir a sitios, tienen que desplazarse, cosas que no están recomendadas en absoluto.

Esta circular de la Comunidad de Madrid considera también que puede existir imposibilidad para aportar el volante de empadronamiento, pero lo cierto es que calcula solamente la permanencia en España con el empadronamiento. Y esto es importante también, porque tenemos casos, como, por ejemplo, el de una persona que lleva aquí desde enero, que precisa atención sanitaria meses después, pero que no tiene el empadronamiento, y, sin embargo, a pesar de que puede justificar que lleva aquí más de tres meses por el sello de entrada el pasaporte, no se le facilita el código DAR, porque el empadronamiento no tiene una antigüedad de tres meses.

Otra de las cosas que no aparecen y que creo que resolvería muchos problemas es que, si recuerdan, en las recomendaciones previas hablaban de los certificados emitidos por las ONG, que en

este caso no está contemplado por parte de la Comunidad de Madrid. Y existe un cuarto punto que también está omitido, que es la situación social, es decir, el informe de trabajo social sería suficiente para incluir a estas personas en situación de vulnerabilidad extrema y facilitarles el código DAR, pero aquí no se contempla esta opción.

De manera que tenemos, quizá, cuatro grandes barreras, como les explicaba: la barrera del pasaporte; en las personas en situación de vulnerabilidad extrema el pasaporte es un privilegio del que no muchos disfrutan y el tener simplemente una cédula de identificación de su país con fotografía en la Comunidad de Madrid, debido a las instrucciones que se han dictado, no es suficiente a pesar de las recomendaciones que se habían emitido desde el ministerio. Lo que les contaba, esto es muy llamativo y se ve especialmente en situaciones de trata o en situaciones de sinhogarismo, precisamente, en los más vulnerables de los vulnerables.

La segunda gran barrera es el empadronamiento actualizado que exige poder empadronarse, y lo que les decía del hotel medicalizado, hay caseros que exigen más de 200 euros a sus inquilinos para poder empadronarse. Yo sé que esto probablemente no sea legal, pero es lo que nos encontramos a diario y creo que la Administración debería también contemplar estos casos.

La tercera barrera son los casos de facturación, de personas que tienen derecho, por ejemplo, por tener asilo o estar solicitando asilo y que no hacen efectivo este derecho de atención sanitaria, porque no se les explica o no lo conocen o no están familiarizados con cómo funciona nuestra sociedad y cuando necesitan atención sanitaria y se les presta en la urgencia, después se les reclaman facturas que pueden ser de miles de euros.

Y la última barrera es la aleatoriedad de los diferentes centros de salud. Esto nos pasa prácticamente todas las semanas, que si vamos a un centro de salud con los papeles para un trámite administrativo concreto en el turno de mañana no nos conceden el código DAR, pero si vamos en el turno de tarde, si lo conceden. Creo que esta semana Cristina precisamente estuvo en dos centros de salud, creo que fueron Valdebernardo y Humanes, y en una situación administrativa igual para dos personas distintas, en un caso se le concedió el código DAR y en otro caso no; y esto no creo que sea mala intención de los administrativos, esto lo que traduce es que no existe una cultura de homogeneización de procesos en todos los centros de salud. Si está claro el procedimiento por el cual se concede el código DAR y se renueva el código DAR, no cabe error o no cabe interpretación por parte de los administrativos. Creo que los administrativos están ahí para hacer las cosas lo mejor que pueden, pero necesitan esta formación y necesitan estas instrucciones claras por parte de la Administración.

¿Qué es lo que propone Médicos del Mundo para evitar precisamente todos estos casos que hemos detectado de exclusión? En primer lugar, creo que sería importante flexibilizar los requisitos documentales. Veíamos que no solamente se podía contar con el pasaporte en regla, se pueden contar con otros documentos oficiales, pero también con otros documentos que no sean solamente el pasaporte en regla. Creo que también sería bueno capacitar a las ONG, que son las que quizás

estamos en campo con las personas más vulnerables, para acreditar que esa persona lleva más de tres meses en España, y esto permitiría el acceso a todas estas personas que están en situación tan vulnerable y que no disponen ni de empadronamiento, ni de documentación. Creo que la mejor opción, desde luego, sería habilitar este cuarto punto que decíamos: un informe social, que, a lo mejor, se puede hacer a través de trabajo social, en el que una persona profesional valore la situación y el interés de facilitar a estas personas la atención sanitaria.

En cuanto al periodo de estancia, ¿qué es lo que propone Médicos del Mundo? Mire, me decían mis compañeros que quizá no les parecía muy atractivo traer de nuevo el Real Decreto 1216 porque fue un antes y un después para Médicos del Mundo, pero hay que reconocer que en el artículo 3 del real decreto...

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

El Sr. **REPRESENTANTE DE LA ONG MÉDICOS DEL MUNDO COMUNIDAD DE MADRID** (Vergara Ferrer): se consideraba que había situaciones especiales, como podían ser la infancia o las embarazadas, que independientemente del tiempo de estancia y por su extremada vulnerabilidad, debían de estar contemplados.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Vergara. A continuación se abre una intervención de los grupos parlamentarios por un tiempo máximo de diez minutos cada uno. Tiene la palabra la señora Lillo.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Buenos días, señorías. Buenos días, señor Vergara. En primer lugar, muchísimas gracias por estar hoy aquí y mostrarnos una realidad que creo que es necesaria y que tenemos que conocer. Por parte de nuestro grupo parlamentario esta iniciativa, esta petición de comparecencia, lleva ya bastantes meses registrada, porque entendíamos que incluso ya antes de COVID era una realidad que existían estas barreras, pero por COVID no se pudo celebrar. Entendíamos, sobre todo, viendo como hemos podido ver todos y todas, una serie de noticias en este tiempo, y lo que han supuesto esas barreras en una situación de pandemia, que era necesario por lo menos para romper esa lógica, porque, a veces, en situaciones de crisis parece que los nadie de nuevo son los que peor lo pasan. Yo creo que es una responsabilidad colectiva intentar evitar esa cadena. De nuevo agradecer esta comparecencia.

La verdad es que me llama la atención, me resalta y me sorprende o me entristece, porque esta es la realidad que vemos, que choca con la que hemos hecho en el trabajo parlamentario y me explico. En todo este tiempo hemos hecho varias peticiones de información para saber cuál era la realidad, para saber si se estaba garantizando la universalidad del acceso a ese derecho a la salud y yo le puedo decir que en todas las respuestas, en todas las peticiones, todo lo que se nos ha dicho sobre medidas que se están tomando para garantizar el acceso al sistema sanitario de salud de personas solicitantes de asilo que no pueden empadronarse por su situación de vulnerabilidad –una de las respuestas que usted nos ha dado- la respuesta es que “se informa de que el Gobierno de la Comunidad de Madrid cumple con el Real Decreto Ley 7/2018 que establece el reconocimiento del

acceso universal." Ante otra petición de información: "¿qué tienen previsto para garantizar el acceso a la salud de las personas solicitantes de asilo que no están pudiendo renovar el resguardo de presentación de solicitud de protección internacional o la tarjeta roja por falta de citas expedidas por el Gobierno de España?" La respuesta: "Se informa que el Gobierno de la comunidad de Madrid cumple con el Real Decreto Ley 7/2018 que establece el reconocimiento del acceso universal al sistema nacional de salud."

Otra pregunta: medidas que está tomando la Consejería de Sanidad para dar atención a menores y mujeres embarazadas –también usted ha explicitado ese caso concreto- que no llevan los 90 días en territorio español. Respuesta: se informa que el Gobierno de la Comunidad de Madrid cumple con el Real Decreto Ley 7/2018, que establece el reconocimiento del acceso universal.

Otra pregunta: medidas que está tomando la Consejería de Sanidad en relación con las personas que no pueden acreditar los tres meses de residencia y tienen una enfermedad grave, crónica o de declaración obligatoria. Respuesta: se informa de que el Gobierno de la Comunidad de Madrid cumple con el Real Decreto Ley 7/2018, que establece el reconocimiento del acceso universal.

Estas son las respuestas que hemos recibido durante todos estos meses y, evidentemente, estamos viendo y hemos podido testificar cómo no es así. En La Comunidad de Madrid no se está garantizando o quizá se están utilizando los propios huecos de la ley; y decimos los huecos de la ley porque, en teoría, desde ese real decreto, los inmigrantes tienen derecho a la sanidad, con la documentación en regla o sin ella, cuando el decreto tumbó esa norma que los excluía aprobada por el Gobierno de Rajoy en 2012. Insisto en que así parece que nos quiere hacer creer la Comunidad de Madrid, pero en la práctica esto choca, no solamente con los datos que nos cuenta usted hoy aquí sino que esa burocracia dificulta el acceso a la sanidad, y estamos hablando de que la burocracia está confrontando con lo que entendemos debería ser un derecho. Entendemos que esta es una situación que no se puede demorar más o que, por lo menos, tenemos que indagar y ver qué está pasando para evitar esa situación.

Y no es una cuestión estatal, puesto que hemos visto aquí que también hay un amplio margen en la Comunidad de Madrid para poder ir solucionando esas grietas, porque creo que no podemos seguir viendo titulares como, por ejemplo: la exclusión sanitaria a inmigrantes aumenta en Madrid durante la pandemia. Me dijeron que no podía hacerme una PCR por no tener papeles. Ingresada 23 días por COVID, enferma de cáncer y pendiente de un trasplante en Madrid, me quieren cobrar la atención sanitaria por no tener papeles... Eso está sucediendo en la Comunidad de Madrid y lo hemos visto en los medios de comunicación.

Y sobre las herramientas que tenemos, que planteaba usted la cuestión del DAR, yo le quería preguntar sobre la figura del transeúnte, porque en algunos medios hemos visto que la Comunidad de Madrid, cuando se le ha preguntado, establece que, aparte del código DAR, proporcionado por los centros de salud, en el caso de que no se facilite, a cualquier persona que va a un centro de salud, se le atiende de manera urgente y se le hace esa figura de transeúnte, para

garantizar entonces la atención sanitaria. Yo le quiero preguntar si tienen constancia, desde Médicos del Mundo, de que siempre se haya garantizado la atención sanitaria, que sin el código DAR, se haya hecho eso de la figura del transeúnte.

También quería hablar de las dificultades de la presencialidad que requiere el DAR, porque, si no me equivoco –y esto lo digo en una situación de pandemia-, hemos visto situaciones en las que, primero, una persona llama por teléfono y le dicen que por el empadronamiento le corresponde otro centro de salud y que tiene que ir presencialmente para el DAR, pero si llama y dice que tiene síntomas, le dicen que ni se le ocurra ir de manera presencial. Es decir, cuando se requiere presencialidad, a las barreras burocráticas que ya había antes, se añade la COVID y nos gustaría saber si no se han tomado medidas para remediarlo en una situación de pandemia, cuando estamos viendo las propias dificultades o la cuestión del confinamiento.

¿Cómo hacemos con la pescadilla que se muerde la cola, si con unos requisitos no se han adaptado ni siquiera a las circunstancias actuales, para que esa persona pueda salir de esa espiral de exclusión completa? ¡Porque no hay manera! El sistema no ha previsto nada. Ya no es que haya limitado los huecos de una ley, ¡no!, o haya dicho: voy a quitar los huecos de la ley. Es que tampoco se ha adaptado a esta nueva normalidad o a los requisitos y en otros aspectos hemos visto que sí lo han hecho. Es decir, en los centros de salud: hay que hacer circuitos COVID y no COVID. ¡Todo se ha ido adaptando, hasta aquí, en esta propia Casa, también con el teletrabajo! Pues eso parece que no ha llegado. De nuevo parece que es la parte más olvidada o que no queremos hablar de gente a la que no se le está garantizando el derecho a la salud.

A nuestro grupo nos llama la atención, sobre todo, que en una situación de pandemia, todo esto no se haya abordado, aunque hubiese sido desde el punto de vista más utilitarista, incluso egoísta, si me permiten, por una cuestión de salud pública. En una situación de pandemia en la que se está hablando de las PCR, de mantener controlados los focos, cómo se va a garantizar el control de los focos si decides que haya una parte de la población, por muy minoritaria que quieran hacer creer o muy pequeña que sea, que dejas fuera en una situación de pandemia; desde un punto de vista de salud pública, insisto, incluso desde un punto de vista egoísta -si se quiere ver así- que no se haya puesto esto en marcha.

En definitiva -y voy terminando-, yo creo que desde la ley sanitaria del Partido Socialista creo que el Sermas ha utilizado esos huecos de la ley o por lo menos no ha puesto todos los recursos necesarios para garantizar esas grietas, tanto los requisitos exigidos para introducirles en el sistema y la arbitrariedad a la que ha hecho usted mención. Creo que eso es una cuestión que es competencia de la Comunidad de Madrid, creo que es un reto y creo que entre todos y todas tenemos que evitar esa arbitrariedad, porque, además, entiendo que, con la saturación de los centros de salud y una saturación en los profesionales, hacer recaer esta decisión sobre los propios profesionales o los administrativos, creo que no les corresponde. Como bien ha dicho usted, no es una cuestión de buena o mala voluntad; es una cuestión de falta de información, y eso no es responsabilidad de los propios trabajadores sino de la Administración que tiene que dotar de las herramientas para que esto no

suceda. También está la situación de pacientes que, cuando consiguen zanjar el tema, que han obtenido el código DAR, después pasa un tiempo y se les da de baja; nos gustaría que nos pudiera dar alguna explicación a eso y qué soluciones se les pueda dar.

De nuevo, agradecerle que hoy estemos aquí. Yo invito al resto de los grupos a que hagamos un ejercicio y veamos qué tareas podemos hacer entre todos y todas para que esta situación no se dé, porque de lo que estamos hablando es de que no podemos ser responsables de esa arbitrariedad en los requisitos exigidos por el Sermas, las complicaciones propias del sistema, la saturación de los centros de salud, y que no solamente repercuten en la propia salud de estas personas sino que repercuten en la inseguridad jurídica –y aquí me voy a la parte de la salud mental– y también en la tranquilidad de ciertas personas que ven vulnerado un derecho, que no saben si van a poder ser atendidas, que no saben si le van a pasar una factura de miles de euros, cuando estamos hablando de unas personas, en muchos casos, con una vulnerabilidad muy alta y que no van a poder afrontar este coste.

Yo pido que hagamos el esfuerzo desde esta Casa para hacer todo lo que esté en nuestra mano. Yo creo que usted nos ha dado ideas de qué podemos hacer; espero que el resto de los grupos las compartamos y que podamos hacer algo para evitar esta situación y que, dentro de un tiempo, si vuelven a comparecer aquí, nos digan: gracias a la Comunidad de Madrid, el Sermas ha tomado una serie de medidas que nos facilitan el trabajo. Evidentemente, no se va a poder solucionar todo este problema, porque tiene unos factores socioeconómicos que van mucho más allá, pero en lo que podemos garantizar el derecho a la salud, que por nuestra parte no quede. Así que, de nuevo, agradecerle la comparecencia de hoy. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Lillo. A continuación tiene la palabra la señora Joya.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, señor presidente. Bienvenido. Gracias por aportarnos su experiencia en este campo. Claramente, tenemos un problema y es que hay un gran vacío legal y hay que tapar muchísimos huecos que hacen que personas que necesitan ser atendidas por nuestro sistema sanitario público, porque tienen una necesidad real y urgente, puedan recibir esa asistencia. Respecto a esos vacíos legales y esa falta de información que usted nos ha transmitido y que, personalmente, en mi profesión he vivido, creo que hay que analizar muy a fondo cuál es el problema y cuál es la causa de que, en función...

El Sr. **PRESIDENTE**: Señor Joya, a lo mejor tiene el teléfono cerca del micrófono, porque se acopla.

La Sra. **JOYA VERDE**: Ah, pues sí, puede ser. Ya no solo entre los distintos centros de salud sino incluso dentro de los distintos turnos de los mismos centros de salud, que eso lo hemos vivido, sino entre las distintas comunidades autónomas; en función de una u otra comunidad en la que viva una persona puede tener más fácil el acceso a esa prestación sanitaria. Entonces, yo creo que eso sería un buen punto de partida; es decir, para no someter a todas estas personas que van en busca

de asistencia sanitaria, debemos tener muy claro cuáles son los requisitos, cuáles son las condiciones que se tienen que cumplir y cuáles son los organismos encargados de poder acreditarlo y, a partir de ahí, tener una base común en todo el país, que hubiera unos criterios unificados.

Volvemos un poco -que lo estamos viendo mucho, por desgracia, durante ese tiempo- a las desigualdades que genera en muchas ocasiones el Estado de las autonomías; es decir, para algunas cosas puede ir bien, pero es verdad que la disparidad de criterios entre comunidades genera también muchas desigualdades. Yo creo que es muy importante que ahí unifiquemos criterios y acabemos con esa arbitrariedad que ahonda mucho más en esa desigualdad que de por sí ya existe.

Ustedes han sido invitados para informar sobre las barreras que tienen las personas vulnerables para acceder al sistema de salud. Es cierto que, cuando uno oye la palabra barrera, piensa en una barrera física, pero es evidente que hay barreras de muchos otros tipos. Al preparar mi intervención, sobre el tema del que usted viene a hablar, "barreras de acceso al sistema de salud en las personas vulnerables", he querido plantearme qué se entiende por vulnerabilidad, traer aquí el concepto de vulnerabilidad, traer aquí las situaciones de vulnerabilidad que tenemos; creo que usted, por su experiencia, seguro que también va a poder aportarnos mucho en este campo.

¿Quiénes son personas vulnerables? Porque hay personas vulnerables en tanto sentidos... Por ejemplo, vulnerables son las casi 365.000 personas con discapacidad que no ven cubierto su derecho a una asistencia sanitaria por barreras de todo tipo, incluidas las que se han estado comentando aquí, que también existen para esas personas. Querría que nos contara su experiencia en ese sentido y qué se puede aportar para mejorar el acceso a la sanidad y al derecho a la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad. También son vulnerables esas personas con enfermedades degenerativas y esos colectivos de personas con enfermedades raras, que no reciben la asistencia ni la atención que se merecen, porque no se invierte en investigación para tratar sus patologías; también son los menores que se utilizan en nuestra comunidad cada día, por ejemplo, para la mendicidad, que son sometidos a abusos; también son las mujeres -y usted ha hablado de ellas- sometidas a trata, a explotación y a la esclavitud sexual, que es un tema del que seguro tiene muchísima experiencia, que es una problemática que está aumentando cada vez más. Son mujeres explotadas por mafias; lamentablemente explotadas incluso, como hemos visto, por negocios privados. Yo quiero recordar ese caso tan lamentable de un centro privado que practicaba abortos, que se lucraba con esas mujeres embarazadas, sometidas a trata, que las mafias llevaban para practicarles los abortos. Hay que levantar la voz ante esas injusticias que se cometen.

También son vulnerables esas personas jóvenes con adicciones -seguro que ustedes también conocen la vulnerabilidad de esos jóvenes con adicciones-, que desarrollan verdaderas patologías, a los que a día de hoy salud mental no les está atendiendo como deben; también esas personas ancianas, con la llamada ahora soledad no deseada, en riesgo de suicidio. ¿Cómo se atiende eso? ¿Está el sistema sanitario dando respuesta a esas personas que tienen derecho a asistencia, que encuentran esas barreras, para que se vea satisfecho su derecho a la salud? Creo que esto es importante. Y, por supuesto, también son vulnerables todas esas personas con enfermedades



avanzadas, con enfermedades terminales, que mueren en sus casas mal, con dolor, abandonadas, sin que nadie pueda atenderlos, sin que nadie tenga formación en cuidados paliativos; esa vulnerabilidad de los ancianos, de esos enfermos terminales que mueren con dolor, que mueren mal porque no se les está dando la atención que necesitan...

Es tan amplio el concepto de vulnerabilidad y hay tantos problemas que resolver, que yo querría que, al menos en estos campos que le he nombrado, nos dijera cuál es su experiencia. Sé que son muchos puntos los que he tratado, pero ¿cómo cree usted que podríamos mejorar en estos conceptos de vulnerabilidad y en esta atención a todos estos colectivos vulnerables? Además, iinvisibles!, a veces mucho más invisibles que todas las personas procedentes de otros países, que los extranjeros que ven que tienen unos graves problemas de acceso a la sanidad, pero me atrevo a decir que muchos de estos otros colectivos vulnerables son mucho más invisibles que esos otros; que todos tienen derecho a su asistencia sanitaria, pero muchas veces no pensamos en ellos.

La pandemia ha cambiado muchas cosas; ha aumentado muchísimo más estos conceptos de vulnerabilidad. Hay personas que antes no se consideraban vulnerables, pero ahora lo son por culpa de la pandemia. Yo creo que seguro que usted también nos puede aportar, desde su experiencia, en qué ha cambiado el concepto de vulnerabilidad toda esta pandemia; cómo ve que puede evolucionar el concepto de vulnerabilidad y en qué puede cambiarlo esta pandemia que ha azotado nuestro país, y muchísimo a nuestra comunidad, y que ha generado, ha ahondado, ha profundizado y ha empeorado aún más la vulnerabilidad de las personas, generado una mayor emergencia social, que creo que ahora mismo tenemos que priorizar en la sanidad, en la educación, en la dependencia. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Joya. A continuación tiene la palabra, en representación del Grupo Parlamentario Más Madrid, la señora Sánchez Melero.

La Sra. **SÁNCHEZ MELERO**: Muchísimas gracias. Lo ha hecho usted divinamente; si estaba preocupado por ser novato, lo ha hecho muy bien. Le agradezco que esté aquí y que nos dé información de su experiencia, pero sobre todo le agradezco a usted, a la compañera que hoy le acompaña y a su organización, el trabajo que realizan.

Creo que, durante esta pandemia, organizaciones como la suya y como Médicos sin Fronteras, que también ha estado echando una mano en temas de hospitales de campaña, han demostrado que la sociedad civil es un pilar crucial en el bienestar de la comunidad y que es obligación de los poderes públicos cuidarles, atenderles y escucharles, sobre todo. Creo que su visión y su cercanía a los problemas y al terreno, les hacen una joya para el conjunto de la sociedad que deberíamos cuidar; así que, en este momento, mi granito de arena es este agradecimiento.

Querría hacer algunas reflexiones y también formular algunas preguntas, porque ha hablado de la situación en general y querría preguntarle concretamente por la situación COVID, sobre cómo se han vivido algunos elementos. Luego, al final, haré algunas reflexiones y expondré algunas ideas que me gustaría que validase si realmente ayudarían o no a resolver el problema de la expulsión o la no

entrada de personas migrantes en el sistema sanitario, un poco en la línea de lo que ha dicho mi compañera de Unidas Podemos.

Creo que es importante que estas comparencias no solo sirvan para que nosotros conozcamos la realidad, sino que sirvan también para que el Gobierno autonómico tome medidas, adopte decisiones al respecto y mejore las circunstancias. Para Más Madrid es claro que el no acceso a la asistencia sanitaria de las personas migrantes, o de cualquier persona que viva en una sociedad, es decir, tener una parte de la sociedad, la que sea, fuera de la asistencia sanitaria, es un problema inasumible para esas personas, pero sobre todo para la comunidad y para la salud pública de la sociedad en la que se vive. Si no podemos tener a todas las personas dentro del sistema sanitario y hay personas enfermas, que pasan procesos de enfermedad o de necesidad de asistencia y no la reciben, será más difícil prevenir enfermedades, controlar enfermedades e intervenir sobre las enfermedades. Yo creo que esto se lleva diciendo muchísimos años por las organizaciones sociales, pero creo que en mitad de una pandemia es más obvio que nunca y que todos hemos tomado conciencia de la necesidad de tener a todas las personas dentro de los sistemas sociales de atención sanitaria.

Quiero hacerle la primera pregunta y es que en muchos de los debates que se tuvieron cuando se suspendió el derecho universal a la salud, y luego, cuando se retomó ese derecho, con más publicidad que realidad, la ultraderecha y la derecha, sobre todo, planteaban que quién pagaba esto, como si todo en la vida siempre fuese el problema económico. Querría preguntarle si sus organizaciones, que trabajan en estos ámbitos, tienen algún estudio que haga una comparación entre los costes económicos de la atención a las personas que detectan que están fuera del sistema o que son expulsadas y los costes económicos directos de la no atención, que también los tiene: toda la burocracia, todas las veces que se hacen informes, todos los papeleos que hay que hacer a las personas que tienen que pedir ser atendidas y que no pueden ir a un centro sanitario y ya está; qué costes económicos tiene. También queremos saber si tiene estudios de los costes que llamaríamos de oportunidad, o sea, cuánto cuesta a la sociedad que haya personas desatendidas en el momento, que se les atiende tarde, que se les acabe atendiendo mal o que acaben contagiando a otras personas que sí tienen acceso a la sanidad. Creo que, si empezásemos a mirar los costes de las cosas en esos términos, en equilibrar los costes burocráticos con los costes de oportunidad, con los costes reales, con los costes de salud y con los costes sociales y emocionales, individuales y colectivos, quizá dejaríamos de decir que hay que tomar la decisión de suspender. Por no hablar de que –quiero recordar a sus señorías, que nos encanta darnos golpes de europeísmo e imponer asignaturas de Europa y de compromiso con Europa- la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, en su artículo 35, reconoce el derecho a la salud universal y, por tanto, creo que estamos fuera de la lógica europea y de los valores europeos cuando excluimos a los turistas.

A nosotros nos preocupa –igual que a la compañera de Unidas Podemos que me ha precedido- la paradoja que se da entre los inmigrantes y los turistas; en la figura del transeúnte 24 horas, cómo se decide que hay dos tipologías de personas extranjeras: las que alguien decide que son una amenaza para la sociedad y las que alguien decide que pueden ser atendidas porque no son una

amenaza para la sociedad. Las personas extranjeras son personas migrantes que vienen porque quieren tener una oportunidad en nuestro país; pero también son turistas; pero también son familiares de españoles que se han desplazado a vivir en otros lugares y que luego retornan y que tienen familias compuestas; son inversores chinos, que vienen a sus grandes negocios y pelotazos, que también a veces se pondrán malitos los hombres; son ejecutivos de grandes empresas a las que ustedes hacen favores económicos, que también se pondrán malitos los hombres. Si todo eso se regula, la posibilidad de la atención, no debe haber diferenciación entre unos y otros, porque, si no, pareciera –pareciera, no digo yo que en el caso de Marta, que mueve así la cabeza como que no- que el problema es el dinero y no el origen.

El Sr. **PRESIDENTE**: No hagan debates, por favor.

La Sra. **SÁNCHEZ MELERO**: Por tanto, creo que seríamos contrarios a los valores de Europa y a los principios fundamentales de cualquier valor ético, social y humano si mantuviéramos una legislación, una regulación y unas órdenes autonómicas que se fijaran en el dinero y no en el origen o en la condición social de las personas, que yo creo que es de lo que deberíamos hablar.

Le decía al principio que quería hacerle algunas preguntas sobre la pandemia. Creo que todos quedamos impactados con el caso del vecino de Lavapiés, de origen bangladesí, que llamó hasta seis veces a los servicios sanitarios, y que no fue atendido porque no fue capaz de hacerse entender y no se encontraba con los familiares que tenían conocimiento del idioma, por la situación de alarma, y que murió en su casa porque no fue capaz de hacerse entender. Por tanto, le querría preguntar por la figura de los traductores, que es otra barrera más que no se ha mencionado demasiado en su intervención, y si hay alguna propuesta o alguna valoración por parte de su organización de cómo podríamos tener un sistema de traductores que eviten barbaridades del tipo de que alguien muera en su casa porque no es capaz de hacerse entender.

Durante la pandemia ha habido un informe de Yo Sí, Sanidad Universal que denunciaba algunos elementos propios de la Comunidad de Madrid. Quería saber si lo conocen y si lo ratifican. Muchas comunidades ampliaron la cobertura sanitaria de forma muy generalizada para que no quedase nadie sin ser rastreado en esta situación. En cambio, la Comunidad de Madrid hizo una primera instrucción en la que ampliaba la situación de transeúntes y habilitaba al sistema para que cualquiera que llamase fuese incorporado, para poder estar en el sistema y poder seguirle, pero parece ser que al terminar el estado de alarma se borró a todo el mundo que estaba en situación de transeúnte 24 horas. Por tanto, desde el día siguiente, desde finales de mayo, no tenemos datos de personas que han podido estar en situación de contagio, porque han sido borradas. Si esto es así, querría saber cómo lo valora. En los mismos términos, parece que el ministerio amplió la temporalidad de esos transeúntes a seis meses y, sin embargo, la Comunidad de Madrid hizo una instrucción interna, que no termina de aparecer pero que hay quien ha explicado que les llegó a sus puestos de trabajo, por la que no se atendía a quien llevase menos de seis meses en España, en Madrid.

Para terminar, quería hacer algunas reflexiones y algunas propuestas, y quería saber qué opinión le merecen. La primera reflexión fundamental es que yo creo que la pandemia nos debe enseñar que la salud no es una cuestión de individuos y de sectores sociales, sino que debe ser cada vez más una cuestión del conjunto de la comunidad y, por tanto, los enfoques de atención sanitaria deben, cada vez más, tender a fijarse en el conjunto de la comunidad como un sistema interrelacionado en toda su extensión y no a la definición individual de la enfermedad ni de la afección ni de la situación burocrática ni de las condiciones económicas, sino que seamos capaces de tener una visión mucho más comunitaria que nos protegerá y nos hará una mejor salud pública para todos y para todas.

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

La Sra. **SÁNCHEZ MELERO**: Sí, ya termino. En relación con eso, a mí siempre me ha parecido que las escuelas y los centros de salud, e incluso los hospitales, son un magnífico primer acceso para toda persona que pueda estar fuera de las redes comunitarias, pero que para eso hay que dotar a las instituciones de mecanismos para que puedan incorporar a las redes comunitarias de atención y de cobertura a esas personas que estén fuera. El número de trabajadores sociales del Sistema Sanitario Madrileño es ridículo y querría saber si opina que nos iría mejor si ampliásemos el número de esos profesionales y lo hiciésemos más interdisciplinar.

Y, dos últimas preguntas. Además de lo que ustedes han detectado, ¿tienen alguna valoración de cuántos ni siquiera son detectados?

El Sr. **PRESIDENTE**: Termine ya, por favor.

La Sra. **SÁNCHEZ MELERO**: Y, la última, si no cree que esto –en línea con lo que decía al principio- también debe ser tratado como costes burocráticos. Es decir, el Partido Popular de la Comunidad de Madrid insiste mucho en que quiere reducir los costes burocráticos de las empresas, de los negocios...

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Se acabó su tiempo.

La Sra. **SÁNCHEZ MELERO**: Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Sánchez. A continuación, tiene la palabra la señora Marbán.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Gracias, presidente. Gracias a la ONG Médicos del Mundo. Gracias, señor Vergara, por estar hoy aquí explicando sobre todo las dificultades que hay ahora mismo para mejorar el acceso a la sanidad universal. Además, nos alegra mucho que lo haya enfocado desde el punto de vista de que la diferencia principal es que falta documentación para que esas personas, esos pacientes, pasen a estar dentro de nuestro sistema, y se lo agradecemos, porque es verdad que esos perfiles llevan aparejada una vulnerabilidad socioeconómica. Pero no es un problema de dinero, como han intentado interpretar algunos portavoces, porque está claro –aunque

nos cueste entenderlo o le parezca mal a la portavoz anterior de Más Madrid- que las personas que tienen dinero y tienen documentación tienen un acceso mejor, mayor o universal a la sanidad. Lo que hay que intentar es que a aquellas personas que tienen un problema con la documentación podamos canalizarlas para que accedan a la sanidad madrileña, porque está claro que una sanidad universal, pública y de calidad es mejor para toda la sociedad, para todos nosotros, y además lo hemos visto con esta epidemia: controlar a la población desde un punto de vista sanitario es controlar la epidemia. Y también lo hemos conocido con la figura del rastreador; una figura que se encarga de vigilar, de seguir al paciente o a esa persona que puede ser un posible positivo por COVID. Realmente, nosotros apostamos por que tiene que haber una sanidad universal y, respecto a los costes, yo creo que hay estudios de sobra que dicen que cuando tú tienes una sanidad pública fuerte, desde luego, estás invirtiendo en salud, invirtiendo en futuro en esa sociedad.

Lo que querríamos preguntarle a usted, es, igualmente, cómo planteamos las diferencias que hay entre distintos centros de salud, por la información que tengan, entre las distintas autonomías. Le queríamos preguntar también por la uniformidad en Europa. ¿Qué países lo están haciendo mejor? ¿Qué países ustedes creen que están estableciendo esos canales mucho más fluidos y, por lo tanto, en comparación con España?

Y ahí ya quiero centrarme en lo que está ocurriendo en la Comunidad de Madrid, en el progreso que se está haciendo tanto en la Atención Hospitalaria como en la Atención Primaria, y vamos al código DAR. Efectivamente, el código DAR, el de extranjero residente no asegurado, es el que establece la asistencia universal a las personas y, además, con una prestación farmacéutica, y hay una gran mayoría que sí que adquieren ese código DAR, que si es cierto –y yo creo que ahí es donde usted también he enclavado el problema- que cuando una persona extranjera tiene una residencia legal, a través del empadronamiento, que sabemos que es un documento relativamente sencillo, tiene ese acceso universal a la sanidad. Eso quiero recalcarlo. Es decir, tenemos a una gran mayoría que entra por los canales oficiales, porque tienen que tener documentación para poder ser pacientes y para que les puedan ver los médicos y entrar dentro del sistema; aunque sea un extranjero, si tiene una residencia legal, puede conseguir el código DAR y puede tener ese sistema.

¿Qué ocurre cuando tienes problemas, por ejemplo, con el Padrón, como usted ha explicado? Ahí me voy a los datos en los que la Comunidad lleva tiempo trabajando. Bueno, también hay una vía excepcional que no es solamente que trabajemos de una manera aislada en la Comunidad de Madrid, sino que solicitando al Ministerio de Sanidad la ampliación del aseguramiento por el INSS también esa persona extranjera podría mantener su seguro y su atención sanitaria. ¿Pero qué ocurre cuando esa persona no tiene un volante de empadronamiento? Hay que abrir los ojos a esa realidad que, además, creo que la pandemia así nos lo ha evidenciado, gente que, o bien no tenía una residencia estable, o bien les han echado de sus casas, y ahí sí que nosotros también aplaudimos y defendemos -siempre lo hemos dicho en este grupo político- la colaboración público-privada y que existan ONG que tengan una percepción muy cercana de los problemas y de lo que está pasando con estas personas, pero hay que trabajar de la mano con la Administración Pública. Es decir, seguramente haya que profundizar y ayudarles a ustedes como ONG pero al final hay que engranarse

en la Administración para que pueda entrar en el canal efectivo del sistema sanitario. Ahí la Comunidad de Madrid permite que, si no existe la capacidad de conseguir el volante de empadronamiento solamente con el registro a visitas de Servicios Sociales, podría tener ya acceso a la sanidad. Entiendo que ustedes también trabajan de la mano de los trabajadores sociales que no solamente hay en los centros de salud, sino en los ayuntamientos y en los servicios municipales, y seguramente entre todos tendremos que colaborar para limar muchísimas diferencias, pero creo que por lo menos la Comunidad de Madrid sí está intentando subsanar y trabajar en esto, porque entendemos que la sanidad universal es la que más nos va a proteger como sociedad. No podemos dejar a nadie atrás, sobre todo porque ya hemos evidenciado que en un problema de un caso positivo da igual la situación que tenga porque es desproteger a toda la sociedad.

Respecto a la posible diferencia que hay en los centros de salud, le quiero recordar que el 4 de febrero de este mismo año se remitieron desde el Sermas a todos los Centros de Atención Primaria las instrucciones correspondientes en relación con la acreditación de la residencia efectiva en España. ¿Por qué digo esto? El 4 de febrero de 2020 parece una fecha muy reciente pero todos los centros de salud ya tienen que tener esa información y es cierto que en otros debates que planteamos aquí no todos los centros de salud atienden de la misma manera, necesitamos que todos los profesionales se vuelquen, pero insisto, desde el 4 de febrero de 2020 todos los Centros de Atención Primaria deben tener esas instrucciones y en ese sentido lo que dice el procedimiento es que se puede sustituir por un informe del trabajador social esa valoración de la documentación presentada por el interesado, que sería la causa de la imposibilidad que usted está manejando. Aun así, seguramente haya pequeños problemas en algunos centros de salud. Creo que lo tenemos que trasladar a la consejería, al órgano pertinente, pero se están poniendo todas las herramientas disponibles para trabajar en casos excepcionales y, sinceramente, llegue el sistema sanitario de manera universal a todas las personas que residen en Madrid.

Un dato que hemos solicitado a la consejería es que se han registrado más de 6.000 personas sin aseguramiento público durante la pandemia por una sospecha de COVID o no. Creo que se está trabajando, creo que se está haciendo bien, creo que tenemos que seguir progresando y creo que es importante que usted también explique cuáles son los casos a los que no se está llegando pero, sinceramente, hay un esfuerzo y una voluntad por parte de la Consejería de Sanidad y también hay un esfuerzo y una voluntad a nivel nacional para que en los Consejos Interterritoriales la manera de trabajar entre todos sea común, y espero que a nivel europeo también tengamos ese mismo indicador para conseguir que todo el mundo acceda a la sanidad sobre todo, como nos ha evidenciado la pandemia, porque es salud y es futuro para nuestras sociedades.

Así que, muchísimas gracias, escucharemos su segunda intervención pero aquí tiene a todos los grupos para poderle elevar de alguna manera al Gobierno cuáles son esos casos excepcionales que todavía no están entrando en nuestro sistema de salud y que seguramente se resuelvan porque, ya le digo, creo que hemos dado muchos pasos en estos últimos años y más este último año, el 4 de febrero de 2020, con esa orden desde el Sermas a todos los Centros de Atención Primaria, la cual debería solucionar el problema que usted nos plantea hoy. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Marbán. A continuación tiene la palabra el señor Sanjuanbenito.

El Sr. **SANJUANBENITO BONAL**: Sí. Muchas gracias, presidente. Buenos días a todos y buenos días al doctor Vergara. Gracias por acompañarnos hoy en nombre de Médicos del Mundo. Le queremos agradecer en el Grupo Popular su exposición con relación al acceso universal a nuestro sistema de salud. No cabe duda de que la Comunidad de Madrid lleva tiempo trabajando para hacer que esta atención universal de nuestro sistema público sea una realidad a través de la puesta en marcha de diferentes políticas que son activas y eficientes. De hecho, la Comunidad de Madrid fue una de las primeras en establecer la asistencia universal para todas las personas y la prestación farmacéutica para aquellas personas con problemas económicos. Esto se produce en el año 2015, cuando se crea el código DAR, por lo que no hubo que esperar hasta el decreto de 2018. De esta manera, la Comunidad de Madrid viene prestando asistencia sanitaria y farmacológica desde agosto de 2015 a las personas que se encuentran en nuestra región en situación calificada como de irregular. Lo mismo sucede con las personas extranjeras que tienen residencia legal en nuestro país, estas pueden recibir atención sanitaria mediante su seguro médico y, si no, a través del Sermas mediante la normativa vigente. Efectivamente, aunque no son los colectivos sobre los que pesan todos estos problemas, son a los que fundamentalmente afectan los problemas burocráticos probablemente causados por la falta de homogeneidad y de claridad a veces de la norma y de las derivaciones de su desarrollo.

Todo esto arranca de una obligación legal que está en la Ley 4/2000, de derechos y libertades de los extranjeros en España, y su Reglamento de desarrollo, que es de 2011, que es la normativa que rige la política de inmigración y que establece que la autorización o registro de residentes en nuestro país conlleva el cumplimiento de un requisito fundamental, en este caso el aseguramiento público o privado de la enfermedad. En caso de que personas con residencia legal no tengan seguro privado, como antes les decía, existe la suscripción con el Sermas de convenios especiales de prestación de servicios siempre que lleven empadronados más de 12 meses. Estamos hablando todavía de residentes legales sin aseguramiento. Además, existe también la vía excepcional para atender a extranjeros con enfermedad sobrevenida durante la estancia, solicitando al ministerio una ampliación de ese periodo de estancia que en algunos casos conlleva el reconocimiento de condiciones del asegurado por el INSS -como ha dicho también el compareciente que ha explicado las diferentes vías- si se verifica además que no cuentan con recursos económicos suficientes para costear su atención sanitaria. En esos casos la Comunidad de Madrid les emite la tarjeta individual durante el periodo que determine el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Volviendo a lo que se decía en la Ley de Extranjería, y en lo que también tiene que ver con lo que decía el real decreto de 2018, que a día de hoy es la norma en esta materia, hay que recordar que el documento que acredita en España la residencia en un determinado municipio es el volante o el certificado de empadronamiento que elaboran los ayuntamientos, las Juntas Municipales y de Distrito correspondientes, y con carácter general la validez de ese documento es de 3 meses desde la fecha de su emisión. La presentación de ese volante es un criterio utilizado con carácter general para

acreditar la residencia en un municipio de la Comunidad de Madrid y es aplicable a todos los ciudadanos, esto quiero remarcarlo, a todos, independientemente de cuál sea su situación administrativa o legal en nuestro país y de su nacionalidad de origen. Para todos los que solicitan tarjeta sanitaria individual o cualquier otro documento acreditativo para la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, como digo, está el volante de empadronamiento.

Con el fin de garantizar –tampoco vamos a hacer todo el recorrido histórico de la legislación– la homogeneidad en el desarrollo del procedimiento que venía en el real decreto de 2018 –luego hablaré algo de alguna de las cuestiones que se han puesto sobre la mesa–, se hicieron públicas en junio de 2019, hace algo más de un año, las recomendaciones de las que nos hablaba también el compareciente, recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en el territorio poder recibir asistencia sanitaria. En esas recomendaciones, y no en otro lugar, se establece que, entre otros requisitos, los ciudadanos extranjeros no registrados ni autorizados deberán acreditar residencia efectiva en el territorio español por un periodo previo de 3 meses a través de un certificado o volante de empadronamiento de la comunidad autónoma prestadora de la asistencia sanitaria, con una antelación mínima de 3 meses.

Vamos a ver, los 3 meses del real decreto y de su desarrollo no son caprichosos. Los 90 días estaban en lo que la ministra Carmen Montón, cuando presentó este real decreto, dijo que eran medidas que se ponían para contener los posibles abusos de este reconocimiento de sanidad universal y que iban encaminadas a lo que se llama turismo sanitario, que entiendo que no tiene nada que ver con la asistencia humanitaria a personas que están en una situación de necesidad y en una situación administrativamente irregular en nuestro país. Entonces, los 90 días vienen de ahí, no vienen de ninguna otra parte, y no será mi grupo el que plantee su conveniencia o su adecuación a la realidad o no. Igual que había otras medidas cuando se elabora el real decreto, como por ejemplo los dos años de residencia para la lista de la ONT, porque al final también era otra manera de prevenir que en el sistema de trasplantes hubiera un desembarco –si me permiten la expresión– de personas que vinieran a España exclusivamente a un procedimiento de trasplante por no tener ese sistema en su país.

Y hay una tercera línea roja, por así decirlo, en lo que en su momento la doctora Montón dijo que era evitar los abusos, que tiene que ver con que las tarjetas sanitarias, que en España se emiten por parte de las autoridades regionales al albur del real decreto, solo tienen validez, única y exclusivamente, en el territorio español, porque lo cierto es que hay muy pocos países de la Unión Europea en los que se reconozcan estos derechos de asistencia a los extranjeros que están allí en situación irregular.

Estas tres cuestiones, como digo, están en el real decreto, y yo creo que no son temas sobre los que tenga que haber un gran desacuerdo, porque al final el real decreto de sanidad universal fue emitido por un ministerio ya en un Gobierno del Partido Socialista y no fue esta la razón por la que las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular teníamos reparos con respecto al real



decreto; de hecho, teníamos dos que siguen sin resolverse del todo y que hacemos votos por que se resuelvan: el primero era que entendíamos que con medidas como las del código DAR en la Comunidad de Madrid teníamos resuelto de facto –ya digo que la casuística es interminable, y aquí estamos para mejorar las leyes y para mejorar en lo posible el acceso de estas personas- el problema de esas personas que no estaban en ninguna de las categorías legalmente establecidas antes de la creación del DAR y el segundo era lo que decíamos las comunidades autónomas –y estaba yo en el Gobierno regional en el momento en que se discutía el real decreto-, que no estaba dotado económicamente, que no sabíamos cuál era el impacto económico que iba a tener en las cuentas de las comunidades autónomas. Eso no se ha resuelto, esperamos que se haga.

Lo que sí que querríamos decir es que la homogeneidad es importante también, porque, si ya es difícil el laberinto burocrático al que a veces los españoles por desgracia estamos atávicamente vinculados, y lo entendemos y lo sufrimos, para alguien -no digamos los casos en los que ni siquiera se encuentra a alguien con la capacidad de hablar en el idioma de la persona enferma- que está en situación de vulnerabilidad, en una tierra extraña, con un idioma que no comprende, se convierte en una verdadera tortura acceder a un servicio tan básico. Con todo y con eso, quiero decir que la Comunidad de Madrid en el año 2019 atendió a 100.000 personas que no tenían aseguramiento. Yo creo que hay que poner en perspectiva los datos, creo que nos haría mucho bien una clarificación de los procedimientos; de hecho, por tardar en desarrollar el real decreto, nos encontramos con la situación de que antes del real decreto era más fácil ser atendido que después de este precisamente por la confusión que aportaban todas esas posibilidades de las que hemos hablado. Pero, como digo, a pesar de todo ello, en la Comunidad de Madrid se ha atendido del orden de 100.000 personas sin aseguramiento el año pasado, y yo creo que eso es un logro del sistema público de salud madrileño, del Sermas, y de todos sus profesionales. Puede que algunos no estén preparados o que no haya quedado clara una instrucción, pero lo que sí sabemos es que nuestros profesionales atienden y atienden bien no solo en situaciones de emergencia, en las que jamás se dejó de atender, sino también en muchas otras; decía la señora Marbán que 6.000 personas durante el COVID por tener la enfermedad de facto, por tener sospecha de ello. Como digo, en un contexto de más de 100.000 personas que absorbe nuestro sistema de salud, y que creo que lo hace de una manera profesional y sin que ninguno de nosotros -o entiendo que la inmensa mayoría de nosotros- pongamos ninguna pega a que así sea, porque para eso estamos trabajando. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Sanjuanbenito. A continuación tiene la palabra, en representación del Grupo Parlamentario Socialista, el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señor presidente. Doctor Vergara, muchas gracias por su compromiso con Médicos del Mundo y por venir aquí a contarnos lo que nos ha comentado. También quiero mostrar el agradecimiento de parte de mi grupo al Grupo Parlamentario Unidas Podemos, que ha traído aquí a Médicos de Mundo y este tema.

Creemos que el tema que hoy ha traído aquí usted no es tanto el debate sobre toda la problemática que tiene la cobertura sanitaria en España sino muy específicamente la situación de

aquellas personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad especial. No nos referimos, como ha comentado la portavoz de Vox, a la ciudadanía que tiene situaciones de vulnerabilidad por cualquier tipo de discapacidad sino que nos referimos muy específicamente a grupos sociales que en gran medida están al margen de la sociedad normal; son aquellas personas que han venido huyendo de la miseria económica o de otro tipo de miserias en sus países, que han venido a España siendo objeto de la trata de personas, pero también aquellas personas nacionales, nativas de España que viven en la calle por distintos motivos y que, por lo tanto, están al margen de la ciudadanía normal que tiene una familia, un hogar, papeles... Ustedes se preocupan de esto, haciendo un inmenso favor no solamente humanitario sino también a esa sociedad que definimos como normal.

De todas maneras, el planteamiento de su atención sanitaria se enmarca en la reflexión sobre la cobertura sanitaria. En ese sentido, España ha avanzado mucho en los últimos años; cuando se aprobó la Constitución estábamos entre un 84 y un 85 por ciento más o menos de cobertura de la Seguridad Social, que realmente el Sistema Nacional de Salud es la expansión a toda la ciudadanía de la Seguridad Social. Posteriormente, en el Decreto 1088/1989, que pilotamos en el País Vasco, metimos a los colectivos de beneficencia que estaban fuera de la Seguridad Social, se les metió en la Seguridad Social a raíz de aquello, y el Sistema Nacional de Salud pasó a financiarse mayoritariamente por impuestos. Esto fue un gran avance. Y así estuvimos hasta el año 2012, con el Real Decreto de 16/2012, que fue una sacudida terrible en esta suerte de avance social que tenía España y que motivó un enorme problema para muchos miles de personas y la protesta y la organización de una parte importante de la sociedad civil, entre las que estaba Médicos del Mundo, Médicos sin Fronteras, Yo Sí, Sanidad Universal, agrupados en Reder, a los que creo que los representantes públicos debemos el reconocimiento por su contribución a hacer una sociedad más humana.

A partir del Real Decreto 16/2012, distintas comunidades autónomas, dependiendo de quién las gobernara, tomaron distintas posiciones -soy coautor de un artículo publicado en Health Policy sobre esta situación entonces-. Y claramente hubo un cambio importante en 2015. En 2015, a raíz de las elecciones autonómicas -lo ha mencionado el portavoz del Partido Popular, señor Sanjuanbenito-, que fueron en mayo y en junio se formó Gobierno, en el primer pleno que hubo el Partido Socialista trajo a esta Cámara una proposición no de ley que fue votada por unanimidad -creo recordar que también la votó el Partido Popular- para atender a aquellas personas que quedaban excluidas como efecto del Real Decreto 16/2012. En ese sentido, efectivamente, se tardó un poco, pero fue en agosto -creo recordar que el 21 de agosto- cuando el director general del Sermas de entonces publicó la norma. Evidentemente, esto ha sido un gran avance. El Partido Socialista -y me honra decirlo- ha estado al frente de todos los avances que se han dado en esto, en cobertura universal, en proclamar como derecho humano el acceso no solamente a la protección de la salud, que es un genérico, sino también a la cobertura sanitaria. Los avances de la medicina hacen que, hoy, tener acceso o no a ciertos tratamientos preventivos o terapéuticos marquen la diferencia entre vivir o no vivir o tener discapacidad o no tenerla. Una sociedad se valora en la medida en la que atiende a todos y en especial a los más vulnerables, a esos que trae usted hoy a considerar aquí.

Ciertamente, en esta perspectiva, nosotros hemos planteado siempre que es preciso avanzar. De hecho, creo que el Partido Socialista, cuando se dio el cambio de Gobierno por la moción de censura, tardó un par de meses en hacer el Real Decreto-Ley 7/2018. Evidentemente, ese real decreto-ley supuso en unos aspectos un avance, pero abrió problemas; algunos de los problemas que abrió los trae usted hoy aquí. De hecho, para solucionarlos se publicó exactamente en junio de 2019 unas recomendaciones con instrucciones, que creo que son las que usted ha planteado; instrucciones que, por cierto, señor Sanjuanbenito, tardaron varios meses, casi un año, en ser transpuestas a Madrid en unas recomendaciones, pero, bueno, se han hecho. Entonces, estamos en estos momentos en una situación en la que claramente hay un sector de nuestra sociedad, que vive con nosotros, que está en una situación muy peculiar, que cae fuera de las redes sociales normales, y son personas que tienen una necesidad muy especial; además, esto tiene una repercusión extraordinaria en su salud y en la salud de todos, aunque a algunos no les parezca.

Hoy ha planteado usted, y son muy importantes, varias cosas. Una de ellas -yo rogaría a los grupos parlamentarios que apoyan al Gobierno que tomaran nota- es el hecho de que, efectivamente, los informes de los trabajadores sociales fueran tenidos en cuenta de una manera casi automática a la hora de hacer frente a los problemas de cobertura y de atención, sin más dilación. Además, estos casos son diferenciables de los otros, por ejemplo, de los que piden un planteamiento reglado vía solicitud de asilo. El Gobierno ha informado recientemente -precisamente a una petición de la diputada Vanessa Lillo- de que en estos momentos había como 2.742 personas en trámite -que el trámite se puede hacer más breve todavía-. Pero, al margen de eso, hay situaciones que no están en esta vía formal, que son las situaciones que ustedes y otras organizaciones y ONG atienden. Yo les pediría a los diputados que apoyan al Gobierno que, efectivamente, hicieran que el informe de los trabajadores sociales y también de las ONG, como ustedes, que están comprometidos, tuvieran este valor automáticamente.

Es importante también señalar que estos problemas no son únicamente propios de Madrid. Sería útil también -y es otra petición que hago a los grupos que apoyan al Gobierno- que se uniformizara la atención a estos colectivos. Usted ha mencionado algo de lo que muchos diputados somos testigos, porque nos llegan estas quejas, que dependiendo del centro donde uno vaya la petición de ayuda tiene una recepción u otra. Entonces, son cosas fáciles -entre comillas- de mejorar.

Por otro lado, me agrada poder decir que la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso planteó como punto clave la universalización y la cobertura a todos los colectivos, y de una manera especial -leo textualmente- "impulsar y adoptar las modificaciones normativas, legales y reglamentarias necesarias para garantizar la efectividad del derecho a la protección de la salud a través del acceso universal al Sistema Nacional de Salud" -cierro comillas-; se refiere a que el Real Decreto-Ley 7/2018 sea tramitado como...

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor presidente. Sea tramitado cubriendo algunos de los agujeros que tiene, que ciertamente pueden y deben ser mejorados. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Para cerrar el debate, tiene la palabra el señor Vergara por un tiempo de diez minutos. (*Rumores.*) Diez minutos. (*Rumores.*) Lo que le dé tiempo; organícese como considere. Gracias.

El Sr. **REPRESENTANTE DE LA ONG MÉDICOS DEL MUNDO COMUNIDAD DE MADRID** (Vergara Ferrer): En primer lugar quiero agradecerles a todos sus preguntas. Ya les digo que llevo dos semanas en la junta directiva, venía muy asustado y su amabilidad me ha consolado mucho. En según lugar, evidentemente, no puedo responder a todas estas preguntas, pero, si aceptasen nuestra invitación, estaríamos más que dispuestos a llevarles a nuestra sede, a explicarles despacio y vean todo lo que hacemos en campo. Yo estoy en el programa de prostitución, que quizás me parece el más bonito, y les invito a venir conmigo cuando ustedes quieran.

Con respecto a lo del TIR y el DAR, sí es verdad que estos dos códigos distintos están, pero la procedencia de estos códigos es especial. Cuando una persona acude a urgencias se genera un código, que tiene una caducidad de veinticuatro horas, que nos permite atender a esa persona en urgencias, sin que esto impida que después se facture a esta persona la atención sanitaria; estos son los transeúntes. La diferencia está en que el DAR se hace en los centros de salud y da acceso solamente a Atención Primaria, no a atención especializada; esto también es una cosa diferencial, pues el impacto económico siempre va a ser menor si solamente se puede dar Atención Primaria. El problema está en que muchas de las personas con derecho a la sanidad reconocido no tienen la capacidad ni las habilidades ni la posibilidad de conseguir el reconocimiento de este derecho, y cuando llegan a urgencias del hospital se les genera un código TIR y ya empieza todo este calvario de facturas y demás.

Por eso, yo creo que la idea -lo decía también el doctor Freire- es ser capaces de visibilizar a esta parte más minorizada de la población, porque entiendo, como decía la señora Marbán, que hay muchos extranjeros que están registrados y que pueden tener los papeles en regla, pero creo que nosotros como ONG y ustedes como poderes públicos tenemos que poner un ojo especial en la gente que está más minorizada y la gente que tiene menos posibilidades. Efectivamente, quizás el padrón es el mejor documento, pero no podemos olvidarnos de que existen situaciones especiales en las que las personas son incapaces de conseguir estos papeles. Por eso, me anima mucho todas las preguntas que han hecho ustedes, porque de alguna manera todos han sido capaces de recoger algunas ideas que les he aportado y hacerlas propias; igual después son capaces de, por lo menos, poner estos pequeños puntos en marcha.

Quizás la primera petición de mi carta a los Reyes Magos sería lo que decían de la homogeneidad; también lo decía la doctora Joya. La homogeneidad sería quizá transponer completamente estas recomendaciones que se hicieron en el año 2019 -creo- a la Comunidad de Madrid. Lo que se ha hecho ha sido suprimir el punto 4 y quitar la parte de las ONG. Creo que esto

sería una cosa relativamente sencilla de hacer y nos facilitaría mucho las cosas para conseguir volver a llevar a todas estas personas a las redes de la sanidad.

La segunda petición de la carta a los Reyes Magos sería incluir a las mujeres embarazadas y a los niños, independientemente del tiempo que lleven en España. Creo que esto también se puede conseguir y se puede hacer.

Quizá la tercera petición que me gustaría destacar, que está muy bien en las recomendaciones, sería considerar que, incluso siendo muy exhaustivos con todos los papeles y muy rigurosos diciendo cuál es la caducidad de cada papel, siempre tiene que existir la posibilidad de tener una valoración por Trabajo Social, porque yo llevo ya cuatro años en Médicos del Mundo y cada día que pasa me quedo más sorprendido de las cosas que veo. Es imposible que piense en las complicaciones o situaciones que puedan tener las personas que voy a ver dentro de dos años, que a lo mejor es terrible. Además, estamos viendo que en la situación de pandemia las cosas son cada vez peor. Luego que exista un mecanismo, que se contempla en el punto 4 de las recomendaciones, en el que alguien experto, perteneciente a la Administración o no, sea capaz de incluir a estas personas más vulnerables, extremadamente vulnerables, en el sistema creo que es una cosa que sería relativamente sencilla de hacer; repito, ya existe en las recomendaciones. La verdad es que de esto no entiendo y a lo mejor me estoy metiendo en un jardín, pero creo que es relativamente sencillo que unas recomendaciones que se han hecho en el año 2019 para todo el territorio español se puedan transponer casi textualmente a la Comunidad de Madrid.

Nada más sino reiterarles mi agradecimiento y la invitación a venir cuando quieran.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Vergara. Aceptada la invitación, quedamos a la espera de poder concretar una cita. Muchas gracias por la intervención y bienvenido. Pasamos al segundo punto del orden del día.

**C-527(XI)/2019 RGEP.7887. Comparecencia del Sr. Titular de la Viceconsejería de Humanización Sanitaria, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre planes, proyectos y actuaciones que tiene previsto desarrollar en el curso de la XI Legislatura. (Por vía del artículo 210 del Reglamento de la Asamblea).**

Ruego al viceconsejero de Humanización Sanitaria, señor Antón, que ocupe su lugar en la mesa; bienvenido. (*Pausa.*) Para introducir los motivos de la comparecencia, tiene la palabra en representación del Grupo Parlamentario de Ciudadanos la autora de la iniciativa, señora López, por un tiempo máximo de tres minutos. Gracias.

La Sra. **LÓPEZ MONTERO**: Muchas gracias, señor presidente. Buenos días, señorías, y bienvenido, señor viceconsejero. Estamos encantados de recibirle en esta comisión, por primera vez en esta legislatura. Hace ya más de un año que fue nombrado Viceconsejero de Humanización

Sanitaria, pero con el tsunami de la pandemia que estamos viviendo, todavía no habíamos tenido oportunidad de que viniese a la Asamblea para darnos a conocer las líneas de trabajo que están desarrollando en la viceconsejería que dirige.

Los debates, como es normal, han estado centrados en la situación de emergencia que estamos viviendo y en los efectos que está provocando en la sanidad madrileña. Sin embargo, aunque seguimos todavía en plena pandemia, también existen otras muchas necesidades y actuaciones que son de enorme importancia y que, además, también, de forma directa o indirecta, van a impactar en cómo salgamos de la crisis del coronavirus y en cómo afrontemos sus consecuencias, una vez que la COVID deje de ser una cuestión crítica.

El concepto de humanización hace referencia al abordaje integral de la persona, donde interactúan sus dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Desde esta perspectiva, se debe dar igual importancia a las necesidades sociales, emocionales y psicológicas que a las propiamente físicas, y ello significa hacer referencia a la persona en su conjunto en todo lo que se realiza, tanto para promover como para proteger la salud. En esta comisión tenemos diputados médicos y usted mismo lo es también, lo cual está muy bien; pero en lo que sí coincidimos todos, y lo que nos une a absolutamente todos los ciudadanos, es que todos hemos sido, somos o seremos pacientes.

Otra área de vital importancia, en el marco de su consejería, para el Grupo Parlamentario de Ciudadanos es la investigación sanitaria. Para nosotros es fundamental que se fomente el avance científico y que se facilite la integración de esos avances en la práctica clínica. Como saben y ha quedado remarcado en esta pandemia, de esto mismo depende que podamos obtener tratamientos, métodos diagnósticos y vacunas frente a la COVID, pero también, frente a muchísimas otras enfermedades graves.

Las competencias de su consejería son, por tanto, de vital importancia para la sanidad madrileña: humanización, investigación sanitaria e inspección; por eso, le hemos invitado para que nos dé a conocer sus líneas de trabajo durante esta legislatura. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora López. A continuación tiene la palabra el Viceconsejero de Humanización Sanitaria, señor Antón, por tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE HUMANIZACIÓN SANITARIA** (Antón García): Muchas gracias, señor presidente. Muchas gracias también a la señora diputada Noelia López por permitir que podamos llevar a cabo esta primera comparecencia. Quisiera que mis primeras palabras fueran de recuerdo a todas las personas que están sufriendo o que han sufrido las consecuencias directas de la pandemia que estamos padeciendo todos, como sociedad; a todas las personas que han perdido a un ser querido o que han sufrido la enfermedad en primera persona, para expresarles a todos mi más sincero apoyo y mi más sincero afecto.

Y también creo que es obligado -y además lo hago de todo corazón- un reconocimiento expreso y un profundo agradecimiento a todos los profesionales de la sanidad madrileña, por el enorme esfuerzo que están llevando a cabo en estos momentos, por poner de manifiesto toda su vocación, toda su profesionalidad, toda su entrega, todo su coraje; todos -creo- que son dignos de la mayor admiración y constituyen un ejemplo para todos nosotros. Y creo que en especial, además, este homenaje debe ser para todos aquellos que lo han dado todo, que han dado incluso su vida. Concretamente, en la Comunidad de Madrid, si no tengo mal los datos, son 29 profesionales, 21 de ellos del Sermas, que lo han dado todo, como digo, en su lucha contra la enfermedad. Creo que tenemos con ellos un reconocimiento y una deuda eterna, difícilmente pagable, y creo que debemos hacer en algún momento algún tipo de reconocimiento, junto con el resto de personas, de otros trabajadores, no solamente sanitarios, que se han dejado su vida en la lucha contra esta pandemia. Creo que debemos hacer algún acto de agradecimiento desde esta Asamblea.

Dicho esto, señorías, comparezco en esta Cámara como Viceconsejero de Humanización Sanitaria para darles cuenta de los principales proyectos que estamos desarrollando y que pretendemos desarrollar a lo largo de toda la legislatura. Y es verdad que lo hago por primera vez, más tarde de cuando me hubiera gustado hacerlo, pero las circunstancias que se han dado han impedido hacerlo antes. Quiero también por ello trasladarles desde este momento mi disposición al diálogo, mi disposición al entendimiento con todos ustedes y a la búsqueda de consensos, a que trabajemos todos juntos por encima de cualquier diferencia que podamos tener, iy las tendremos! Seguro que tendremos distintas formas de enfocar los problemas, pero crean que mi voluntad es que vean en mí una persona absolutamente receptiva a las sugerencias y también, claro -¡cómo no!-, a las críticas, a las buenas propuestas que puedan venir desde cualquier banco de este Parlamento, porque, sinceramente, creo que mi propósito, igual que el suyo, es el mismo: contribuir a tener una mejor sanidad y un mejor sistema sanitario público en nuestra comunidad; y como es el mismo objetivo el que nos une a todos, estoy seguro de que vamos a ser capaces de trabajar juntos.

Para cumplir este objetivo, puedo decirles que he encontrado en la consejería unos profesionales extraordinarios. Me he sentido desde el primer momento muy bien acogido y quiero también resaltar y agradecer la implicación de todos ellos en los muchos proyectos que, desde las áreas que competen a esta viceconsejería, se están abordando.

En seguida me centraré en ellos y haremos un repaso, en el tiempo que me permita esta exposición -intentaré no pasarme de esos diez minutos-, pero también quiero hacer un repaso rápido de las áreas específicas que, con motivo de la emergencia, de una manera extraordinaria se han abordado desde las distintas direcciones de la viceconsejería; por ejemplo, lo que se ha realizado en el ámbito de los medicamentos y productos sanitarios.

Señorías, hemos asegurado la organización, durante los peores meses de la pandemia, de la dispensación a domicilio por parte de las oficinas de farmacia, y también el suministro de los servicios de farmacia hospitalaria a los pacientes, impulsando el envío de los medicamentos a través de una red de voluntarios en todos los hospitales de la comunidad. Eso fue algo importante.

También se ha realizado la evaluación de más del 55 por ciento de las reacciones adversas a los medicamentos que se utilizaron durante la COVID-19 para contribuir a la seguridad de los tratamientos, y también se dispuso un procedimiento especial para garantizar la distribución controlada de medicamentos, como la hidroxiclороquina y cloroquina fosfato, con el objeto de evitar desabastecimientos en aquellos pacientes crónicos que la estaban utilizando, ante la creciente demanda que hubo de este medicamento durante unos meses, cuando se le daba más importancia a su uso de la que luego realmente se demostró que tenía.

También se puso en marcha una plataforma de Info Familiares, que facilita la información periódica por parte de los profesionales sanitarios a los familiares y allegados de pacientes ingresados. Se proporcionaron 1.400 tablets para favorecer el contacto entre estos pacientes con sus seres queridos.

Asimismo, se han coordinado y gestionado los ofrecimientos de profesionales sanitarios, voluntarios, funcionarios de otros cuerpos y estudiantes de ciencias de la salud comunitarios foráneos para la contratación durante esta pandemia de COVID, así como el retorno de profesionales sanitarios españoles y residentes en el extranjero en las semanas más críticas de la pandemia.

También, como saben, ante la situación epidemiológica y la enorme presión asistencial, que durante semanas sufrieron los centros hospitalarios de nuestra comunidad, fuimos los responsables de gestionar la habilitación de establecimientos hoteleros para prestar atención y cuidados a los pacientes cuyo seguimiento debía realizarse en condiciones de aislamiento y proximidad a los servicios sanitarios. Han sido más las acciones, pero tampoco tengo tiempo para entrar con detalle en todas y cada una de ellas.

Pero, como ya les he dicho, el esfuerzo adicional realizado para dar respuesta a esta situación de pandemia no nos ha desviado de nuestro objetivo esencial de mejora. Puede que algunos proyectos se hayan retrasado, pero, insisto, no nos han desviado. Es un objetivo que inspira en todo momento y en cualquier circunstancia cada una de nuestras acciones, que están encaminadas a conseguir que nuestra sanidad pública sea más universal -hemos visto antes lo importante que es ello-, más solidaria, más cercana, más accesible, más integrada, más innovadora, más eficiente y más sostenible, y, por supuesto, de la máxima calidad técnica, pero también humana. Para ello, y como con el resto de proyectos, estamos trabajando en la reformulación del Plan de Humanización para el periodo 2020-2023, con el objeto de adaptarlo a la situación y nuevas necesidades derivadas de la pandemia.

Señorías, nosotros concebimos la humanización como un compromiso activo y como una responsabilidad personal que se forja día a día cuando proveemos atención y cuidado a nuestros pacientes. En este sentido, hemos creado un banco de experiencias que hemos denominado "Iniciativas que humanizan", con el que pretendemos dar mayor visibilidad a muchas de las experiencias que, en el tema de humanización, se vienen desarrollando en nuestros centros sanitarios, que, muchas veces, lamentablemente, quedan conocidas solo en el entorno donde se están aplicando.



Creemos que es importante que lo que se hace bien en un sitio sea conocido en los demás, y que pueda, en buena medida, ser imitado o ser copiado. Creemos que es un proyecto que tiene que prosperar.

Y, desde luego, queremos también crear un premio a la excelencia en humanización. Creemos que es una forma de dar visibilidad, de reconocer el esfuerzo que muchos profesionales están haciendo a favor de la humanización, y creo que hay que apostar por reconocerlo y por dar esa visibilidad.

Vamos, también, a continuar consolidando el proyecto de la Escuela Madrileña de Salud, haciendo que sea todavía más participativo y promocionando la plataforma virtual de aprendizaje, para favorecer la equidad en el acceso a estas actividades, incrementando el abanico de recursos didácticos, de intervenciones educativas multimedia en todos los ámbitos y, especialmente, en los relacionados, cómo no, con la COVID-19.

Entre las iniciativas que tenemos previstas en materia de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, se va a desarrollar la nueva Estrategia de Seguridad del Paciente para el periodo 2021-2025. Puedo después, quizá, ampliar más información, pero este sería ya el cuarto ciclo de planificación que se realiza en nuestra consejería. Nuestra consejería ha sido de las primeras en trabajar en este tema tan importante, como es el de la seguridad del paciente, y por el que, sin duda, nosotros apostamos en continuar trabajando y potenciando esta área.

Con el doble objetivo de satisfacer las expectativas y necesidades de los ciudadanos, así como de involucrar a todos los profesionales en la prestación de los servicios sanitarios innovadores y más eficientes, esta estrategia se va a centrar en la participación de pacientes y de profesionales asistenciales de primera línea, priorizando el papel de ambos como líderes de la seguridad clínica.

Y, señoría, nos proponemos también fortalecer el liderazgo de la Comunidad de Madrid, concretamente el de la Consejería de Sanidad, como referentes en la formación sanitaria. Entre otros proyectos, vamos a desarrollar uno de formación de directivos sanitarios...

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

El Sr. **VICECONSEJERO DE HUMANIZACIÓN SANITARIA** (Antón García): Para avanzar de manera decisiva en su profesionalización. Dado que tenemos poco tiempo, sí me gustaría destacar, dentro de esos proyectos de formación, que esto se va a dar en cuatro grandes ejes, sobre los que se van a articular nuestras líneas de actuación, que son: las personas, el fortalecimiento de la estructura de investigación sanitaria, la internabilización y el retorno a la sociedad.

No puedo finalizar sin mencionar también proyectos relacionados con la investigación...

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que terminar ya.

El Sr. **VICECONSEJERO DE HUMANIZACIÓN SANITARIA** (Antón García): Sí. Vale. Bueno, entonces, dado que efectivamente el tiempo se me acaba, aprovecharé después el segundo turno, además de para contestar a todas las cosas que ustedes me quieran plantear, para ampliar alguna información sobre algo que se me haya quedado en el tintero. Muchísimas gracias por su atención.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Antón. A continuación se abre el turno de portavoces, para el cual tiene la palabra la señora Lillo por tiempo máximo de siete minutos.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Buenos días, señor Antón. Bienvenido a esta Comisión de Sanidad. Vamos a plantear una serie de líneas generales. Sí que es cierto -mentiría si no se lo dijese- que, al principio, cuando nos ha hablado de lo que ha afectado o no, de lo que tiene que ver con los trabajos realizados con COVID, ha habido un momento en el que estaba dudando de si estaba hablando más de la Consejería de Sanidad, de cosas más globales o de otros temas, que de la cuestión que tiene con su viceconsejería.

Como ya ha mencionado uno de los aspectos que tiene que ver con los hoteles medicalizados para el uso de profesionales, aquí aprovecho para preguntarle y llamar la atención, porque por parte de nuestro grupo parlamentario hicimos una petición de información -bueno, una entre varias, tantas entre otras cientos- y se nos pide mucha concreción, mucha acotación a la hora de hacer las preguntas, pero, luego, cuando recibimos las respuestas, ino hay nada de eso! Y, como ejemplo, una relativa al número de profesionales que habían estado en los hoteles medicalizados. La petición de información era para conocer el desglose, queríamos saber el número total y el desglose por noches y las instalaciones en los hoteles en los que habían estado. La respuesta fue que los profesionales son en torno -repito, literal, en torno- a 1.700 en 22 hoteles, isin que se nos concretarse qué hoteles ni el desglose por noche! No sé si nos puede dar datos; entiendo que es complicado y que no los tiene aquí, pero, bueno, ya que usted ha hecho la mención, que sepa que todavía seguimos esperando alguna concreción al respecto.

Le quería preguntar algo. Cuando ha hablado de la plataforma de información y la cuestión de las 1.400 tablets, de cara a informar a los familiares, ¿eran puestas desde la consejería o ha habido algún convenio en ese sentido con alguna empresa de telecomunicación? No me ha quedado muy claro, porque también vimos noticias de que las propias empresas hicieron donaciones al respecto -tablets...-; entonces, queremos saber si este servicio fue por una inversión de la consejería o por una donación de alguna empresa; es decir, si nos puede concretar este proyecto, que creo que era necesario e importante.

Y ya, si me voy más a la parte de humanización, usted nos ha hablado de una línea de actuación, de la reformulación del plan de humanización. Yo le agradezco que reconozca que el COVID influye en sus planes para esta legislatura -evidentemente-, porque vimos cómo la directora general de Salud Pública nos habló de sus planes, pero se le olvidó que estábamos en pandemia y, por lo que nos dijo, su plan no tenía ninguna modificación al respecto. En este sentido, le quiero

preguntar por el Plan de Humanización 2016-2019, porque este propio plan hablaba de unas líneas estratégicas, en concreto de 10 líneas estratégicas, que se dividían a su vez en 27 programas de actuaciones, cuya realización se preveía efectuar a lo largo de los cuatro años de duración del plan.

Yo he buscado la evaluación y el resultado de este plan no lo he encontrado, puede haber sido torpeza mía, pero sí que me gustaría que me hablase un poco de las conclusiones, de la implantación de ese plan, porque entiendo que esas conclusiones, esa evaluación o el resultado de ese plan ayudarían al desarrollo, a la implementación o a la elaboración de un plan nuevo en base a esas experiencias; sobre todo, porque tenía bastantes objetivos concretos, como obtener un diagnóstico de las expectativas, necesidades, demandas de los grupos de interés de la organización relacionadas con la humanización, obtener un mapa de las iniciativas y experiencias, identificar y conocer... Es decir, una serie de objetivos muy concretos y no sé el nivel de consecución de dichos objetivos; más que nada porque, además, si nos metemos en la página de la Comunidad de Madrid, en el Portal de Transparencia, para buscar los planes, justo en el apartado donde te dice todas estas líneas, todos estos programas, los medios personales, sí que es cierto que no habla de recursos. No sabemos qué recursos, tanto económicos como humanos, se han destinado a este plan, pero sí que llama la atención que, en el grado de cumplimiento, se establece que el plan se encuentra en fase de desarrollo e implementación. Queremos conocer ese nivel de desarrollo e implementación del plan, que nos pueda hablar del nuevo plan al que ha hecho mención usted; nuevo plan o si se refiere a este, que no me ha quedado muy claro.

Y en lo que tiene que ver con la seguridad del paciente, me gustaría que nos concretase la nueva estrategia de seguridad del paciente, las líneas.

En lo que tiene que ver con la Escuela Madrileña de Salud, dice que se sigue cristalizando. No sé si con "cristalizando" se refiere a que era una cosa que se implantó, pero que, como no se ha desarrollado del todo, los resultados no son los que debieran y hablamos de cristalizar. Del observatorio no ha dicho nada. Del observatorio no recuerdo exactamente el nombre, pero creo que era el observatorio de la salud o algo así, que también formaba parte del Plan de Humanización; le pregunto al respecto, porque creo que también llevan bastante sin reunirse. Es decir, que nos pueda hablar de estos dos elementos.

Voy terminando, que me quedo sin tiempo. Usted nos ha hablado de lo que han tenido que hacer para adaptarse a esta situación de COVID, para atender a la patología COVID, pero también hay una parte, que creo que es muy importante, que tiene que ver con las patologías no COVID y que también tiene que ver con la humanización; es decir, todas esas personas que, durante meses, han visto que se anulaban sus citas y que tienen una sensación de desamparo, una situación de abandono en algunas cuestiones de patologías crónicas, ¿qué han hecho también?, porque creo que la humanización también tiene que ver con eso, no solamente se trata de hacer frente a la situación COVID, sino porque tenemos constancia, no sé si a través de reclamaciones, si nos puede indicar también cómo se ha visto afectado. porque es cierto, nosotros -y como al resto de grupos, que seguro que les ha llegado- tenemos constancia de muchas personas que no saben a quién acudir -necesitan

atención médica, necesitan su consulta periódica porque padecen una enfermedad crónica- y tienen una situación de abandono; creo que a eso también tenemos que hacerle frente, si nos puede decir qué van a hacer al respecto, más allá del retorno de profesionales, de contratación... Creo que también es importante y lo debemos trabajar. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Lillo. A continuación tiene la palabra, en representación del Grupo Parlamentario Vox, la señora Joya.

La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias, señor presidente. Bienvenido, doctor Antón, a esta comisión; le deseo mucho éxito y mucho acierto, sobre todo porque, aunque sea poco visible, tiene usted una responsabilidad fundamental que es humanizar la atención sanitaria, poner a la persona en el centro de la asistencia sanitaria que no es poco.

Me gustaría, precisamente, en ese sentido, que nos dijera cuál es su concepto de humanizar, de humanización de la asistencia sanitaria, ¿qué entiende por eso? Querría saber qué ha cambiado con la pandemia, si ese concepto de humanización en la asistencia sanitaria ha sufrido algún cambio, alguna perspectiva, algún nuevo planteamiento. La pandemia ha cambiado todo y creo que el concepto de humanización en la asistencia también, y querría que me dijera cómo ha visto que la pandemia haya cambiado ese concepto; qué debilidades han quedado al descubierto con la pandemia en el tema de la humanización en la asistencia.

Tenemos una nueva situación que pone en riesgo esta humanización, que ya existía antes e incidía en la humanización de la asistencia sanitaria, pero ahora se ha visto mucho más acentuada: los tiempos de espera, que, si ya eran muy largos, ahora lo son aún más. Son las enfermedades no COVID, como ha dicho mi compañera de Unidas Podemos, todas esas personas que no se han tratado y cuya cronicidad ha empeorado. Todas esas enfermedades oncológicas. Toda esa parte de salud mental que ya existía previamente y a la que ahora además se suman patologías y problemas de salud mental generados por la pandemia. El riesgo de la teleasistencia -tiene muchísimas fortalezas, y que yo definiendo a capa y espada- de que haya una deshumanización en la asistencia a través de la teleasistencia. La atención a domicilio ha sido una de las grandes o la gran perjudicada en toda esta pandemia.

Usted ha comenzado hablando de los profesionales sanitarios, ¿qué va a hacer su dirección para humanizar el trato hacia todos los profesionales sanitarios? ¿Qué programas tienen destinados a ellos? ¿Qué programas tienen destinados a todo el daño físico, por supuesto, por los que han sufrido la enfermedad, pero también psicológico que va a quedar en los profesionales sanitarios? Y yendo a más, el síndrome del profesional sanitario quemado, el burnout, ¿van a abordar esa situación?

En su plan de humanización, 2016-2019, hablan de la atención en las distintas fases de la vida y yo echo muy en falta, cuando ustedes hablan de atención al principio de la vida, que es un momento tan frágil y vulnerable, la atención en un tema muy concreto, que a mí me interesa personalmente, que es el del duelo perinatal. No veo nada en sus planes respecto a la atención al duelo perinatal, ¿qué van a hacer con esas familias que pierden a un hijo antes o después del

nacimiento, en los primeros días? En las familias que van a tener hijos con discapacidad hay un gran vacío, se sienten muy solos en el momento del diagnóstico, no se les acompaña, se les deja solos ante su decisión.

Respecto al nivel de atención domiciliaria por parte del Summa, creo que el factor fundamental es el factor tiempo. La pandemia ha generado unos efectos devastadores en el tiempo que se tarda en atender a domicilio. ¿Cómo van a mejorar eso? Porque para un paciente que llama desde su domicilio y que se encuentra solo, el factor tiempo por parte de la atención del Summa es fundamental.

Y después, en la otra etapa más vulnerable de la vida, que es el final de la vida, ¿cómo van a trabajar para mejorar esa asistencia a los pacientes en el final de su vida? Esa mejora tan necesaria en los cuidados paliativos, esa laguna, ese déficit que tenemos tan tremendo en la Comunidad de Madrid de asistencia en los cuidados paliativos, que no es solo en el último momento de la vida, sino en momentos previos también, y la asistencia domiciliaria a todos esos enfermos que necesitan paliativos y están en sus casas; y la atención a los familiares del paciente, ¿qué va a hacer su dirección general para atender al familiar, al cuidador, a la persona que acompaña al enfermo? ¿Cómo van a atender a esos familiares? Tema residencias, querría que nos dijera cuáles son sus planes, qué ha visto que ha fallado que puede mejorarse en la humanización de la atención en las residencias.

También me quería referir al Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria; usted habla de que iban a recopilar, analizar y difundir los resultados de indicadores de humanización en centros y servicios. ¿Lo han hecho? ¿Cuáles son esos indicadores? ¿En qué se van a basar para mejorar la humanización en la asistencia sanitaria en los próximos años? Y quiero hacer referencia a unas ideas recogidas por las asociaciones de pacientes, que contemplan también en su plan, donde ellos proponen para humanizar la asistencia una cosa que me parece fundamental -ha hablado usted de la escuela sanitaria- que es la formación en Bioética. ¿Tienen ustedes pensado algún plan de formación en Bioética para los profesionales sanitarios de todos los rangos? Hablan, como factor fundamental, del tiempo de atención en las consultas, una asignatura pendiente en nuestra comunidad reclamada por todos los médicos que atienden a los pacientes, fundamentalmente en Atención Primaria, ¿cree que se puede dar un buen nivel de humanización sanitaria cuando se tiene que ver a un paciente en dos minutos o cuando se tienen sesenta, setenta u ochenta pacientes en una lista de espera?

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

La Sra. **JOYA VERDE**: Y luego fundamental también, porque esto genera mucho caos y muchas desatenciones, es la coordinación. En cuanto los niveles asistenciales estén bien coordinados al paciente se le mareará lo menos posible y se sabrá dirigir y acompañar en lo fundamental y no se tendrá, o al paciente o a su familiar, tan desorientado como cuando esa falta de coordinación sale a la luz. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Joya. A continuación tiene la palabra, en representación del Grupo Parlamentario Más Madrid, el señor Figuera.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Muchas gracias, señor presidente. Gracias al señor Antón por esta comparecencia, que creemos que es muy necesaria. Yo creo que usted ha venido con muy buenas palabras de colaboración, pero la verdad es que echamos en falta, porque creemos que para contarnos los planes primero hay que hacer un resumen como mínimo, conocer cuáles han sido los logros en este año que ha tenido usted para poder trabajar. Es verdad que está condicionado por la COVID; la COVID ha puesto en el punto de mira la humanización de una manera muy importante, porque en realidad lo que vemos en esta pandemia le ha pasado, por supuesto, a todos los Estados, pero en la Comunidad de Madrid estamos a la cabeza, y el fracaso de las estrategias de humanización ha sido terrible.

En realidad, usted nos ha contado algunos pequeños logros, pero no ha hecho ni una sola crítica de las cosas que no han funcionado, porque no ha funcionado bien la atención domiciliaria; no ha funcionado bien la atención a las residencias, con los famosos protocolos que al principio estaban en su consejería, los protocolos de la vergüenza; no han funcionado bien los tiempos de espera, como decían los compañeros de Unidas Podemos y de Vox. Hay muchas cosas que han fracasado y es fundamental hacer una crítica constructiva, por supuesto, para poder hacer un nuevo plan.

Efectivamente, por otro lado, estamos pensando que se acabó el plan de humanización hasta 2019 y no tenemos ni un solo dato –nosotros hemos preguntado– concreto para evaluar ese plan. ¿Cómo va a hacer un plan nuevo si no tenemos datos de la evaluación del plan anterior cuando hay muchas cosas que no se han podido hacer o se dejaron en el tintero, sobre todo lo que tiene que ver con la colaboración estrecha, como usted quiere y, desde luego, todos los partidos políticos en esta Cámara estamos dispuestos a apoyarlo –siempre lo decimos en la Comisión de Sanidad y también en la Comisión para las Políticas Integrales de la Discapacidad–, con los profesionales y con las asociaciones de familiares y de usuarios.

El Observatorio de Humanización apenas se ha reunido y no tenemos ninguna información sobre él. Creo que es importante hacer una crítica seria de lo que ha pasado, porque, efectivamente, los próximos años van a estar marcados también por la COVID, no solo por las consecuencias directas de la enfermedad, sino también por las consecuencias socioeconómicas, de todos los duelos y todas las situaciones de sufrimiento que van a aparecer, y que van a poner a prueba la humanización de toda la sociedad!

Su viceconsejería tiene que ser líder, efectivamente, en educar en humanización, en cuidar a los que nos cuidan y, todo eso, no se puede quedar solo en palabras. Hemos estado revisando, y ustedes tienen este año un presupuesto de 130 millones de euros para hacer su trabajo, le pregunto si es correcto. ¿En qué se va a emplear? ¿En qué partidas? Es una viceconsejería además muy compleja. Por un lado, está, efectivamente, la humanización estrictamente; está la investigación; está la

formación; está la ordenación; está la inspección. Todo eso es tan distinto, creo que necesita presupuestos y claridad para separar unas cosas de otras y centrarnos en lo que tenemos que hacer.

A mí me parece que el plan anterior adolece de muchas cosas, una de ellas, que era fundamental, era el tema de las sujeciones. Era un plan estrella mejorar las sujeciones en salud mental –yo soy profesional de la salud mental-, pero no están publicados los registros, no sabemos bien qué ha pasado con el plan de sujeciones, apenas ha habido formación para mejorar todo esto; como con los consentimientos informados, los protocolos no están claros y no están publicados. Hay mucho que revisar de lo que no se ha hecho bien, y yo creo que hay que ser críticos y críticos constructivos, pero hay que revisar todo lo que ha quedado por hacer.

Luego, está el tema de la gobernanza. Efectivamente, ¿cómo se va a implementar, de una vez por todas, la gobernanza de todas estas situaciones para que haya una participación, de verdad activa, y no solo puramente protocolaria de las asociaciones, de los colectivos implicados y de las asociaciones científicas? Me gustaría que nos explicara un poco más, como ha dicho la compañera de Vox, cómo se va a implementar todo eso.

En realidad, lo que sabemos de los problemas de humanización es que se nos puede llenar la boca de buenas palabras, que si, al final, no se traduce en hechos y en acciones concretas dotadas económicamente de manera adecuada, nos volvemos a quedar en lo de siempre: buenas palabras, pero, al final, todo sigue igual.

Los foros de expertos en estos años que se han reunido –y hay muchas publicaciones al respecto- nos han contado cuáles son las barreras de la humanización, y se las voy a plantear para que usted pueda reflexionar sobre ellas. Primero, lo más importante, la falta de tiempo para dedicarse a los pacientes –ya lo hemos hablado-, la falta de tiempo de los profesionales, de los administrativos, de los propios políticos para poder escuchar cuáles son las necesidades, la falta de escucha. Segundo, la falta de recursos humanos y económicos para la atención sanitaria de calidad. Estamos viendo eso ahora, la pandemia se ha explotado en Madrid de una manera terrible, volvemos a ser el número uno prácticamente mundial en cuanto al número de contagiados por la falta de recursos. Han faltado rastreadores –y eso antes estaba dentro de salud pública, que sabemos que ahora no está dentro de su viceconsejería-, faltan profesionales en Atención Primaria, no solo profesionales médicos o enfermeros, faltan profesionales administrativos, falta gente que coja el teléfono, faltan un montón de personas; sin eso no va a haber humanización. ¿Cuánto van a aumentar esos recursos? ¿Están planificados o no? Tercero, efectivamente, la formación y la sensibilización de los profesionales y de los pacientes para que todos cuiden de nuestro sistema público de salud. Esto es fundamental.

Y, desde luego, cuidar a los que cuidan. Se pusieron en marcha algunas iniciativas, sobre todo para salud mental, por ejemplo, en consonancia con el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid pero se pararon en mayo y, a partir de ahí, todo han sido voluntarios, usted solo ha hablado de voluntarios. Con voluntarios esto no va a funcionar. La magnitud de lo que nos viene, la tercera ola de la pandemia, que va a ser la ola de la salud mental, necesita unos recursos mucho más allá de los

recursos que tenemos en este momento y, desde luego, no pueden ser ni con voluntarios ni con contratos precarios.

Entonces, por favor, yo creo que es muy importante que usted venga a esta comisión ya con unos planes hechos, que los podamos discutir entre todos y que podamos participar. Nosotros, como grupo político Más Madrid, estamos dispuestos a colaborar desde el primer momento, desde luego, porque nos parece esencial aprender de esta pandemia y sobre todo para el resto de lo que nos queda. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Figuera. A continuación tiene la palabra, en representación del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, la señora López.

La Sra. **LÓPEZ MONTERO**: Gracias, señor presidente. Señor viceconsejero, agradecer de nuevo su comparecencia y las explicaciones para que conozcamos un poco más los planes que han venido desarrollando y las líneas de trabajo que se plantean en la viceconsejería que dirige. La humanización sanitaria es desde luego un área de gran importancia que debe ser el eje vertebrador de las políticas sanitarias y no cabe duda de que es su prioridad.

Creo que estamos todos de acuerdo en que se debe apostar de manera decidida por una sanidad pública de calidad y universal, como ha resaltado también en la comparecencia anterior mi compañera Marta Marbán y usted mismo también, como se está haciendo actualmente y como se debe seguir trabajando para atender y mejorar las diferentes casuísticas.

Quería mencionar, si me lo permiten, al hilo de la comparecencia anterior en la que hablábamos de la universalidad que hay que poner a la sanidad madrileña en contexto. Y lo digo, porque yo he sido emigrante durante varios años en Francia, sin conocer tampoco el idioma. ¡Las peripecias que tuve que hacer por un accidente laboral con un dedo colgando, que, como todavía no había recibido la tarjeta sanitaria por correo, pues en un hospital público de París, me querían cobrar con la tarjeta, con datafono en mano antes incluso de curarme! Estas situaciones, que son reales, porque las he vivido yo, afortunadamente no las vemos en la sanidad de la Comunidad de Madrid. Lo que quiero decir con esto es que, evidentemente, necesitamos detectar y mejorar todos aquellos problemas que tenemos, pero que le demos valor a la universalidad de la sanidad de la que afortunadamente disfrutamos en la Comunidad de Madrid.

Bien, pues es prioridad tener el foco puesto en el paciente, que debe tomar un papel central en todas las políticas sanitarias y que debe seguir reforzándose como así van a hacer para mejorar progresivamente e ir avanzando en este concepto. Por este motivo, es fundamental también, como nos consta que están haciendo, tener como prioridad el fortalecimiento de la relación entre el médico y el paciente para fomentar una relación cercana y de confianza y potenciar un trato al paciente, teniendo en cuenta todas sus dimensiones. Hemos visto, desgraciadamente, durante esta pandemia que los aspectos emocionales y psicológicos son muy importantes a la hora de enfrentarnos a esta situación y lo será también, no cabe duda, a la hora de afrontar los efectos secundarios que nos traerá, una vez que se haya superado la crisis de la COVID. No podemos olvidar la ola de



consecuencias que vendrá que traerá lógicamente un empeoramiento del estado psicológico y de los problemas crónicos que pueden venir arrastrados como consecuencia.

Quería hacer mención también a la plataforma Info Familiares que nos ha comentado, que permite la comunicación y el contacto entre pacientes y sus seres queridos en situaciones complejas de aislamiento, y esto ha quedado de manifiesto también en esta pandemia que estamos viviendo. Esto no sustituye, evidentemente, a la atención que puedan dar los profesionales sanitarios de forma personalizada, pero sí que permite seguir el estado de salud de forma telemática y que los familiares puedan estar un poco más tranquilos, porque puedan estar informados de la situación de sus familiares.

Y hoy, si me permiten también, quiero aprovechar para agradecer, personalmente en mi nombre y en el de mi grupo, a todo el personal sanitario por su empatía con los pacientes y sus familias durante la pandemia, especialmente, en la primera ola que nos cogió a todos de sopetón, que vivimos una situación realmente complicada. Si me lo permiten, lo hago también de forma de personal al hospital de Fuenlabrada y a sus enfermeras por su sensibilidad y cercanía y por ponerse en la piel de los pacientes y de sus familiares. Gracias a ellas y ellos y al resto de personas que se encargan de nuestra salud por su impecable trabajo y su humanidad.

En relación con el Plan de Humanización, que finaliza este año y que tendrá continuidad muy pronto, me gustaría destacar la información que se me remitió cuando pregunté por ello a su viceconsejería en cuanto a su ejecución, que fue del 84 por ciento en actividades programadas en hospitales, un 71 por ciento en Atención Primaria, y la totalidad, el cien por cien, en Summa 112.

Por nuestra parte, desde Ciudadanos, les animamos a continuar en esta línea de trabajo y a seguir siendo ambiciosos para mejorar e incorporar la información con los indicadores necesarios que les devuelva el Plan Iniciativas que Humanizan para crear el nuevo Plan de Humanización 2020-2023. Quiero subrayar y agradecer la importante labor que se ha desarrollado desde esta viceconsejería en los peores momentos de la pandemia con la labor de coordinación de los hoteles, destinados a profesionales sanitarios y a pacientes COVID con sintomatología leve, así como –que también fue muy importante en aquel momento- asegurar la distribución y el reparto de medicamentos, algo que fue completamente imprescindible cuando había muchas personas que no podían proveerse de fármacos ellos mismos.

Por otro lado, me gustaría también destacar la actividad de la escuela madrileña de salud como recurso para potenciar la educación para la salud, el intercambio de experiencias y la mejora del autocuidado, algo que resulta imprescindible siempre pero que es incluso más importante ahora en tiempos de pandemia.

También quiero mencionar brevemente la Estrategia de Seguridad del Paciente, que tiene como objetivo proporcionar servicios sanitarios exentos de daños innecesarios o prevenibles a través de la implantación de la gestión de riesgos sanitarios. Desde luego, esto ha ido mejorando mucho en los últimos años y debe seguir mejorando. Están trabajando para ello en la nueva Estrategia de

Seguridad del Paciente 2021-2025, lo que supone, por tanto, una muy buena noticia para seguir avanzando en este campo.

Para finalizar, quiero decir que se ha quedado sin tiempo para hablar de la investigación sanitaria, así que me gustaría que en su segundo turno nos detallase qué medidas concretas están realizando en el ámbito de la investigación científica que, a nosotros, a Ciudadanos, tanto nos interesa y que se ha quedado en el tintero. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora López. A continuación, en representación del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Sanjuanbenito.

El Sr. **SANJUANBENITO BONAL**: Gracias, presidente. En primer lugar, me gustaría agradecer al viceconsejero de Humanización Sanitaria su exposición, que nos ha permitido conocer, hasta donde le ha dado tiempo a detallar, los planes y actuaciones que desarrolla la viceconsejería.

No me cabe duda, señorías, de que la humanización se ha convertido en uno de los ejes de las políticas sanitarias del actual Gobierno de la Comunidad de Madrid. A lo largo de estos últimos años, Madrid ha querido apostar por el mantenimiento de una sanidad universal, pública y de calidad, en la cual el paciente debe ser el centro de las políticas sanitarias. Fuimos una de las regiones pioneras en toda España en dotar de contenido y de estructura administrativa la idea de la humanización de la asistencia sanitaria, primero con una dirección general y, después, con una viceconsejería, ante cuyo tercer titular nos encontramos esta mañana, habiendo tenido quien les habla el honor de precederle en esta responsabilidad.

Humanización es el trato con calidez, más allá del tratamiento de calidad; es la plasmación del principio hipocrático "curar cuando es posible, pero cuidar siempre." Ese objetivo tan sencillo, pero a la vez tan ambicioso, se encuentra presente desde hace ya tiempo en nuestros centros sanitarios y se ha impulsado más, aún si cabe, como han dicho otros portavoces y el propio compareciente, en tiempos de pandemia. El fortalecimiento de la relación médico-paciente y la potenciación de un trato humano en todos los procesos asistenciales han sido una constante en estos momentos de dificultad, y un claro ejemplo lo constituye la puesta en marcha de la plataforma Info Familiares que ha mencionado el viceconsejero durante su intervención.

En relación con el Plan de Humanización que finaliza este año y que tendrá su continuidad en el proyecto que se pondrá en marcha de 2020 a 2023, me gustaría comentar algunas conclusiones que se extraen de la evaluación del mismo. De esta manera, me gustaría resaltar que en el ámbito hospitalario se han puesto en marcha una media del 84,3 por ciento de las actividades programadas para el año 2019, lo que supone un importante esfuerzo por alcanzar un alto grado de implantación y ejecución de las actuaciones. En esta línea, en el ámbito de Atención Primaria se ha implementado una media del 71,4 por ciento de las actividades programadas en el plan para ese mismo año, y en el ámbito del Summa 112 ese porcentaje aumenta hasta el cien por cien de las actividades programadas, encontrándose en ejecución, por tanto, la totalidad de las actuaciones previstas para ese año.

En este punto, creo que también hay que destacar el papel de las comisiones de humanización que se encuentran desplegadas en todos los ámbitos asistenciales, que actúan como verdaderas responsables de la implementación y el despliegue de todas las medidas que están contempladas e incorporadas en el Plan de Humanización. Ese balance arroja, sin duda, datos muy positivos del grado de implantación del plan en todos los ámbitos asistenciales, y desde nuestro grupo parlamentario le queremos animar a continuar en esa misma línea de trabajo cuando hablemos de la implementación del plan 2020-2023. Por otro lado, me gustaría resaltar la actividad de la Escuela Madrileña de Salud; a veces se habla más de sus limitaciones que de sus logros y yo creo que es por desconocimiento. Todos debemos hacer un esfuerzo por dar más a conocer esta experiencia que es la Escuela Madrileña de Salud, de tanta importancia a la hora de potenciar la educación para la salud, el intercambio de experiencias y la mejora del autocuidado, que son en realidad los objetivos que persigue esa experiencia que, como digo, también resulta fundamental en tiempo de pandemia.

Ha hablado de la Estrategia de Seguridad del Paciente, aunque tampoco le ha dado tiempo a hablar de ello en profundidad, pero quiero decirles que en la estrategia 2015-2020 se establecen un conjunto de líneas y actuaciones cuyo objetivo principal es proporcionar unos servicios sanitarios exentos de daños innecesarios o prevenibles para los pacientes, a través de la implantación de la gestión de riesgos sanitarios. Durante 2019, el 80 por ciento de las actuaciones se desarrollaron en plazo, lo que también indica una ejecución elevada y un afianzamiento de los procesos de gestión de seguridad clínica, que refuerzan a la Comunidad de Madrid como un referente a nivel nacional.

No hemos podido hablar de investigación; dejaré que sea el viceconsejero quien nos hable de cómo se encuentra BioMad, un proyecto importantísimo para la Comunidad, que cobra especial relevancia en tiempos de pandemia, aunque no solo BioMad, sino toda la ambición investigadora del Gobierno y de los centros. Nosotros saludamos el aumento del presupuesto para las fundaciones de investigación biomédica específicamente destinado a COVID.

No quiero ser mucho más extenso, pero querría pedirle que, si pudiese, nos detallase algo más de investigación y también querría saber cómo se va a continuar reforzando el papel del farmacéutico como agente de salud comunitario, de necesaria participación en los nuevos retos sanitarios. ¿Qué tienen previsto en cuanto a retomar la Ley de Farmacia, que no se pudo culminar en la pasada legislatura y que cuenta con un amplio consenso por parte de los profesionales? Y, en último lugar, quiero reconocer, como también decía la portavoz del Grupo de Ciudadanos, la labor que se ha desarrollado desde la viceconsejería en los peores momentos de la pandemia, desde la coordinación de hoteles, como se ha mencionado, hasta las labores de asesoramiento realizadas con los centros privados y el seguimiento de la información de las pruebas realizadas a pacientes y a profesionales en el marco de la Estrategia de Vigilancia, Acción Temprana, Seguimiento y Control de casos de infección activa de SARS-CoV-2 y sus contactos.

Finalizo animando desde mi grupo parlamentario al viceconsejero a continuar desarrollando todos los proyectos incluidos en esta línea de trabajo, con altos niveles de implementación, con altos niveles de logros conseguidos y, a veces -y lo digo por experiencia-, aunque estemos más en la fase

en la que, como decía la señora López, todos somos pacientes y todos somos destinatarios de las políticas de humanización, no somos los más visibles de la sanidad; en cualquier caso, trabajemos también para hacerlo más visible. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Sanjuanbenito. A continuación tiene la palabra, en representación del Grupo Parlamentario Socialista, el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señor presidente. Doctor Antón, bienvenido a la Comisión de Sanidad. Una primera consideración es que, con todo lo que usted lleva como responsabilidad en su cargo, la verdad, bien merecía la pena que esta comisión fuera monográfica para que usted pudiera expresarse. Tiene varias direcciones generales de una enorme complejidad de temas y, teniendo en cuenta que creo que el viceconsejero recién nombrado, doctor Armengol, también ha pedido su comparecencia, sería bueno -no sé si luego, en Mesa y Portavoces o en ruegos y preguntas- que pudiéramos acordar algún formato en el que estas comparecencias tuvieran más sentido que el que tienen, tal y como se ha venido desarrollando, en la que usted no ha podido expresarse y, decididamente, por más que lo intente, no va a poder responder a lo que nosotros le preguntamos; bien, lo veremos.

Ha empezado usted con una referencia, inevitable en estos tiempos, a los sanitarios fallecidos en acto de servicio, y es usted viceconsejero de humanización. Por desgracia, me ha tocado cercanamente en la persona de compañeros míos estos fallecimientos y he llevado en nombre de mi grupo al pleno de la Asamblea la humanización con la que la organización sanitaria, la consejería del Sermas, trata a las personas, a los profesionales, que han padecido enfermedad o han fallecido, y a sus familias. Le aseguro que hay un montón de cosas a mejorar, le aseguro que hay un montón de cosas a mejorar!, y le ruego, precisamente porque sé que usted es un hombre sensible a esto, que tome nota de ello. Luego le puedo hacer llegar las quejas concretas, porque lo dije en pleno, pero no se ha solucionado. La atención a los profesionales sanitarios víctimas del COVID deja mucho que desear en términos de lo que debe hacer una organización con aquellos de sus miembros que tienen esta desgracia, con sus familias y con los problemas de todo tipo que esta situación genera.

Dicho esto, usted es viceconsejero de sanidad como resultado del acuerdo político PP y Ciudadanos; usted en representación de Ciudadanos. Sé que no le va a dar tiempo a comentarlo, pero me gustaría tener alguna reflexión suya sobre el hecho de que el nombramiento de otro viceconsejero, que no estaba previsto, le quite a usted una de las mayores responsabilidades que tenía, que era la Dirección General de Salud Pública, que es una de las que están en su área. En este sentido, el pacto entre PP y Ciudadanos ha pasado de tener la responsabilidad de la mitad -digamos- a un solo tercio dentro de la consejería; no sé cómo vive eso, pero es un comentario que, sin duda, sería de interés político.

La otra reflexión tiene que ver también -aunque no es usted el primer viceconsejero de Humanización- con que, la verdad, llama mucho la atención lo dismórfico de un organigrama en el cual la atención sanitaria está en otra viceconsejería. No es su responsabilidad, doctor Antón; es un

comentario global sobre la organización de una consejería que presenta obvias... Usted es el director general de Humanización, pero la humanización es, por así decirlo, la humanización real, la que tiene que ver con las listas de espera, con la empatía con la que se trata al personal, a los ciudadanos, a los pacientes o la resolución de quejas, que están en otra consejería. O sea, usted no puede ser el ombudsman, el defensor del paciente, estando de un lado dentro y al mismo tiempo fuera. Es una crítica a un organigrama que verdaderamente es difícil de entender; queda mucho más lógico el título que ha asumido el tercer viceconsejero, el viceconsejero de Salud Pública, que es ciertamente el área que usted cubre, tanto porque tenía responsabilidad sobre salud pública como por lo que implica la Dirección General de Inspección y Ordenación. Esto en lo que tiene que ver con consideraciones generales.

Usted ha sido, hasta mayo de este año, el viceconsejero responsable de Salud Pública, durante la fase más aguda de la pandemia. Puestos a contar actuaciones, en esa fase sucedió la dimisión de la doctora Yolanda Fuentes, directora general, por un tema nada baladí; por discrepar sobre si se reunían o no las condiciones para pasar de fase 0 a fase 1. No ha mencionado nada de este tema. Recientemente, el Gobierno me ha contestado, cuando he pedido la carta, que este era un tema de correspondencia personal; lo dejo ahí. He hecho una pregunta sobre el tema, pero sí me gustaría que comentara algo respecto a cómo ha ejercido sus responsabilidades de viceconsejero en el área de Salud Pública, sin duda el área clave y, por supuesto, en el momento de la pandemia, porque es un área, además, que está infradotada, en la que en 2019 no se ejecutaron 5 millones del presupuesto y, en fin, ese tipo de cosas.

Pasemos a la otra dirección sobre la que usted tiene responsabilidad, que es la Dirección General de Docencia e Investigación. La directora, afortunadamente, ha tenido continuidad en su cargo, ha estado recientemente aquí y ha comentado planes que en principio tienen una enorme racionalidad y sensatez. En la otra Dirección General de Inspección y Ordenación Farmacéutica hay varios aspectos; como usted sabe, por ejemplo, recientemente una franquicia...

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: En fin, gracias, señor presidente. No deje de comentar -veo que no me da tiempo- la evaluación, porque el portavoz del PP ha hecho alusión a la evaluación del Plan de Humanización y nosotros no la tenemos; sería bueno tenerla. Igualmente, sobre quejas y reclamaciones, e igualmente también sobre seguridad del paciente y calidad, que son grandes temas. Pero, claramente, una de las cosas que más me asombran es que el director general responsable de esta área no parece reunir ninguna cualificación para esos temas tan complejos y tan específicos...

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

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Me gustaría que nos explicara las razones de su nombramiento. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Para responder a las intervenciones de forma global, tiene la palabra el viceconsejero de Humanización por tiempo de siete minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE HUMANIZACIÓN SANITARIA** (Antón García): Primero, quiero agradecer todas las intervenciones, tanto por su tono como por su forma y fondo, porque creo que responden un poco a esa petición, o a ese ofrecimiento, que hacíamos de colaboración. Lo he visto en todas las intervenciones, así que lo agradezco. Lo que sí es verdad -y coincido con el doctor Freire- es que es imposible que en siete minutos yo dé respuesta a todo; es imposible que pase por todos los temas, igual que tampoco he podido abordar en diez minutos los muchos temas que traía, ya no con profundidad sino casi ni siquiera enumerarlos. Voy a intentar en este tiempo decir algunas cosas, pero recojo el guante que lanza el doctor Freire y estoy dispuesto, en la medida que sea posible, a hacer esa sesión monográfica y profundizar en todos los temas que ustedes quieran, porque creo que puede ser positivo.

Sobre el tema de la humanización, que me parece importante y efectivamente es verdad que se está en fase -o a punto- de publicar las conclusiones sobre este Plan de Humanización -se está trabajando sobre ellas-, yo les puedo anticipar, como se ha dicho antes por parte del compañero que fue mi antecesor en el cargo, que la Comunidad de Madrid fue de las primeras comunidades en implantar, primero, una dirección general y, luego, una viceconsejería dedicadas a la humanización, y yo creo que eso al final ha calado en la organización. Discrepo -perdonad que discrepe- de que, efectivamente, durante la pandemia no se hayan notado un poco sus efectos. Yo creo que -y esto me lo ha dicho mucha gente- una de las cosas de las que podemos estar más orgullosos, que no sé si es o no mérito de la viceconsejería o de la dirección general, pero sí, desde luego, de nuestros profesionales, es de que durante los peores tiempos de la pandemia realmente se ha notado -y era muy difícil mantenerlo y hacerlo- una gran humanización por parte de todos los profesionales que prestaban asistencia sanitaria en momentos muy complejos. Es decir, que, de alguna manera, si algo ha habido positivo en esta pandemia, es precisamente eso, la humanización que se veía en el día a día, en los actos por parte de médicos, por parte de enfermeras, con ese acercamiento, con ese consuelo.

Entre los principales hitos que se han conseguido en el primer Plan de Humanización yo destacaría la consolidación del marco referencial y organizativo de la estrategia de humanización; la sensibilización de directivos técnicos y profesionales hacia la mejora continua de la humanización en la atención sanitaria; el calado que esta cultura de humanización ha tenido y está teniendo, no solo en los profesionales, con una relación más directa con los pacientes, sino en toda la organización y en toda la filosofía de trabajo que, como digo, sí que se ha notado durante la pandemia; el refuerzo de la transformación del sistema sanitario en un modelo de atención más digno, más centrado en la persona y prestado con calidad, y con mayor calidad; también la puesta en valor de la participación de ciudadanos y profesionales, contando con sus visiones y aportaciones, con un enfoque basado en el establecimiento de alianzas y sinergias en la interdisciplinaridad y la corresponsabilidad. Creemos que ha sido una estrategia de éxito y por eso se le va a dar continuidad, y en esa continuidad está desarrollándose ese plan que, efectivamente, se está adaptando, porque es verdad que el mundo, en

general, y el mundo sanitario pre-COVID y post-COVID ha cambiado; es diferente y yo creo también que en los aspectos de humanización nos debemos adaptar.

También se ha citado por parte de algunos de los portavoces que parte de esa humanización tiene que empezar con los profesionales que cuidan; hay que hacer planes específicos para mejorar todo eso, para reconocer el trabajo que hacen y, sobre todo, ayudarles a crear las condiciones en su trabajo para que puedan prestar esa humanización. Estamos convencidos de ello y vamos a trabajar en ese sentido para lograrlo.

Paso muy por encima de los temas y yo creo que es mejor profundizar más. Se ha hablado de la Escuela Madrileña de Salud; yo creo que también es un modelo de éxito esta Escuela Madrileña de Salud y se está copiando en otras comunidades autónomas. La plataforma digital de aprendizaje que hemos puesto en marcha, con una extensa y variada colección de actividades y materiales on line para pacientes, familiares, personas y cuidadores profesionales, está siendo realmente de gran aceptación. Otra de las cosas que también quiero destacar, y yo creo que es de los privilegios de este cargo de viceconsejero, es la oportunidad que da de relacionarse con las asociaciones de pacientes. ¡He aprendido muchísimo! Yo he sido médico durante 35 años y he visto a pacientes, pero es diferente la perspectiva cuando ejerces como médico que cuando te reúnes como político, como responsable, con las asociaciones de pacientes y tienes oportunidad, en un contexto diferente al de la consulta, de ver cuáles son sus necesidades, sus percepciones. Estamos trabajando para tratar de relacionar las asociaciones de pacientes con las sociedades científicas, con los profesionales; porque ahí yo creo que faltaba una conexión. Estamos trabajando en ese sentido y alguna experiencia ha habido muy enriquecedora.

Temas de investigación. Lamentablemente me es imposible hacer una referencia más extensa de los temas de investigación, pero es verdad -lo decía el doctor Freire- que contamos con una dirección y con una directora general de Investigación, que están trabajando en la potenciación de esa región, de esa BioMad, para ser un referente en investigación en todo el Estado, y creo que lo está siendo: ha sido la primera comunidad en avanzar en todas las terapias CAR-T y en tener medicamentos de producción. Creo que son bastantes los logros, pero eso no quiere decir que nos tengamos que quedar ahí, hay que seguir trabajando. Se está desarrollando un programa muy importante, muy intenso, de colaboración también con la Consejería de Universidades para avanzar en este sentido y, bueno, también he de anunciarles que se han destinado 6 millones de euros más para proyectos de investigación en relación con el COVID. Es decir, realmente creo que es un capítulo en el que hay que seguir avanzando, pero se están haciendo bien las cosas y debemos avanzar más en ese sentido.

Me he apuntado algunas cosas y especialmente lo que me ha dicho el doctor Freire.

El Sr. **PRESIDENTE**: Treinta segundos le quedan.

El Sr. **VICECONSEJERO DE HUMANIZACIÓN SANITARIA** (Antón García): Pues simplemente le diré que vamos a trabajar. Me comprometo a que trabajemos en la mejora de la

atención a los familiares de los pacientes que hayan sufrido. Creo que es un deber ético, y vais a encontrar ahí todo mi apoyo y cualquier sugerencia en ese sentido... Siento no poder extenderme más. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Antón. En el turno de réplica de los grupos parlamentarios, tiene la palabra la señora Lillo por tiempo de tres minutos.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Gracias, señor Antón. Simplemente quiero insistir en volver a hacerle las preguntas que no ha contestado.

El Sr. **VICECONSEJERO DE HUMANIZACIÓN SANITARIA** (Antón García): No me ha dado tiempo.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Que no da tiempo, bueno... Quiero saber la evaluación del Plan. Además, la intervención del portavoz del Partido Popular me ha generado la duda, porque ha hablado de insistir en el año 2020 sobre el plan y, si no me equivoco, el plan que está publicado es 2016-2019. Entonces, no sé cómo se puede hablar del nivel de implantación de las medidas previstas en 2020 de un plan que era 2016-2019. Si nos puede clarificar eso porque entonces, insisto, el nuevo plan, o como ha dicho usted, la reformulación del Plan de Humanización significa –como hemos visto con otros planes- que no se cumple, no se termina el que se ha hecho, se habla de un nuevo plan pero es la continuidad, introduciendo algunas novedades o algunas cosas diferentes, de un plan que no se ha hecho. Si eso nos lo puede decir. Si es un nuevo, queremos que nos dé la evaluación del plan, que nos hable del plan finalizado y, por otro lado, que nos hable sobre la dotación de presupuesto, porque, al final, sobre todo cuando hablamos de planes, creo que a veces hablamos muy a la ligera y hablamos de un montón de iniciativas pensando que eso se hace gratis. Si no hablamos de presupuesto, si no recordamos que estamos con unos presupuestos prorrogados además en todo lo que tiene que ver con Sanidad, conscientes de una pandemia que también ha afectado inevitablemente, como no podía ser de otra manera, en términos económicos, el hecho de tener que hacer frente a unas urgencias, a unas cuestiones que no estaban previstas, con un presupuesto que ya estaba prorrogado...

También lo que tiene que ver con las patologías no COVID y las reclamaciones que le he dicho, porque nos consta que hay pacientes que no son COVID que han visto mermada su atención porque se han tenido que cancelar citas de enfermedades crónicas, y quiero saber si tienen garantizado ese espacio al que poder reclamar y poder dejarlo patente. Le vuelvo a decir, y creo que tenemos constancia todos los grupos, que nos escriben ciudadanos diciendo que ya están cansados de escribir a la consejería, de escribir al Defensor del Paciente. Es decir, hay situaciones bastante lamentables que apuntan en sentido contrario al que usted nos dice y creemos que hay que hacerlas frente. Sobre todo, en lo que tiene que ver con la seguridad del paciente porque también tenemos constancia de situaciones pasadas -vamos a hablar de presuntamente negligencias médicas- con unas consecuencias nefastas para pacientes, que se sienten completamente abandonados por parte de la



Administración Pública con unas consecuencias, evidentemente, nefastas para toda la vida y que tienen que sufrir en su propia salud. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Lillo. A continuación tiene la palabra la señora Joya; tres minutos.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, doctor Antón, viceconsejero. Bueno, quiero incidir un poco en esas demandas de las que precisamente usted hablaba, que es un campo en el que van a trabajar, el de la relación con los pacientes y las asociaciones que les representan. Demandan fundamentalmente tener más tiempo por parte de los médicos en las consultas para poder atenderles. Es fundamental incidir en esa coordinación entre niveles asistenciales porque hay pacientes que tienen pluripatologías o una patología que requiere la atención de distintos servicios y distintos niveles asistenciales y van perdidos, muchos de ellos mayores, personas con discapacidad, y ahí hay que acompañarles también.

Por favor, dedíquense a trabajar para cuidar al cuidador. Esto es fundamental por la población que tenemos, por las características de la población que tenemos que cada vez requiere de más cuidados. Es fundamental dedicar un plan y presupuesto, dotación presupuestaria, para cuidar al cuidador, porque en la medida en que el cuidador –familiar o del tipo que sea- esté bien atendido, ese enfermo estará mejor atendido.

Luego, hemos hablado aquí de vulnerabilidad. Las dos etapas más vulnerables de la vida son el comienzo y el final. Vuelvo a insistir, ustedes tienen que trabajar para mejorar la atención de los pacientes al final de la vida, en las etapas terminales de su vida, por favor, en mejorar en los cuidados paliativos. En esta etapa de la vida en las residencias no nos ha contado qué planes tienen para mejorar la humanización en la asistencia sanitaria. Una fase de la vida y una atención que está completamente desatendida es el principio de la vida. Situaciones como los momentos de diagnóstico de enfermedades intraútero a las familias, donde no hay ningún protocolo que contemple ese acompañamiento y ese momento de dar una noticia de ese tipo a las familias; o el momento del duelo perinatal. No hay protocolos en la Comunidad de Madrid, los padres que pierden a un hijo se encuentran completamente abandonados, eso también es humanizar la asistencia sanitaria y es muy invisible. Creo que ustedes podrían trabajar ahí y sería una forma, desde luego, pionera de dar visibilidad también a esa fase, a esos momentos de la vida que también son importantes. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Joya. A continuación tiene la palabra el señor Figuera; tres minutos.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Muchas gracias, señor presidente. En Más Madrid nos sumamos, desde luego, a la petición del Grupo Parlamentario Socialista de poder cambiar un poco la estructura de las comparencias de personas que son tan relevantes y de la Viceconsejería de Humanización porque es verdad que al final nos quedamos frustrados. Usted se queda frustrado porque no nos puede dar apenas información, nosotros preparamos las comparencias y hacemos

preguntas que tampoco se pueden responder, va pasando el día a día y al final parece que una comisión como esta se queda en agua de borrajas. No sé si, efectivamente, se podría hacer algo más monográfico o, si no, tendremos que seguir pidiéndole que venga por apartados más específicos porque hay muchas cosas que se han quedado sin explicar.

Sí le pediríamos que, por favor, publique las conclusiones del Plan de Humanización que acabó en 2019; se lo pediremos de nuevo, si no, por escrito. También creo que es muy importante que se ponga más transparencia a las reuniones con las familias y con las asociaciones. Realmente en la humanización, donde está el agujero negro -y se ha visto sobre todo en la COVID- es en la asistencia a los familiares que acompañan, que están alrededor de las personas que sufren, de los enfermos, tanto en los hospitales como en los Centros de Atención Primaria y los domicilios. Realmente tenemos situaciones que debemos mejorar para evitar ese sufrimiento y esa sensación de ineficacia. Desde luego, creo que es fundamental también la idea de implementar planes, contando mucho más con todos los sanitarios y con todas las profesiones sanitarias, para poder mejorar el cuidado de los que cuidan.

No nos ha contado nada del presupuesto. Hemos podido ver que hay un presupuesto alto para su viceconsejería, pero no hemos tenido ninguna información sobre cómo se van a desglosar las partidas porque es verdad, y coincido con el señor Freire, que no es lo mismo la humanización estrictamente que la partida de investigación, las partidas de inspección... Y todo eso es muy importante tenerlo claro a la hora de saber dónde tenemos que invertir y de qué nos tenemos que preocupar. Entonces, quizá le vamos a pedir nuevas comparencias desglosadas por direcciones generales, a lo mejor tienen que venir sus directores generales, pero a nosotros nos gustaría que viniera usted para poder dar una visión más global.

Por otro lado, sí que creo que la COVID nos tiene que enseñar lo que usted dice, que todos los sanitarios y la gente en la consejería ha participado con su humanidad.

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

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Eso va en la persona, en la manera en que cada uno hemos aprendido a intentar ser amables y a ser empáticos con nuestros pacientes, pero, desde luego, no creo que por ahora se haya notado especialmente en lo que ha hecho la viceconsejería en estos tiempos de crisis. Le pediría, en ese sentido, un mayor compromiso. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Figuera. A continuación tiene la palabra la señora López por tres minutos.

La Sra. **LÓPEZ MONTERO**: Muchas gracias, presidente. Señor viceconsejero, sin duda son muchos temas muy importantes a abordar los de su viceconsejería. Como se ha quedado sin tiempo, me gustaría detenerme en particular en este turno en el ámbito de la investigación; quizá más adelante, en otra comparencia, podamos hablar más en detalle sobre ello.

En primer lugar, quería destacar la continuidad y sobre todo el nuevo impulso del Proyecto BioMad. Esta iniciativa es importante porque agrupa a las diferentes fundaciones de investigación hospitalarias y también a las universidades de forma similar a como se hace también con otras iniciativas europeas, como Uppsala BIO, en Suecia; Medicon Valley, en Dinamarca y Suecia también, o el Medicen Paris Region, en Francia. Esto implica que un desarrollo adecuado de este proyecto será muy beneficioso para las entidades de investigación participantes, porque las fortalece, las reúne, establece las sinergias necesarias, y así pueden atraer de una forma más eficiente los fondos internacionales.

Asimismo, no me puedo olvidar de las terapias avanzadas de las que la Comunidad de Madrid es auténtica pionera; son una oportunidad increíble sanitariamente, desde luego, pero también económicamente, y ofrecen esperanza para el tratamiento de algunas enfermedades para las que no existía cura. En este caso, la Unidad de Terapias Avanzadas facilita el acceso de los pacientes con neoplasias hematológicas refractarias a estos tratamientos, que están basados en la modificación genética de los linfocitos T del propio paciente, que de esta forma se pueden reprogramar para que ellos mismos destruyan a las células cancerígenas. Esto es un claro ejemplo de que la investigación científica aplicada a la salud salva vidas y que debe ser prioritario saber conectar eficientemente la ciencia fundamental con su aplicación asistencial. Estas terapias, junto con la utilización de células mesenquimales de médula ósea para tratar lesiones medulares traumáticas, un tratamiento que se llama NC1 y que ha sido el primero de este tipo autorizado por la AEMPS en España, son un verdadero hito científico del que sentirnos orgullosos. Desde luego, en Ciudadanos queremos felicitar a todos los investigadores del ámbito sanitario por estos avances de los que nos podemos beneficiar. Evidentemente, todo esto no sería posible sin ellos, sin los investigadores, así que esperemos que la situación de estos científicos en el marco sanitario se optimice y se regule de una forma más adecuada.

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

La Sra. **LÓPEZ MONTERO**: Sabemos que la directora general de Investigación ha trabajado de forma muy exhaustiva en ello y que solo falta terminar de formalizar.

Finalizo simplemente diciendo que en Ciudadanos le animamos a que continúe desarrollando todos los proyectos que tiene en su viceconsejería, con el foco puesto en la humanización sanitaria, y que cuente por supuesto con toda nuestra colaboración. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora López. A continuación tiene la palabra el señor Sanjuanbenito. (El Sr. **SANJUANBENITO BONAL**: *No voy a usar el turno, presidente.*) Muchas gracias, señor Sanjuanbenito. Tiene la palabra el señor Freire por tiempo de tres minutos.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Brevísimamente. De nuevo, doctor Antón, gracias por sus respuestas. Únicamente voy a comentar unos puntos de forma rápida. Sobre la evaluación del Plan de Humanización 2016-2019, me gustaría saber qué sucede con las Memorias de calidad. En diciembre de 2017 el pleno de la Asamblea aprobó una PNL completísima sobre seguridad del paciente,

exactamente la Resolución 77/2017; le ruego tome nota de ella porque nos interesa mucho ese asunto.

Otro tema es sobre quejas y reclamaciones; las quejas y las reclamaciones en una organización de servicio son un tesoro para mejorar la calidad. Recientemente, le hemos pedido las quejas relacionadas con salud mental y me han mandado un Excel -se lo agradezco-, que está protegido, pero en él no está hecho análisis ninguno; o sea, ponen códigos de las quejas, pero no está hecho el análisis que implicaría tomar medidas y todo lo que conlleva ese tema.

Por último, he encontrado en las competencias que le asignan, en el punto d), una cosa muy curiosa que no había visto –y lo siento después de llevar tanto tiempo aquí- y que dice que es su competencia “la elaboración, junto con la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, del plan estratégico sanitario”. No es para hoy, pero en algún momento sí me gustaría saber qué es eso y por supuesto cuál es su estado de elaboración. Nada más. Muchas gracias de nuevo.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Freire. Para cerrar el debate tiene la palabra el doctor Antón por tiempo de cinco minutos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE HUMANIZACIÓN SANITARIA** (Antón García): Muchas gracias, señor presidente. Vuelvo a agradecer todas las intervenciones. Voy a contestar solamente parcialmente. Por centrarnos un poco en la humanización, que al final es de las cosas que más importan, hay un compromiso, se va a publicar cuáles son las conclusiones del plan, pero quiero decir una cosa respecto a lo que ha supuesto el Plan 2016-2019. Se hizo una encuesta on line a la que respondieron 17.563 profesionales, y el análisis de esa encuesta nos ha permitido conocer el impacto real de esa Estrategia de Humanización. Les voy a dar solo un apunte: el 72 por ciento de las personas que contestaron a esa encuesta considera que sí había tenido una repercusión real y efectiva en su actividad profesional. Bueno, es un dato que para mí, desde luego, es positivo, pero eso no quita, efectivamente, que se publique el resultado total de ese plan. Es verdad que la irrupción de la COVID nos ha modificado un poco los tiempos en los que todo eso estaba previsto y que si no hubiera ocurrido esto estaría publicado el nuevo plan con los nuevos objetivos; tenía cinco líneas estratégicas en ese momento, y una de las que tenía y va a seguir teniendo –porque creo que es muy importante- es efectivamente cuidar al que cuida. Es decir, es una idea en la que nosotros vamos a coincidir completamente y vamos a hacer todo lo posible por conseguirlo. Es verdad que muchas de esas cosas dependen del conjunto de la Consejería de Sanidad, no en concreto de la Viceconsejería de Humanización, porque, evidentemente -como también se ha señalado-, muchas de las áreas de competencia de esta viceconsejería son transversales a toda la consejería y es importante, efectivamente, que para practicar esa humanización los profesionales tengan tiempo suficiente para poder explicar, para poder estar con los pacientes. Estamos trabajando en ese sentido, también con la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria -se está poniendo en marcha y trabajando-, en un plan de mejora de la Atención Primaria que, evidentemente, contempla todo eso. Nosotros creemos en el trabajo en equipo y en el trabajo multidisciplinar, y también es importante sacar las conclusiones de

las quejas y reclamaciones que, como se ha dicho, son sin duda una fuente inestimable para poder mejorar.

Sobre la seguridad del paciente, yo les animo a que hagamos una sesión monográfica, porque además creo que es un tema en el que la Comunidad de Madrid –y no lo digo por lo que nosotros llevamos hecho, sino que viene de muchos años atrás- ha trabajado mucho y bien, y creo que sería bueno que profundizáramos en eso, que se diera a conocer y que se pudiera divulgar.

Tomo buena nota de la sugerencia que se ha hecho acerca de trabajar en protocolos para mejorar todos los temas del duelo perinatal. En el tema de la asistencia general yo creo que la Comunidad de Madrid tiene una buena estructura de cuidados paliativos; seguro que se puede mejorar y estaremos receptivos a cualquier sugerencia en ese sentido, pero yo tengo la sensación –por la información que tengo- de que las unidades de paliativos del Sermas funcionan bien y además son de las cosas que más valoran los pacientes, y lo valoran en esa fase final. Lo que pasa es que a lo mejor hay que potenciar, hay que tener más, pero las que están funcionando creo que lo están haciendo bien y, como digo, recibo en muchas ocasiones comunicación de pacientes que nos agradecen la labor de estas unidades de cuidados paliativos.

Efectivamente, la ley de farmacia, que no ha dado tiempo tampoco a desarrollar ni a hablar sobre ella, es una ley que no pudo hacerse en la última legislatura y que en esta legislatura hemos retomado en el punto en el que se quedó. Creemos que hacía falta hablar con más agentes; vamos a hablar -tenemos idea y estamos haciéndolo ahora mismo- con todos los agentes que están implicados tanto a nivel profesional como a nivel de la sociedad y, desde luego, lo haremos con todos los grupos políticos, porque es una ley que al final está llamada a quedarse durante muchos años y que tiene que dar respuesta a todos los retos. Creo que en la Comunidad de Madrid tenemos un buen modelo de farmacia, pero también creo que se puede mejorar y lo tenemos que hacer con ayuda de todos: con ayuda de los colegios profesionales, de las asociaciones profesionales y, por supuesto, de todos grupos políticos.

Y antes de que el presidente me llame la atención...

El Sr. **PRESIDENTE**: Treinta segundos.

El Sr. **VICECONSEJERO DE HUMANIZACIÓN SANITARIA** (Antón García): Bueno, pues acabo utilizando esos treinta segundos como empecé, haciendo un llamamiento a que trabajemos todos juntos. Yo estoy dispuesto a venir aquí con mis directores generales, si es necesario, todas las veces que ustedes consideren y a aportar toda la información para poder desarrollar mejor los proyectos en los que estamos implicados. Muchísimas gracias, de verdad, por darme la oportunidad de haber estado hoy con todos ustedes, y estoy a su entera disposición. Muchísimas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Antón, por la comparecencia, y esperamos tenerle de nuevo entre nosotros. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

**PCOC-1149/2020 RGE.15064. 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, con el siguiente objeto, valoración que hace sobre la atención que se presta en los centros de Atención Primaria y Hospitalaria del SERMAS a las familias que reciben la noticia de que van a tener un hijo con discapacidad.**

Pido al director general del Proceso Integrado de Salud, señor Vázquez, que, cuando pueda, ocupe su lugar en la mesa. (*Pausa.*) Muchas gracias y bienvenido, señor director general. Les recuerdo que el tiempo de tramitación de la pregunta no podrá exceder de diez minutos, repartidos por igual entre el autor de la iniciativa y el representante del Consejo de Gobierno en tres turnos. Señora Joya, tiene la palabra.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias. Pregunto qué valoración hace sobre la atención que se presta en los centros de Atención Primaria y Hospitalaria del Sermas a las familias que reciben la noticia de que van a tener un hijo con discapacidad.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Buenos días. Muchas gracias por la pregunta. La valoración que se hace, como no puede ser de otra manera, de la atención que se presta en este servicio de la red pública es la adecuada según la ley vigente.

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

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, doctor Vázquez. Afortunadamente, estamos avanzando mucho en la inclusión y la no discriminación de las personas con discapacidad, aunque aún queda mucho por hacer. En esta comisión hoy hemos hablado de vulnerabilidad y de humanización. En mi pregunta me estoy refiriendo a informar a los padres que van a tener un hijo con discapacidad, que creo que es un momento de gran vulnerabilidad y en el que hace falta mucha humanización. Es muy importante dar visibilidad a la discapacidad, también antes del nacimiento, y sobre todo asistir a los padres con información en el momento del diagnóstico. Hay discapacidades que se pueden diagnosticar intraútero, y cómo se lleve a cabo ese diagnóstico, cómo se dé la noticia y cómo se acompañe a los padres en ese momento y durante ese proceso condiciona el futuro tanto de los padres como del hijo. El desconocimiento de la discapacidad genera miedo, y ese miedo puede llevar a generar un rechazo a ese hijo en virtud de su discapacidad. Yo creo que eso va en contra de todas las iniciativas, en las que estamos de acuerdo que hay que trabajar, para llegar a la no discriminación de las personas con discapacidad.

Es necesario disponer en hospitales y centros de diagnóstico prenatal dependientes del Sermas de un protocolo de acompañamiento, información y asesoramiento a las familias que van a tener un hijo con discapacidad y de un programa de intervención durante el embarazo para

acompañarles, de un equipo interdisciplinar, con médico, trabajador social y representantes de asociaciones de familias de afectados que dé información cualificada sobre la discapacidad en sí y sobre las posibilidades terapéuticas que puede tener esa discapacidad y con testimonios de otros familiares que hayan tenido hijos con esa misma discapacidad. Este protocolo tiene que ser ágil y debe contar con un mecanismo de interconsulta de especialistas y de puesta en contacto con asociaciones y familiares; es fundamental disponer de él. Es importantísimo concienciar sobre esta necesidad para dar una oportunidad a los padres para que puedan afrontar esa situación y acoger a su hijo con discapacidad ya desde antes de nacer; creo que sería la mejor forma de colaborar para conseguir una inclusión verdadera, real y total de las personas con discapacidad. Muchas gracias.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Muchas gracias. Tomo nota de la propuesta y de este protocolo de acompañamiento para ver cómo se puede mejorar lo que ya se está haciendo. Lógicamente, como sabe, en el entorno de Atención Primaria existe en la Cartera de Servicios estandarizados desde hace muchos años un protocolo de atención y seguimiento de la mujer embarazada que se desarrolla no solamente por los profesionales médicos sino, lógicamente, por las matronas que hay en el ámbito de Atención Primaria, además del seguimiento que se hace de estos casos en el ámbito hospitalario.

Evidentemente, habría que valorar si hay que hacer, efectivamente, como propone, algún protocolo de acompañamiento, porque existen servicios dedicados y formación específica para aportar al profesional cómo dar las noticias y cómo hacer determinados acompañamientos, y sobre todo para aportar conocimientos también sobre lo que está en vigor; en este caso nos apoyamos en la Ley 41/2002, de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que da explicación de cuáles son los derechos que tienen las personas a ser atendidas e informadas. Como sabe, además, el Servicio Madrileño de Salud se caracteriza por una alta satisfacción en cuanto a la información que reciben los pacientes. De hecho, en cuanto a satisfacción de los usuarios, a nivel hospitalario está en un índice en torno al 90 por ciento todos los años, según la última encuesta de satisfacción que hemos publicado; evidentemente, en este caso, valora si las personas están bien informadas o si consideran que tienen una información adecuada. Como no puede ser de otra manera, siempre se pueden mejorar muchísimos aspectos, en este caso, del acompañamiento y de la información, pero sí es verdad que siempre basados en la Ley de Autonomía del Paciente y en la Cartera de Servicios que rige en estos momentos en la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor director general. Señora Joya, dispone de dos minutos y medio.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias por su información. Desde luego que hay que cumplir con la Ley de Autonomía del Paciente, pero yo voy más allá. Precisamente, en el contexto de esa humanización de la asistencia sanitaria -de la que hemos estado hablando esta mañana- y también de

la vulnerabilidad, creo que sería muy bueno poder dar una respuesta a estas familias, que en muchas ocasiones no reciben otra información más que la de que su hijo va a tener tal enfermedad, tal discapacidad o tal síndrome, y se van solos con sus miedos y su desconocimiento ante lo que supone esa enfermedad.

Yo creo que es relativamente barato disponer en los hospitales o en los centros de Atención Primaria de un protocolo de derivación -como digo- a un equipo multidisciplinar que pudiera aportar la información tanto de los distintos aspectos, sociales, técnicos y terapéuticos -hay muchos padres a los que no se les informa de las alternativas quirúrgicas o terapéuticas que puede tener esa discapacidad-, como de testimonios de otras familias que ya tienen a esos hijos con esa discapacidad para proporcionarle, en primer lugar, ese acompañamiento y esa humanización en el momento del diagnóstico de una enfermedad a un hijo, pero también para poder ayudar a los padres y darles toda la información que necesitan y a la que además tienen derecho, en virtud de la Ley de Autonomía del Paciente; necesitan tener un consentimiento informador completo. Yo creo que eso no se está dando a los padres ni a las familias, no se acompaña el diagnóstico de la discapacidad con toda esta información que creo que es fundamental -como digo- para el futuro de los padres y del hijo; yo creo que no está estructurada de una manera protocolizada en todos los hospitales.

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

La Sra. **JOYA VERDE**: Yo creo que eso sería algo muy bueno, y les animo a que piensen en implantarlo. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Joya. Señor director general, dispone de dos minutos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Voy a emplear muy poco tiempo. Simplemente, tomo nota, y si se puede reforzar alguno de estos aspectos de humanización, protocolización y equipos multidisciplinarios, pues, evidentemente, se verá. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor director general. Pasamos al siguiente punto del orden del día, en el que tanto el representante del Consejo de Gobierno como la autora de la iniciativa son los mismos que en el anterior punto.

**PCOC-1295/2020 RGE.19976. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Gábor Pilar Joya Verde, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre destino que se va a dar al Hospital Isabel Zenda en los períodos libres de pandemias en la Comunidad de Madrid.**

Tiene la palabra, señora Joya.



La Sra. **JOYA VERDE**: Gracias, señor presidente. Le pregunto por el destino que se va a dar al hospital Isabel Zendal en los periodos libres de pandemia en la Comunidad de Madrid.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Joya. Señor director general.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Buenos días de nuevo. Lo primero que quiero hacer es agradecer que la Comunidad de Madrid haya puesto a este hospital el nombre de una paisana mía, de La Coruña, como era Isabel Zendal, que recordarán que es, quizá, la primera enfermera en el mundo que hizo un viaje internacional llevando en 1803 la vacunación en la Operación Balmis por todo el mundo.

Este hospital, que además esta semana he tenido ocasión de volver a pasar a ver cómo están las obras y demás, lógicamente, está proyectado como un hospital multifuncional, pensado como un hospital de emergencias. Realmente, todos esperamos que en el mes de noviembre no tenga actividad COVID, por decirlo de alguna manera. No está pensado como fue en su momento Ifema; aunque su estructura es muy similar, no solamente va a tener esa oportunidad para epidemias COVID. Como saben, lleva también, de entrada, una dotación del Summa 112. Tiene también proyectado estar allí el laboratorio de Salud Pública, almacenes centrales y tres módulos o pabellones de los que probablemente en los primeros días ya se puedan tener habilitados dos, con 600 y pico camas. Lógicamente, es un hospital multifunción cuya actividad se irá modulando en función -valga la redundancia- de las necesidades asistenciales que se tengan en ese momento, y es una actividad que en su momento podrá ser para un posible pico de ingresos por gripe o un rebrote de la COVID en la ola pandémica o para otro tipo de actividades que puedan ayudar al ciudadano en diagnóstico; por ejemplo, se le puede dar una utilidad -que también se está estudiando- en screening de pruebas, etcétera. Lo que quiero decir en cuanto a este hospital es que tenemos que felicitarlos todos los madrileños de tener otra oportunidad de contar con una instalación totalmente preparada y dotada que los madrileños puedan utilizar y disponer del servicio que se les pretende prestar. Gracias.

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

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias, doctor Vázquez. Yo le he preguntado en reiteradas ocasiones al señor consejero en esta comisión cuáles han sido los criterios que han indicado la construcción de este hospital como paso previo a la misma. No he conseguido que me los expliquen; no he encontrado una fuente oficial, ningún comité, ningún listado; es decir, no he encontrado los criterios claros para la construcción de este hospital, previos a su construcción. Y una vez que ya hemos visto que se ha construido o que se está construyendo, ya que no nos dicen cuáles son los criterios que les han llevado a construirlo de manera tan urgente, por lo menos queremos saber para qué se va a usar, dado que, afortunadamente, de momento parece que no se está usando para su destino inicial, que era el de alojar a pacientes COVID. Y tampoco consigo que ustedes me den una contestación clara de cuál va a ser el uso alternativo de este hospital de pandemias. Ojalá no se dé el caso de que llegue un momento de una gran catástrofe en la Comunidad de Madrid y sea necesario,

ojalá no sea así, pero ustedes no saben decirnos cuáles son los usos que se van a dar a este hospital de pandemias.

Además, hablan en abstracto y en futuro: "un posible", "en caso de que", "en caso de que sea necesario", "en función de las necesidades", "en su momento..." Esto no justifica la construcción de un hospital por la vía de emergencia con un gasto de 50 o 60 millones. ¿Dónde está la emergencia? ¿Dónde está la necesidad y la emergencia para construir este hospital? Yo querría que me lo contestaran. Nos dicen que para alojar al Summa 112. El 112 ya está en el mayor centro de llamadas de emergencia de Europa, cuenta con una central de comunicaciones en la calle Antracita. También, para laboratorios, que serán pabellones de 600 y pico camas -que no nos dicen qué uso tienen pensado dar a esas posibles 600 y pico camas-, almacenes centrales.... ¿Realmente hace falta construir un hospital por la vía de emergencia, de 60 millones, para albergar unos almacenes centrales y el laboratorio de Salud Pública? Yo querría que verdaderamente nos justificaran la necesidad urgente de la construcción de este hospital.

¡Le digo que pedí los criterios en los que se basaron para construir este hospital!, ¡previos a la construcción!, cuando la señora Ayuso anunció que iban a hacerlo. ¡No nos los dieron! Ahora que se está en ello, les pedimos que nos digan cuáles son los usos que se le van a dar ¡y tampoco nos los dicen! A mí me parece que ese dinero bien se podría haber empleado en todo lo que ya hemos visto y en dar respuesta a las necesidades que ya conocemos. ¡Es que tenemos parcelas cedidas y promesas de construcción de centros de salud que no se han ejecutado! ¡Y estamos construyendo un hospital de 60 millones por la vía de emergencia para que nos digan que "en su caso", "es posible", "es posible que lleguemos a", "si es necesario..."! Yo querría, por favor, que me afinara un poquito más cuál va a ser el destino que se va a dar a este hospital, si es que lo tienen claro. Muchas gracias.

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Como le he comentado, si me pregunta cuál es la justificación de este hospital, me gustaría que el 21 de marzo de este año hubiéramos tenido este hospital. No lo teníamos y tuvimos que utilizar Ifema. Es decir, tener la posibilidad de que ante una pandemia de cualquier tipo podamos drenar flujos de pacientes a un hospital de emergencias, eso, de entrada, muy probablemente no lo tiene ninguna comunidad; por lo tanto, yo creo que eso es un éxito. Otra cosa es que le diga además que van Salud Pública, el laboratorio de Salud Pública o que lleve una dotación de transporte del Summa 112; eso es además de lo anterior. Lo que le digo es que asistencialmente, no tenga la menor duda... (*Rumores*).

El Sr. **PRESIDENTE**: Por favor, silencio.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): De que este hospital va a tener, en función... Porque, evidentemente, si no hay una catástrofe o una emergencia en ese momento, evidentemente... (*Rumores*).

El Sr. **PRESIDENTE**: Respeten al compareciente, por favor.

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

En ese momento, es obvio que, si no la hay, afortunadamente, no se va a llenar con pacientes COVID; pero le estoy diciendo que hay otras muchas necesidades dentro de esta comunidad para las que va a estar destinado este hospital. Como sabe, hay técnicas... En estos momentos se va a montar allí no solamente radiología sino escáner, etcétera. No se preocupe, que se va a hacer un uso más que adecuado en todos los momentos, en los picos y en los valles de la actividad asistencial que se tengan en la Comunidad de Madrid. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor director. Señora Joya, tiene la palabra; le queda un minuto.

La Sra. **JOYA VERDE**: Muchas gracias. ¡Solo faltaba que, además, no se le diera un uso adecuado! Pero es que me está diciendo, doctor Vázquez, que... Lo que yo le quiero preguntar es si ustedes han valorado alternativas previas a esas necesidades que me cita. Yo también lo pregunté. Pregunté por los criterios, que no me los daban. Y en base a esos criterios, ¿han agotado todas las posibilidades que tenemos en la Comunidad de Madrid para disponer de otras infraestructuras para esos usos que se le quieren dar a este hospital? ¿Se ha valorado? Porque eso habría supuesto un gran ahorro. ¿Se ha valorado la expansión local de la capacidad de hospitalización? ¿No se podría invertir algo en estudiar qué capacidad de expansión local tienen los hospitales para casos como los que hemos tenido? El Ifema no se ha llegado a llenar. La infraestructura y la inversión que se ha hecho en Ifema, ¿no se podría haber aprovechado por si acaso hubiera vuelto a hacer falta?

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

La Sra. **JOYA VERDE**: Lo que le quiero preguntar es que, si no hay emergencia en este momento... Me dice usted..., ¡pero es que ese hospital se nos vendió como un hospital de necesidad urgente!, y, de hecho, ¡se ha autorizado el gasto por la vía de la emergencia! ¡Y ahora nos están diciendo que no saben para qué se va a usar concretamente! Yo creo que lo que deberían hacer es, verdaderamente, plantearse...

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

La Sra. **JOYA VERDE**: Si todo esto que hemos invertido en este hospital no hubiera sido mejor invertirlo en otras necesidades, ¡que las tenemos muy urgentes en la comunidad!

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Joya. Señor director general, dispone de treinta segundos.

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

El resumen que le hago es que ¡claro que sabemos para qué existe y para qué se ha hecho este hospital! Evidentemente, precisamente se caracteriza por esa polivalencia; es decir, si hay una catástrofe o hay una emergencia o no la hay. Está claro que no podemos estar pensando en que

puede haber una emergencia y no tenerlo preparado; eso no quita que no se pueda utilizar o no se le puedan dar otros usos mientras no exista esa emergencia. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Vázquez. A continuación pasamos al siguiente punto del orden del día, para lo cual, pido, por favor, que suba la señora Sampedro. *(Pausa)*.

**PCOC-1303/2020 RGE.20594. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.<sup>a</sup> 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.**

Bienvenida, directora general de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. *(Pausa.)* Esto significa que ya está bien. Muchas gracias, nos alegramos mucho. Para la formulación de la pregunta tiene la palabra la parlamentaria de Vox, la señora Cuartero. *(Pausa.)* Perdona, les repito que tienen diez minutos repartidos en tres turnos entre los dos.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Bienvenida. Por supuesto, nos alegramos mucho de que esté usted repuesta y en condiciones de venir a contestarnos a esta pregunta. Le voy a hacer la pregunta en dos turnos, para que usted sepa la estructura y también se pueda distribuir el tiempo. Ninguno de nosotros -y creo que estamos todos nosotros de acuerdo- queremos pensar en prescindir ni por unos días, ni por unas horas, ni del día ni de la noche, de los médicos que atienden los servicios de urgencias en los hospitales, ni en las actuales condiciones de crisis sanitarias ni en condiciones normales. Ellos son la primera línea todos los días, las 24 horas del día, los 365 días del año; su empeño es salvar vidas y ayudarnos siempre que acudimos a un servicio de urgencias. Pero yo le pregunto por la valoración que hace la Consejería de Sanidad de la situación laboral que tienen ahora mismo los médicos de urgencias en la Comunidad de Madrid.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Cuartero. Señora Sampedro, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES** (Sampedro Blázquez): Muchas gracias, señor presidente. Gracias, señoría. A ver, aunque en el planteamiento de la pregunta no lo especificaba -sí lo acaba de aclarar ahora en su intervención-, yo había establecido el contexto de la respuesta en los médicos de urgencia hospitalaria, como personal para atender las urgencias de los centros hospitalarios que desarrollan su actividad únicamente en este ámbito, y no en las urgencias extrahospitalarias, que son los médicos de urgencia y emergencia del Summa 112.

La categoría de los médicos de urgencia hospitalaria, en el ámbito de instituciones sanitarias del Insalud, se crea mediante el Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, que regula, además, de forma específica, cuáles son las funciones que desempeñan estos profesionales y los requisitos que hay que tener para acceder a esta categoría. En ese sentido, este citado real decreto estableció que se puede

acceder a esas plazas desde cualquier especialidad en Ciencias de la Salud y lo harían en idénticas condiciones laborales del resto de facultativos especialistas adscritos a centros hospitalarios. Esto significa que hasta este momento los médicos de urgencia hospitalaria no cuentan con una especialidad propia entre las reguladas en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, que es el que clasifica las especialidades en Ciencias de la Salud y desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Hay que significar que ya en la elaboración del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, que era el que regulaba la troncalidad y los aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud, se planteó -y, además, también desde la Sociedad Española de Medicina de Emergencia Sanitaria- la necesidad de la creación de la Medicina de Urgencias y Emergencias como una especialidad médica. Sin embargo, durante la tramitación de este real decreto, no se llegó a un consenso por parte de las comunidades autónomas que posibilitaran, en ese momento, su creación, y esta categoría fue creada mediante el acceso de un área de capacitación específica a la que solo se podía acceder mediante determinadas especialidades médicas, como son, por ejemplo: la Medicina Interna, la Medicina Intensiva, la Medicina Familiar y Comunitaria o la Medicina de Anestesia y Reanimación.

No obstante, como este real decreto fue declarado nulo por el Tribunal Supremo, desde el Ministerio de Sanidad se creó un grupo de trabajo, dependiendo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, en el que participaban todas las comunidades autónomas, y la Comunidad de Madrid, por supuesto, y el posicionamiento de la Comunidad de Madrid fue la necesidad de la creación de esta especialidad.

Además, a este respecto también es importante decir que desde la Dirección General de Recursos Humanos se ha planteado, en reiteradas, ocasiones al pleno de la Comisión Nacional de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, la última vez en la reunión que tuvimos el 9 de junio de 2020, la necesidad urgente de la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias y su tramitación a través de un real decreto específico para ello. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Señora Cuartero, tiene la palabra.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Gracias, señor presidente. ¿Me puede decir de cuánto tiempo dispongo todavía?

El Sr. **PRESIDENTE**: *(Palabras que no se perciben al no estar encendido el micrófono)*.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Perfecto. Gracias. Parcialmente ha entendido mi pregunta, porque, efectivamente, me refiero a los médicos de urgencia hospitalaria, ipero a sus condiciones laborales!, no a la condición de reconocimiento de la especialidad de urgencias.

En mayo de 2019, el 62 por ciento de la plantilla de médicos de urgencias en la Comunidad de Madrid está en situación de fraude por abuso de temporalidad en la contratación. Han sido

contratados como interinos y han superado los dos años que se establecen para esta condición, y hay médicos de urgencias que se prevé que se jubilen en régimen de interinidad.

En febrero de 2019, la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales convocó una oferta pública de empleo para que estos médicos pudieran acceder a la condición de personal estatutario fijo en la categoría de médico de urgencia hospitalaria del Servicio Madrileño de Salud, en el marco del Programa de Estabilización del Empleo.

Desde abril de 2019, los médicos de urgencias de la Comunidad de Madrid -conviene incidir en que esto se produjo antes de estallar la pandemia, un año antes- han interpuesto más de 200 demandas contra la Administración autonómica por abuso de temporalidad. La oferta pública de empleo les pone en inferioridad de condiciones en relación con otros profesionales que no están en fraude de ley y pueden acceder, sin embargo, a esta oferta de empleo público.

En relación con el abuso de temporalidad, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea dictó este mismo 19 de marzo del año 2020, en pleno estallido de la pandemia, contra el Servicio Madrileño de Salud, en dos casos de abuso de temporalidad, indicando que existe abuso de la contratación temporal y que las ofertas públicas de empleo no son una medida acorde con la Directiva Europea para solucionar este fraude; no resultan adecuadas para prevenir y sancionar la utilización abusiva de la contratación temporal del sector público que se está haciendo, en concreto, en la Comunidad de Madrid. Los Estados miembros tienen obligación de establecer medidas adecuadas para sancionar estos abusos y compensar a las víctimas de los mismos. No se puede convocar ningún proceso selectivo sin fijar previamente cómo van a ser compensados los afectados por el fraude.

De todas maneras, con el objetivo de encontrar una solución que permita desjudicializar y evitar -imuy importante!- el recurso a medios de presión -como puede ser la huelga-, Somos Urgencias sabemos que ha presentado una propuesta alternativa a la Consejería de Sanidad para solucionar la situación laboral de estos médicos que prestan servicios de urgencias sin poner en ningún caso en peligro la cobertura de los servicios de urgencia de los hospitales del Sermas. Esa solución consiste en que los médicos que se encuentran actualmente en la situación de fraude de ley sean considerados empleados públicos equiparables en todo momento a empleados fijos o funcionarios de carrera sin serlo, con la misma estabilidad en el empleo, bajo los principios de permanencia e inamovilidad y con los mismos derechos y obligaciones inherentes al puesto; que sean considerados titulares y propietarios del puesto de trabajo que desempeñan, aplicándoseles las mismas causas, requisitos y procedimientos para el cese en dicho puesto de trabajo...

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

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Que la ley establece para los homónimos empleados públicos, fijos o funcionarios de carrera, con los mismos derechos y condiciones, excluyéndoles, por tanto de ofertas de empleo público y otros procesos selectivos para acceder a las plazas que ocupan. Esto es solo para aquellos que están en fraude de ley por régimen de interinidad que se ha prolongado en el tiempo, no para aquellos otros cuyos regímenes de interinidad no han caducado. Por

eso me gustaría saber qué valoración hace la Consejería de Sanidad de esta propuesta presentada por Somos Urgencias, en qué punto está su valoración, cuándo prevén darles una respuesta y en qué sentido, si puede ser. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Cuartero. Le queda un minuto y medio, señora directora general.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES** (Sampedro Blázquez): Gracias, señor presidente. En cuanto a los procesos de la oferta de empleo público, efectivamente el antiguo Insalud convocó el proceso extraordinario de consolidación de empleo previsto en Ley 16/2001 en el que se convocaron 618 plazas en la categoría de Médico de Urgencias y 67 de ellas correspondían a la Comunidad de Madrid. Posteriormente, tras las transferencias, es cierto que en 2009 se convocaron 37 plazas, mediante la oferta de empleo público, y en 2019, el 7 de febrero, se han convocado 325 plazas, y esos dos procesos han quedado suspendidos a la espera de la creación de la especialidad de Urgencia y Emergencia, por parte del Ministerio de Sanidad.

Es verdad que ahora mismo es importante señalar que estamos viendo y analizando la situación de temporalidad que existe en las urgencias, y estamos buscando fórmulas, junto con el colectivo, para hallar una solución que, atendiendo a la normativa vigente actual, tanto la nacional como la Europea, y así como distintas sentencias -alguna de ellas a las que ha hecho usted referencia- existentes sobre el asunto, permitan dar una respuesta legal para intentar consolidar esta situación de estos puestos de trabajo, pero no hay que olvidar que cualquier decisión que se tome...

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES** (Sampedro Blázquez): al respecto del colectivo de urgencia, tendría que tener la misma implicación y es lo que también estamos valorando con otros colectivos del Servicio Madrileño de Salud; estamos intentando buscar una solución con nuestros Servicios Jurídicos y el colectivo de médicos. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias. ¿Cómo dice? (La Sra. **CUARTERO LORENZO**: *¿Me quedan tres segundos, presidente, para la tercera intervención?*) No, ha consumido todo; es más, se ha pasado más de tres segundos. Cronometre, cronometre. (La Sra. **CUARTERO LORENZO**: *Cronometro, cronometro todas mis intervenciones.*) Pasamos al siguiente punto del orden del día.

**PCOC-1478/2020 RGE.22269. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Tania Sánchez Melero, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, se pregunta cuáles son las razones por las**

**que no hay profesionales médicos y de enfermería disponibles para ser contratados en la Comunidad de Madrid.**

Les recuerdo que disponen de diez minutos, repartidos por igual entre el Consejo de Gobierno y el autor de la iniciativa, en tres turnos cada uno; en tres turnos, cinco minutos. Tiene la palabra, señora Sánchez Melero.

La Sra. **SÁNCHEZ MELERO**: Quiero sumarme a las alegrías de que se encuentre usted bien de salud. Mire, durante todo el verano, el debate sobre los médicos que hacían falta para atender y dar cobertura a la Atención Primaria fundamentalmente como primer contacto con capacidad de freno de la pandemia, ha sido constante. Casi al final de verano la presidenta dijo que no se contrataban médicos porque no había médicos disponibles y el consejero dijo que estaban todas las bolsas agotadas; por eso le pregunto cuáles son las razones, en opinión de su dirección general, por las que no hay profesionales médicos y de enfermería disponibles para ser contratados.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Sánchez. Señora directora general.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES** (Sampedro Blázquez): Gracias, señor presidente. Señoría, gracias. En relación a los médicos especialistas en general no hay... *(Pausa.)* De cualquier manera, con carácter general, en las especialidades médicas no tenemos problemas, salvo en algunos puestos de Médico de Familia y de Pediatras, en el ámbito de Atención Primaria, y de Médicos de Urgencia y Emergencia, en el Summa, no hay problemas, como digo con carácter general, en las especialidades médicas para la contratación en el Servicio Madrileño de Salud.

Sí es verdad que la situación de la gestión de la pandemia ha provocado en todo el sistema nacional de salud que en algunas especialidades médicas haya un desajuste entre la oferta anual que tenemos de plazas de formación en Ciencias de la Salud, que son las convocadas por el Ministerio de Sanidad, y la demanda de algunas especialidades, como, por ejemplo, ha pasado con especialistas de intensiva. En este sentido desde la Comunidad de Madrid sí que se ha realizado un importante esfuerzo en la acreditación de nuevas unidades docentes y así, en la convocatoria 2018-2019, por ejemplo, se ofertaron 1.507 plazas, mientras que en la convocatoria de 2019-2020 se acreditaron 115 plazas nuevas y se ofertaron 131 plazas más, en concreto 1.638 en su totalidad. Para la convocatoria 2020-2021, hemos solicitado al ministerio la acreditación de 89 nuevas unidades docentes, lo que supondría un posible incremento potencial de 133 plazas.

Respecto a la contratación de enfermeras, habitualmente tampoco hay dificultad en contratar a este personal y las necesidades se vienen cubriendo de forma regular con los profesionales incluidos en la bolsa de trabajo centralizada de dicha categoría profesional que tenemos en el Sermas.

Es verdad que ahora, como consecuencia de las contrataciones masivas que hemos realizado -extraordinarias y, además, simultáneamente para atender a la pandemia en todo el sistema



nacional-, se han agotado las bolsas de enfermeras, de estos profesionales, en todo el territorio nacional.

Sí es importante decir que la contratación de médicos especialistas que hemos realizado, las autorizaciones de contratos que hemos hecho para la gestión del COVID, ha sido de 983 médicos en los planes funcionales, elaborados en cada uno de los centros, y además hemos reforzado con 285 médicos el periodo de verano. En el caso de enfermeras hemos contratado 3.700 enfermeras en los planes funcionales hasta el 31 de diciembre y hemos autorizado la renovación de 1.130 enfermeras hasta el 31 de diciembre también, que acababan sus contratos en verano. Por tanto, sí es cierto que con carácter general el problema de la contratación existe en Médico de Familia y Pediatra, en el ámbito de Atención Primaria; en el resto de especialidades, con carácter general, no tenemos problemas de contratación.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora directora. Señora Sánchez.

La Sra. **SÁNCHEZ MELERO**: Le confieso que es muy difícil para este grupo parlamentario - y creo que para el conjunto de los grupos de la oposición- seguir los datos que ustedes facilitan en sus comparecencias, en las notas de prensa y en la comunicación, en relación con los datos que se publican en el Portal de Transparencia de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Mire, usted habla de centenares de médicos contratados durante este proceso y miles de enfermeras, y las plantillas del Portal de Transparencia no reflejan tal hecho, ino lo reflejan en absoluto! Reflejan, de hecho, que, en el pico más alto de médicos contratados durante 2020 -médicos de Medicina de Familia de Primaria-, el total era de 4.135 en junio, que fue el mes de más contratación; en enero, que es el inicio del año con menos contratación, había 4.049; la diferencia son 86 médicos de familia contratados entre enero y junio con una pandemia de por medio; desde luego muy lejos de las cifras que usted está dando. O no actualizan los datos o cuando vienen aquí hacen cálculos que son imposibles de rastrear en la realidad porque o son maquillajes de los datos o yo me pierdo. Pasa lo mismo con las plantillas de enfermería: en enero de 2020 había 3.682; en junio, las plantillas que reflejan sus páginas son 3.923; son 240 más, lejos de las miles, que usted ha señalado y lejos de los 1.200 que señalan los profesionales que harían falta para cubrir las demandas. Luego está la broma, porque sinceramente es una broma, de que no hay médicos de Primaria. Mire, le he traído esto: estos son los médicos que se presentaron en esta última convocatoria de Atención Primaria, itodos estos!, son dos mil y pico entradas, han aprobado mil y pico. ¡No me puedo creer que no encuentren médicos de familia! ¡Es que es increíble! Esta gente, ¿qué pasa? ¿No quiere trabajar? ¿Prefiere estar en su casa y no prestar sus servicios? ¡Es bastante increíble!

Mire, en opinión de este grupo, lo que sucede es que su consejería ha decidido no contratar, que en su consejería a mediados de junio, cuando parecía que había pasado la pandemia, decidieron no seguir gastando dinero en atención. ¡Eso es lo que decidieron! Como lo decidieron en 2008 cuando vino la crisis, y provocaron que miles de profesionales sanitarios, médicos y enfermeras abandonaran nuestro país. ¿Sabe lo que creo? Que su dirección general y su consejería lleva sin planificar las

plantillas médicas decenas de años y, ahora, en mitad de la pandemia, no son si quiera capaces de reconocer los errores, de poner todos los recursos económicos y todos los recursos de personal necesarios para que se saquen las plazas adelante y de paliar este desfase entre los médicos disponibles y los que ustedes contratan.

Se ha hablado ya en esta comisión hace diez minutos de las condiciones de los profesionales en urgencias. El logro que han tenido ustedes en esta pandemia es el de aumentar en siete puntos el porcentaje de interinidad y de eventualidad de los profesionales en Atención Primaria. El nivel de presión y de estrés que tienen es brutal, por lo cual seguirán abandonando nuestro sistema sanitario.

Le digo dos cosas sencillas: hay que empeñarse en planificar las plantillas, ipero de manera inmediata!; hay que agilizar la convocatoria que dé cabida a todas estas personas que figuran en esta larga lista que se han quedado fuera, a toda la gente que está disponible para trabajar. Hay que tomarse en serio algo que ustedes no entienden muy bien. Ustedes son una centrifugadora de talento y hay que volver a convertir Madrid en un atrayente de talento.

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

La Sra. **SÁNCHEZ MELERO**: Para eso, reconocimiento profesional, salarios, estabilidad en el empleo y una cuestión que a ustedes se les olvida: acompañamiento en el retorno en medidas de conciliación y de vivienda, que son imprescindibles para que quienes están trabajando fuera de España quieran volver. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Sánchez. Para la próxima, en aras de la cortesía parlamentaria, le ruego muestre los datos de otra forma, por favor. Muchas gracias. Señora directora general, tiene un minuto y cuarenta segundos.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES** (Sampedro Blázquez): Primero, quería aclarar que el ámbito del contexto de la pregunta se refería a médicos y enfermeras, en general, y en ningún momento estaba circunscrito a médicos de Atención Primaria y, por tanto, los datos que yo he facilitado son médicos especialistas. En ningún momento, el planteamiento de la pregunta iba relacionada únicamente a médicos de Atención Primaria. No obstante, somos conscientes de que existe efectivamente dificultad en la cobertura de plazas de médicos de familia y de pediatras y, con el fin de hacer más atractivas estas plazas, facilitar la capacitación de nuevos profesionales y fidelizar a los profesionales existentes, el Gobierno de la Comunidad de Madrid ha anunciado la puesta en marcha de un Plan de Mejora Integral de la Atención Primaria que incluye medidas orientadas a mejorar las condiciones laborales y retributivas de estos recursos humanos así como otros aspectos relacionados con la organización de la actividad entre los que se encuentran la gestión compartida de la demanda, la flexibilización de la organización y la actividad, medidas para mejorar las ratios y la accesibilidad de consultas, reducción de tareas burocráticas, teletrabajo y la creación de nuevas plazas en una plantilla horizonte en las plantillas orgánicas. Además, hemos contemplado también la adecuación de las retribuciones de todos los especialistas en el ámbito del Servicio de Madrileño de Salud, tanto en Atención Primaria como

Atención Hospitalaria como el Summa 112, entendiendo que al conllevar la misma titulación y el mismo nivel de especialización tienen que tener las mismas retribuciones. Tenemos que incentivar –y el plan lo contempla– la contratación de puestos de difícil cobertura que no se pueden cubrir.

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES** (Sampedro Blázquez): Ahora mismo tenemos 69 vacantes que estamos ofertando, contratos interinos en plaza vacante y no se cubren. Por tanto, creemos que también tenemos que ir por la línea de incentivar esos puestos de difícil cobertura mediante un tratamiento específico y analizando las causas de por qué no se cubren, dónde estar ubicadas, el turno, la distancia, la dispersión geográfica, etcétera. Por tanto, estamos elaborando un plan que se va a recoger en este último trimestre de 2020 y que va a tener una periodicidad de los ejercicios 2021-2022 para llevarlo a cabo. Gracias.

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

**PCOC-1538/2020 RGE.23004. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Diego Figuera Álvarez, diputado del Grupo Parlamentario Más Madrid en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre actuaciones que tiene previstas el Gobierno para reforzar los recursos asistenciales en Salud Mental para hacer frente al previsible aumento de la demanda de atención psicológica en la región como consecuencia de la crisis de la COVID-19.**

Para responder a la pregunta, ruego al señor Vázquez que ocupe la tribuna. Les recuerdo que la formulación de la pregunta no podrá exceder de diez minutos, repartidos por igual en tres turnos cada uno. Señor Figuera, tiene la palabra.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Muchas gracias, señor presidente. Bienvenido de nuevo, señor Vázquez. Le queremos preguntar qué aportaciones tienen previstas el Gobierno para reforzar los recursos asistenciales en salud mental para hacer frente al previsible aumento de la demanda de atención psicológica en la región como consecuencia de la crisis del coronavirus. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Figuera. Señor director general.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Gracias, señor presidente. Señor Figuera, como sabe, en los últimos tres años el Servicio de Madrileño de Salud incrementó o trató de incrementar todo lo posible lo que es la atención psicológica. En concreto, en ese Plan de Salud Mental que conoce del año 2018-2020 a través de la contratación de psicólogos clínicos, de la apertura del hospital de día de adolescentes del hospital Gregorio Marañón,

la unidad de hospitalización de adolescentes del hospital Puerta de Hierro, que ya está funcionando desde el año 2018, con tres psicólogos clínicos adicionales.

Como sabe también, en Atención Primaria durante el curso 2017-2018 se incorporaron 21 psicólogos clínicos, tres distribuidos en cada una de las 7 direcciones asistenciales y además se contrataron 6 psicólogos clínicos en el Summa 112, en el año 2019, que están desarrollando, como sabe, el Programa Psicosumma y realizando actuaciones psicológicas sobre todo ante la crisis y en la prevención del suicidio. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor director. Señor Figuera.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Bueno, me deja perplejo la respuesta, señor Vázquez, porque no ha hablado nada de lo que está pasando y lo que va a pasar con la COVID. Yo le he preguntado por lo que iba a pasar, porque, si ya teníamos un problema en salud mental y en las necesidades asistenciales terribles, cuando el 9 por ciento de la población, en este momento, de la Comunidad de Madrid está diagnosticado de algún trastorno mental; el 25 por ciento de la población a lo largo de la vida en Madrid va a tener algún tipo de diagnóstico en trastorno mental; el 25 por ciento de las consultas en Atención Primaria están relacionadas con la salud mental; estaba creciendo la asistencia y las necesidades asistenciales, dicho por la propia consejería, en un 7 por ciento anual hasta la COVID y los planes en la COVID, estudiados por la propia consejería con las encuestas que han publicado ustedes, prevén una duplicación de la demanda de la asistencia y de las necesidades asistenciales en salud mental, se prevé pasar del 7 por ciento a un 22 por ciento de necesidades. Eso implica casi una duplicación de las necesidades asistenciales y, probablemente, con esas plantillas que tenemos que, efectivamente, las últimas adquisiciones están todavía por completarse de acuerdo con el Plan de Salud Mental de 2020, no creemos que sea suficiente para lo que nos viene ante la tercera ola de la pandemia que, probablemente sea la ola de la salud mental. Espero que me pueda responder y luego podemos continuar.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Figuera. Señor director general.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Le amplió la información, señor Figuera. Vamos a ver, como sabe, existe un Plan de Respuesta Asistencial de Atención Prioritaria a la Salud Mental generada por la crisis del COVID y, como sabe, es un plan pionero en España que ha permitido, a través de este plan, una contratación extraordinaria de 62 profesionales entre psicólogos clínicos y psiquiatras principalmente, así como esa apertura del hospital de día para adolescentes, que le comentaba. En concreto, 36 de ellos son psicólogos clínicos y 23 son psiquiatras, que se unen a esos 13 psicólogos clínicos y 9 psiquiatras previstos en la dotación de esta anualidad del Plan de Salud Mental al que me he referido de 2018-2020, por lo tanto, está casi completamente ejecutado. Eso supone un número de 49 psicólogos clínicos más en la red de salud mental de la Comunidad de Madrid solo en este año 2020, sin contar con esa incorporación, que le decía antes, de los 21 psicólogos clínicos y los 6 psicólogos clínicos del Summa 112. Según este plan, actualmente estamos en una primera fase, con un aumento de la demanda inicial de los casos

de gravedad variable y que a esta fase, como sabe, iría una segunda fase de demanda compleja en los siguientes seis meses en la que persisten los casos graves incorporados bien desde el inicio del aumento de la demanda o bien casos que han sido atendidos en Atención Primaria y que, por su complejidad o no mejoría, se incorporarían ahí.

Con este plan, en el primer trimestre –le traigo algún dato- se ha atendido a 3.666 pacientes nuevos de estos tres grupos de vulnerabilidad específica por problemas de salud mental, que requerirían atención especializada, y se han mantenido en seguimiento una media mensual de 2.370 personas, haciendo un número total de 7.000 seguimientos en el primer trimestre. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor director. Señor Figuera, dispone de tres minutos y diez segundos.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Muchas gracias. La verdad es que esas cifras que nos dan realmente no van a servir para cambiar lo que nos espera, porque este incremento de la demanda y las evidencias científicas nos hacen pensar, igual que a la OMS, que vamos a necesitar una cantidad ingente de profesionales, porque la demanda se va a triplicar no solo a lo largo de los próximos meses sino de los próximos dos o tres años. Según la OMS, en Europa tenemos alrededor de 15 psicólogos por cada 100.000 habitantes y nosotros, con el plan de Salud Mental y con los refuerzos previstos para la COVID, no vamos a llegar siquiera a 5 por 100.000 habitantes. Por otro lado, somos la segunda comunidad española con menos psicólogos por cada 100.000 habitantes, y además nuestros psiquiatras tienen muy poco tiempo para trabajar y formarse en psicoterapia.

Por todo ello, probablemente, tal como pensamos, vamos a tener serios problemas para atender toda la demanda, demanda que va a ir en aumento, porque la tercera ola de salud mental es una ola que no solo tiene que ver con la crisis sanitaria de la COVID sino con determinantes sociales de la salud como la precariedad en el empleo, la soledad no deseada, los duelos patológicos... Es decir, con todas las situaciones que ustedes han estudiado y que, efectivamente, van a hacer que la plantilla sea insuficiente; plantilla que, además, está mal dimensionada entre Atención Primaria, centros de salud mental y los hospitales de día, porque, como nos ha contado, el aumento es absolutamente insuficiente.

Realmente, vamos a tener un problema con las listas de espera, pues ya en la actualidad la lista de espera para nuevos pacientes –y no se han actualizado- es de 180 días, y para una sesión de psicoterapia al mes de 30 o 40 minutos de duración, que es como no hacer psicoterapia –y se lo digo, porque trabajo en salud mental-. Esto es absolutamente insuficiente; por ello, le pedimos una revisión de todos estos planes, le pedimos que se ponga en marcha un nuevo Plan de Salud Mental, porque el actual finaliza en 2020, y le pedimos también que se ponga en marcha el Observatorio de Salud Mental, donde las asociaciones científicas, los familiares y los políticos podamos opinar y podamos aportar, como decía muy bien el viceconsejero de Humanización, porque, si no, vamos al desastre absoluto.

Todos los profesionales sanitarios están cansados, hay un aumento enorme de bajas por problemas de salud mental, y solo se atiende medicalizando el sufrimiento, es decir, solamente dando pastillas, que es lo que se está pudiendo hacer ahora. Le recuerdo que somos el país de Europa con mayor consumo de psicofármacos y que la región de Madrid va en esas cifras. ¡Así vamos al desastre, así las plantillas van a ser cada vez menores y las bajas van a durar cada vez más! Entonces, le pido un esfuerzo, le pido que cuente con nuestra participación para intentar evitar un desastre, a ver si esta vez lo podemos prevenir, no como en la primera ola. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Figuera. Para cerrar el debate tiene la palabra el director general por un tiempo de un minuto y cuarenta segundos.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD** (Vázquez Castro): Muchas gracias. El incremento de psicólogos clínicos en el Servicio Madrileño de Salud ha sido, solamente en un año, de en torno a un 20 por ciento. Como sabe, esto significa que ha sido la segunda categoría profesional con mayor incremento de efectivos, después de enfermería, en los últimos tres años. (*Rumores.*) Por supuesto, esta es una cifra, y estoy de acuerdo con usted en que lo más importante es hacer un estrecho seguimiento de la demanda dentro del plan específico durante los próximos meses y, en función de las necesidades que se detecten, efectivamente, para este nuevo escenario, elaborar un nuevo Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

No obstante, quiero decirle que, en comparación con otras comunidades, Valencia y Galicia han sido las únicas comunidades que han implementado algún refuerzo COVID en salud mental y, por cierto, más tarde y con menos inversión anual. Muchísimas gracias.

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

### — RUEGOS Y PREGUNTAS. —

¿Algún diputado o diputada desea formular algún ruego o alguna pregunta? (*Pausa.*) ¿Sí, señor Freire?

El Sr. **FREIRE CAMPO**: En el orden del día de hoy mi grupo había solicitado la comparecencia del señor consejero. Ciertamente, el Grupo Parlamentario Socialista no tiene representantes en la Mesa y nos sorprendido que usted, el día 8 de octubre, como presidente, y la secretaria de la Mesa, antes de que el consejero aparentemente diera un argumento para pedir delegación ya se la hubiesen dado. Me parece que esto rompe una tradición, que creo que nunca me había pasado en los años que llevo de diputado que, sin una justificación previa y en contra del grupo proponente, los miembros de la Mesa acepten la delegación del Gobierno, cuya justificación no nos ha

llegado, de hecho, ustedes la han aceptado antes de que el consejero diera una razón para ello. Cuando ha sido el caso, ningún problema si ha habido justificación, pero creemos que es una obligación democrática de los consejeros comparecer en comisión cuando se les pide y que, en principio, debe ser excepcional toda negativa y, por supuesto, no ir en contra del grupo proponente. Esto es lo que quiero decir para que conste en acta.

El Sr. **PRESIDENTE**: Así se hará y constará en acta. Le quiero comunicar, señor Freire, que, como usted bien sabe, la Mesa nunca consulta al consejero si va a delegar o no. Aquí, simplemente, lo que se hace es preguntar al proponente si acepta delegación o no acepta delegación.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Pues no me lo han preguntado.

El Sr. **PRESIDENTE**: Le cuento. No se preguntó por el modo en que tenemos la reunión de Mesa y Portavoces, que ya les adelanto que no volverá a ser por chat, que volverá a ser por Teams para evitar este tipo de confusiones. Como teníamos que decidir, y en un tiempo máximo, si aceptábamos o no la delegación del consejero, los miembros de la Mesa decidimos, y ahora le daré la palabra a la letrada para que pase a informar del artículo que así lo confirma... *(Rumores.)* Exactamente. Entonces, como teníamos que decidir así decidimos dar la opción al consejero de si quería delegar o no. Señora letrada, por favor, para que quede claro ya de una vez por todas.

La Sra. **LETRADA**: *(Palabras que no se perciben al no estar encendido el micrófono).*

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora letrada. Espero que haya quedado claro con la lectura del artículo del Reglamento.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Mi planteamiento es que volvamos a los usos que siempre hemos tenido, en los que la Mesa consultaba al grupo proponente si aceptaba la delegación, que es como siempre se ha hecho cuando ha habido una causa que lo ha justificado.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Freire. Señora Sánchez.

La Sra. **SÁNCHEZ MELERO**: Rogaría al presidente que retirara del orden del día la amonestación que me ha hecho por la forma de presentar los datos, ya que en esta Cámara ese precedente y esa forma de presentar datos la impuso la presidenta en el seno del pleno y, por tanto, creo que no ha lugar a esa amonestación que me ha realizado y preferiría que no quedara en el orden del día que he sido amonestada.

El Sr. **PRESIDENTE**: Mire, yo, en aras de lo que atañe a esta comisión, no lo voy a retirar, señora Sánchez. Señora Lillo.

La Sra. **LILLO GÓMEZ**: Gracias, presidente. Era relativo al punto anterior, pero bueno, no voy a insistir, si ya se ha visto que se va a buscar la manera de evitar este tipo de situaciones. Lo comparto y entiendo que, como está recogido en el Reglamento, yo empatizo y comprendo que estemos en una situación excepcional de pandemia y, por lo tanto, todo lo que vaya en aras de poder

garantizar que viene a comparecer quien el grupo proponente estipula, creo que nos beneficia a todas. Quiero agradecer también a la Mesa que haya entendido que, para evitar este tipo de situaciones, se vuelva a otra dinámica que creo que nos beneficia a todas, simplemente. Gracias.

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

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Querría añadir desde nuestro grupo el apoyo a esta manera de trabajar –digamos- más clásica, incluso en tiempos de COVID, y también pedir, si es posible, que, en vez de ser por Teams, se pueda hacer presencial al final de alguna sesión, como la comisión de Sanidad se reúne cada quince días... No sé si era lo habitual antes, si utilizaban un rato antes o un rato después para poder... Porque eso crea más camaradería y menos dificultades a la hora de decidir estas cosas, por lo que yo creo que, en aras de la buena humanización de esta comisión, si pudiera ser, sería mejor, en vez de hacerlo por Teams, hacerlo de manera presencial. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Señor Figuera, estoy absolutamente de acuerdo con usted. Yo lo planteé en la última Mesa y dijeron que no, porque a lo largo de los quince días podían suceder cosas que hacían que no fuera aconsejable hacerlo después de cada comisión, pero yo no tengo ningún problema en hacer lo que acuerden los portavoces.

El Sr. **FIGUERA ÁLVAREZ**: Quizá tiene que ver con que, como esa vez no estaba yo convocado, hubo ese problema con las convocatorias, como vicepresidente, quizá no me enteré por eso, porque...

El Sr. **PRESIDENTE**: No, porque fue al final de una comisión. No tiene nada que ver con las convocatorias. Sin más asuntos, se levanta la sesión. Muchas gracias.

*(Se levanta la sesión a las 14 horas y 11 minutos).*









**SECRETARÍA GENERAL DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA**

**SERVICIO DE PUBLICACIONES**

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

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

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



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

Asamblea de Madrid