

# *Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid*



---

Número 547

16 de junio de 2025

XIII Legislatura

---

## COMISIÓN DE SANIDAD

### PRESIDENCIA

Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> Susana Pérez Quislant

Sesión celebrada el lunes 16 de junio de 2025

### ORDEN DEL DÍA

**1.- PCOC-4915/2024 RGEF.19848.** Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Carlos Moreno Vinués, diputado del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Considera adecuadas las condiciones laborales que ofrece la Comunidad de Madrid a sus profesionales sanitarios?

**2.- PCOC-5348/2024 RGEF.20921.** Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Santiago José Rivero Cruz, diputado del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Tiene el Gobierno de la Comunidad de Madrid una estrategia integral para prevenir y atender a las personas afectadas por la adicción a las drogas relacionadas con las prácticas sexuales (chemsex)?

---

**3.- PCOC-161/2025 RGEF.501.** 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, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Tiene previsto el Gobierno de la Comunidad de Madrid la construcción de un centro de salud en la zona básica de salud de La Marazuela, en el municipio de Las Rozas?

**4.- PCOC-163/2025 RGEF.503.** 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, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Tiene previsto el Gobierno de la Comunidad de Madrid la construcción de un centro de salud en la zona básica de salud de Méndez Álvaro?

**5.- PCOC-172/2025 RGEF.513.** 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, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Tiene previsto el Gobierno de la Comunidad de Madrid la construcción de un centro de salud en la zona básica de salud de Villanueva del Pardillo?

**6.- PCOC-1873/2025 RGEF.6605.** Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.<sup>a</sup> Marta Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué medidas se están implementando para potenciar la prescripción de actividad física desde la atención primaria?

**7.- PCOC-2199/2025 RGEF.7996.** Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.<sup>a</sup> Marta Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Considera que existen diferencias de resultados en salud en función de los distintos modelos de gestión de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud (gestión directa, PFI, PPP)?

**8.- PCOC-2544/2025 RGEF.9523.** Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.<sup>a</sup> Marta Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: acciones de gobierno desarrolladas tras la aprobación de la Proposición No de Ley 105/23 en la sesión Plenaria de 8 de noviembre de 2023 en relación a la actualización de contenidos de promoción de los hábitos alimenticios saludables y la actualización del Pacto Contra los Trastornos de Conducta Alimentaria.

**9.- PCOC-3065/2025 RGEF.11411.** Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Javier Guardiola Arévalo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué acciones están realizando para mejorar la accesibilidad en las instalaciones del Hospital del Tajo en Aranjuez?

**10.- En su caso, C-888/2025 RGEF.11775.** Comparecencia de la Sra. D.<sup>a</sup> Carina Escobar Manero, Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), a

petición del Grupo Parlamentario Popular, con el siguiente objeto: informar sobre situación de las pluripatologías crónicas en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

**11.- Ruegos y preguntas.**

**SUMARIO**

	<b>Página</b>
- Se abre la sesión a las 16 horas.....	24846
- Intervienen la Sra. Cuartero Lorenzo, el Sr. Moreno Vinués, la Sra. Carmona Osorio y la Sra. Marbán de Frutos comunicando las sustituciones en sus grupos. ....	24846
— <b>Modificación del orden del día:</b> tramitación del punto séptimo en segundo lugar, PCOC-2199/2025 RGEP.7996, del punto sexto en cuarto lugar, PCOC-1873/2025 RGEP.6605 y del punto octavo en quinto lugar, PCOC-2544/2025 RGEP.9523.....	24846
— <b>PCOC-4915/2024 RGEP.19848. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Carlos Moreno Vinués, diputado del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Considera adecuadas las condiciones laborales que ofrece la Comunidad de Madrid a sus profesionales sanitarios?.....</b>	24846
- Interviene el Sr. Moreno Vinués, formulando la pregunta. ....	24847-24848
- Interviene el señor director general de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, respondiendo la pregunta. ....	24848-24849
- Intervienen el Sr. Moreno Vinués y el señor director general, ampliando información. . .	24849-24850
— <b>PCOC-2199/2025 RGEP.7996. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Marta Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Considera que existen diferencias de resultados en salud en función de los distintos modelos de gestión de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud (gestión directa, PFI, PPP)? .....</b>	24851
- Interviene la Sra. Carmona Osorio, formulando la pregunta. ....	24851-24852
- Interviene la señora directora general Asistencial, respondiendo la pregunta. ....	24852-24853

- Intervienen la señora Carmona Osorio y la señora directora general, ampliando información.....	24853-24854
<b>— PCOC-5348/2024 RGEF.20921. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Santiago José Rivero Cruz, diputado del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Tiene el Gobierno de la Comunidad de Madrid una estrategia integral para prevenir y atender a las personas afectadas por la adicción a las drogas relacionadas con las prácticas sexuales (chemsex)? .....</b>	24854
- Interviene el Sr. Moreno Vinués, formulando la pregunta. ....	24854-24855
- Interviene la señora directora general de Salud Pública, respondiendo la pregunta. .	24855-24856
- Intervienen el Sr. Moreno Vinués y la señora directora general, ampliando información.....	24856-24858
<b>— PCOC-1873/2025 RGEF.6605. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Marta Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué medidas se están implementando para potenciar la prescripción de actividad física desde la atención primaria? .....</b>	24858
- Interviene la Sra. Carmona Osorio, formulando la pregunta. ....	24858-24859
- Interviene la señora directora general de Salud Pública, respondiendo la pregunta. .	24859-24860
- Intervienen la Sra. Carmona Osorio y la señora directora general, ampliando información.....	24860-24861
<b>— PCOC-2544/2025 RGEF.9523. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Marta Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: acciones de gobierno desarrolladas tras la aprobación de la Proposición No de Ley 105/23 en la sesión Plenaria de 8 de noviembre de 2023 en relación a la actualización de contenidos de promoción de los hábitos alimenticios saludables y la actualización del Pacto Contra los Trastornos de Conducta Alimentaria. ....</b>	24862
- Interviene la Sra. Carmona Osorio, formulando la pregunta. ....	24862
- Interviene la señora directora general de Salud Pública, respondiendo la pregunta. .	24862-24865

- Intervienen la Sra. Carmona Osorio y la señora directora general, ampliando información.....	24865
<b>— PCOC-161/2025 RGEF.501. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Ana María Cuartero Lorenzo, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Tiene previsto el Gobierno de la Comunidad de Madrid la construcción de un centro de salud en la zona básica de salud de La Marazuela, en el municipio de Las Rozas? .....</b>	24865
- Interviene la Sra. Cuartero Lorenzo, formulando la pregunta. ....	24865-24866
- Interviene la señora directora general de Infraestructuras Sanitarias, respondiendo la pregunta.....	24866
- Intervienen la Sra. Cuartero Lorenzo y la señora directora general, ampliando información.....	24867
<b>— PCOC-163/2025 RGEF.503. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Ana María Cuartero Lorenzo, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Tiene previsto el Gobierno de la Comunidad de Madrid la construcción de un centro de salud en la zona básica de salud de Méndez Álvaro? .....</b>	24867
- Interviene la Sra. Cuartero Lorenzo, formulando la pregunta. ....	24867
- Interviene la señora directora general de Infraestructuras Sanitarias, respondiendo la pregunta.....	24867-24868
- Intervienen la Sra. Cuartero Lorenzo y la señora directora general, ampliando información.....	24868
<b>— PCOC-172/2025 RGEF.513. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Ana María Cuartero Lorenzo, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Tiene previsto el Gobierno de la Comunidad de Madrid la construcción de un centro de salud en la zona básica de salud de Villanueva del Pardillo?.....</b>	24869
- Interviene la Sra. Cuartero Lorenzo, formulando la pregunta. ....	24869
- Interviene la señora directora general de Infraestructuras Sanitarias, respondiendo la pregunta.....	24869

- Intervienen la Sra. Cuartero Lorenzo y la señora directora general, ampliando información.....	24869-24870
<b>— PCOC-3065/2025 RGEF.11411. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Javier Guardiola Arévalo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué acciones están realizando para mejorar la accesibilidad en las instalaciones del Hospital del Tajo en Aranjuez? .....</b>	<b>24870</b>
- Interviene el Sr. Guardiola Arévalo, formulando la pregunta.....	24870-24871
- Interviene la señora directora general de Infraestructuras Sanitarias, respondiendo la pregunta.....	24871-24872
- Intervienen el Sr. Guardiola Arévalo y la señora directora general, ampliando información.....	24872
<b>— C-888/2025 RGEF.11775. Comparecencia de la Sra. D.<sup>a</sup> Carina Escobar Manero, Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), a petición del Grupo Parlamentario Popular, con el siguiente objeto: informar sobre situación de las pluripatologías crónicas en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea). .....</b>	<b>24872</b>
- Exposición de la Sra. Escobar Manero, presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes.....	24873-24877
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Cuartero Lorenzo, el Sr. Moreno Vinués, la Sra. Arce García y la Sra. Marbán de Frutos.....	24877-24886
- Interviene la Sra. Escobar Manero, presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, dando respuesta a los señores portavoces.....	24887-24890
<b>— Ruegos y preguntas. ....</b>	<b>24890</b>
- No se formulan ruegos ni preguntas. ....	24890
- Se levanta la sesión a las 18 horas y 19 minutos. ....	24890

*(Se abre la sesión a las 16 horas).*

La Sra. **PRESIDENTA**: Buenas tardes, señorías. Se abre la sesión. En primer lugar, se ruega a los señores portavoces que anuncien las sustituciones que se han producido en sus respectivos grupos parlamentarios. ¿Por el Grupo Parlamentario Vox en Madrid?

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Ninguna. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: ¿Por el Grupo Parlamentario Socialista?

El Sr. **MORENO VINUÉS**: Yo en sustitución del diputado Guardiola.

La Sra. **PRESIDENTA**: O sea que viene sustituyendo; perfecto. ¿Por el Grupo Parlamentario Más Madrid?

La Sra. **CARMONA OSORIO**: No hay sustituciones y la comparecencia la sustanciará mi compañera Mariana Arce.

La Sra. **PRESIDENTA**: ¿Y por el Grupo Parlamentario Popular?

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Buenas tardes, presidenta. No hay sustituciones. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: En segundo, lugar, se propone a sus señorías, a iniciativa de esta presidencia, la alteración del orden del día, para que, como siempre, tramitemos las preguntas de contestación oral incluidas en el mismo agrupándolas en función de la siguiente relación que se ha conformado por los altos cargos que han acudido a contestarlas, que son: el director general de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, la directora general Asistencial, la directora general de Salud Pública y la directora general de Infraestructuras Sanitarias. De este modo, el orden de las preguntas quedaría del siguiente modo: en primer lugar, pregunta 4915/24; en segundo lugar, 2199/25; en tercer lugar, 5348/23; en cuarto lugar, 1873/25; en quinto lugar, 2544/25; en sexto lugar, 161/25; en séptimo lugar, 163/25; en octavo lugar, 172/25, y, en noveno lugar, 3065/25. Ya saben que para que la comisión acuerde esta alteración del orden del día, conforme al artículo 107.3 del Reglamento, se requiere unanimidad en la misma. ¿Se acepta esta alteración del orden del día por la comisión? *(Pausa.)* Se acepta por asentimiento, por lo que damos paso al primer punto del orden del día.

**PCOC-4915/2024 RGE.19848. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Carlos Moreno Vinués, diputado del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Considera adecuadas las condiciones laborales que ofrece la Comunidad de Madrid a sus profesionales sanitarios?**

Contestará a esta pregunta, por parte del Gobierno, don Miguel Ángel Rodríguez Roiloa, director general de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, a quien ruego se incorpore a la mesa. Señor Moreno, tiene la palabra para formular la pregunta; cuando quiera.

El Sr. **MORENO VINUÉS**: Gracias, presidenta. Buenas tardes, señor director general. Hemos comentado ya en otras ocasiones en esta comisión que discrepamos de su diagnóstico de la falta de médicos en la Comunidad de Madrid. España es uno de los países de la OCDE con mayor tasa de médicos por cada 1.000 habitantes y Madrid la región de España con más médicos. ¿Por qué no tenemos entonces médicos y pediatras en nuestros centros de Atención Primaria? Pues porque están mal repartidos, en favor de la Atención Hospitalaria; porque se marchan, sobre todo a la medicina privada, pero también a comunidades autónomas vecinas, o porque deciden realizar una segunda especialidad. Por tanto, señor director, convendrá conmigo en que de poco sirve formar y formar médicos si luego somos incapaces de fidelizarles al Servicio Madrileño de Salud, si luego solo conseguimos nutrir a la medicina privada o al resto de países del mundo de médicos españoles excelentemente formados porque los dejamos escapar de nuestra sanidad pública, que es el único lugar donde los pueden disfrutar todos los pacientes, sin excepción.

Sí, es cierto que atravesamos una década de importantes recortes por parte del Partido Popular, que esquilmaron la oferta formativa de plazas MIR, y que ya desde 2018 el Gobierno de España está intentando compensar aumentando hasta en un 40 por ciento el número de plazas MIR ofertadas, poniendo el acento en especialidades deficitarias, como Primaria, y confiando en que para 2027 o 2028 tengamos ya un reequilibrio de efectivos, porque, como todo el mundo sabe, formar a un médico especialista consume una década, por lo que los errores de gestión, los errores de los ministros del Partido Popular, se están pagando y padeciendo ahora, en diferido.

Ya les adelanto que desde este grupo no somos especialmente partidarios de medidas prohibitivas o punitivas con los profesionales para obligarles a trabajar en la pública. Creemos que, en un escenario de carencia de profesionales, lo que debemos hacer desde las Administraciones es seducirles, conquistarles, con condiciones laborales y salariales verdaderamente competitivas respecto a las que se ofrecen en la medicina privada, y, si para ello hay que recaudar más y pedir un esfuerzo fiscal extra a las rentas más altas, pues, hacerlo, sin lugar a dudas, porque es una tomadura de pelo esto de que Sanidad pide mejoras pero Hacienda no lo aprueba por falta de recursos. Los recursos que tiene una Administración son los que decide tener según su política fiscal y sus prioridades, y a este grupo se le antojan pocas prioridades más importantes que todos los madrileños recuperen su médico o su pediatra asignado, que vuelvan a tener citas en 48 o 72 horas en Primaria y que los servicios de urgencias funcionen con médico.

En todas las Administraciones del Estado necesitamos, sin duda, trabajar por mejoras para todas las categorías profesionales, y así lo están solicitando los médicos con sus recientes reivindicaciones por un nuevo estatuto para la profesión que mejore sus condiciones laborales. No les falta razón en muchas de sus demandas, pero algunas de ellas se sufren de forma más intensa en Madrid que en otras comunidades autónomas, y está en su mano, en manos de la consejería, mejorarlas

de inmediato. Estoy pensando en la dificultad añadida para conciliar que sufren los profesionales en Madrid, que para conseguir que se les remunere el salario completo de sus guardias tienen que cumplir una jornada de 37,5 horas, cuando el resto de las comunidades ya ha desbloqueado el regreso a las 35 horas; estoy pensando en los salarios de nuestros profesionales de enfermería, porque los de Madrid son prácticamente los que menos cobran de toda España -desde luego, menos que las de comunidades autónomas vecinas, como Castilla-La Mancha-. Por no hablar de su reciente anuncio de mejora de remuneración de la hora de guardia. Nos parece una medida muy necesaria, sobre todo porque los madrileños deben saber que la hora de guardia médica en Madrid es de las peor pagadas de toda España, a poco más de 20 euros brutos la hora, frente a los más de 30 de comunidades como Baleares o, de nuevo, Castilla-La Mancha. Así que, le pregunto, señor director, si nos puede concretar la cuantía de esa mejora y confirmar que se ya aplicará en enero de 2026, como han anunciado, porque creo que sería el enésimo maltrato al profesional haber anunciado a bombo y platillo esta medida y que se tratara de una mejora ridícula. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señor director general, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES** (Rodríguez Roiloa): Muchas gracias, señora presidenta, señorías. Gracias, señor Moreno, por plantear esta pregunta, que me va a permitir ampliar y actualizar algunas cuestiones que he expuesto en otras comisiones. En el Servicio Madrileño de Salud consideramos que las condiciones laborales que actualmente ofrece la Comunidad de Madrid a sus profesionales sanitarios son adecuadas y están en constante mejora. Nuestra prioridad es ofrecer un entorno de trabajo estable, seguro y profesionalmente estimulante, acorde con las exigencias de una sanidad pública de calidad. En este sentido, una de nuestras líneas estratégicas, que ya conocerán, es cuidar a quienes cada día cuidan de nosotros. En eso ponemos siempre nuestro máximo empeño, por supuesto, dentro del marco de negociación y consenso que corresponde, en el ámbito de negociación sectorial.

En primer lugar, quiero destacar que en el Sermas hemos reforzado el compromiso con la estabilidad laboral y seguimos avanzando. Al finalizar el pasado año, 2024, se han incorporado con carácter fijo más de 25.000 profesionales, y en este ejercicio 2025 tenemos prevista la incorporación de otros 7.100. Además de ello, las últimas Ofertas de Empleo Público de la Comunidad de Madrid contribuyen a reducir la temporalidad y hacer más atractiva nuestra comunidad para los profesionales. Han sido más de 2.600 plazas las que han salido en la oferta pública de 2024, y en 2025 son 6.757 plazas, de las que más de 1.900, además, corresponde a personal sanitario. Asimismo, otra medida, que creo que es atractiva y que contribuye, es el reciente acuerdo de concurso de traslados, que se publicará antes de final de este mes, que facilita la conciliación y la fidelización de nuestros profesionales, que, además, a partir de ahora será bienal; de esa forma, nuestros profesionales tendrán un horizonte claro de convocatorias.

Desde el punto de vista retributivo laboral, en el Sermas se han introducido reformas recientes en carrera profesional, en permisos y en retribuciones, y se han anunciado para el año 2026 otras

mejoras en guardias y atención continuada. Todo ello, por supuesto, tendrá que seguir las líneas establecidas y negociarse en el ámbito correspondiente.

Señoría, somos conscientes de que la gestión de recursos humanos de todo el sistema sanitario se puede todavía mejorar, pero también es justo reconocer el esfuerzo estructurado y sostenido que realiza esta Administración para mantener condiciones laborales competitivas, estables y adaptadas a las necesidades reales de nuestros profesionales sanitarios. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Moreno, tiene un minuto y cuarenta segundos.

El Sr. **MORENO VINUÉS**: Gracias, señor director, pero insisto en que me gustaría saber la cuantía de la mejora de la hora de guardia, porque los profesionales están muy inquietos por si van a conseguir equipararse a las comunidades autónomas donde mejor se remunera; incluso, quizás se conformarían con estar en la media de toda España, y no en el vagón de cola. A ver si usted puede adelantar algún dato en ese sentido.

Le reconozco un importante avance en materia de estabilización de empleo, aunque no ha estado exento de caos por la superposición de procesos con el único fin de que no se apuntara el real decreto nacional el éxito, de modo que solo lo han llevado a cabo cuando la justicia obligó a que ustedes abonaran la carrera profesional al personal interino, por lo que estabilizar a estos profesionales ya salía prácticamente a coste cero. En cualquier caso, le reconozco que hemos avanzado en el combate de esa bolsa enorme de temporalidad derivada de años de gobiernos del PP sin convocar procesos, y usted, señor director general, me tendrá que reconocer que Madrid sigue a la cola de muchas mejoras en materia de conciliación con las famosas 35 horas, o de salarios, o precio de la hora de guardia.

Más allá de los salarios, podríamos hablar de muchas mejoras más que tienen ustedes pendientes de implementar para retener a nuestros profesionales en la pública. Estoy pensando en ofrecer prolongaciones de jornadas por las tardes para aliviar esperas y que el profesional que quiera prolongar jornada lo haga en la pública. Estoy pensando en librar tiempo de trabajo para mejorar la labor docente o investigadora. Estoy pensando en acabar con esas agendas asfixiantes, sobre todo en Primaria, que impiden a los profesionales dedicar ni diez minutos de tiempo a sus pacientes; en reforzar las unidades administrativas para desburocratizar la labor del médico; implementar nuevas infraestructuras para que cada profesional tenga su despacho y esto le permita autogestionar sus agendas. En fin, mucho trabajo por hacer si queremos, de verdad, fidelizar a nuestros médicos en el Sermas, en Madrid.

No podemos continuar reteniendo solo al 30 por ciento de los médicos que formamos en Primaria. No podemos permitir que continúe ese goteo de especialistas que abandona la pública para recalar en la privada. Cuidar al que cuida es una herramienta fundamental para la supervivencia de nuestro sistema sanitario. Tómenlo como lo que es, una prioridad. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señor director general, tiene dos minutos y medio.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES** (Rodríguez Roiloa): Gracias, presidenta. Gracias, señoría. Como le estaba indicando, desde la Consejería de Sanidad, consideramos que la mejora de las condiciones laborales es fundamental; que es una decisión estratégica para mantener el talento, sostener el sistema público y ofrecer una atención sanitaria de calidad.

Me gustaría trasladarle algunas mejoras o cuestiones que tenemos en nuestro Servicio Madrileño de Salud que pueden ser favorables en comparación con otras comunidades autónomas. Por ejemplo, disponemos de una amplia diversidad de permisos en materia de conciliación de la vida laboral y familiar. No me da tiempo a decirlos todos, pero, por ejemplo, el último que hemos puesto es el permiso paternal de ocho semanas, en lo que hemos sido los primeros en implementarlo. Tenemos un acuerdo sobre teletrabajo en excepciones sanitarias; tenemos un modelo de carrera profesional que otras comunidades no tienen, donde se abona hasta el nivel IV de carrera y, además, se lo abonamos no solo al personal fijo sino también al personal temporal, que es algo que no se abona en todas las comunidades. Recientemente, hemos firmado en la Mesa Sectorial un acuerdo, en fecha 23 de mayo, por el que se amplía el Complemento de Atención Continuada, el famoso "Yape", a nuevas unidades hospitalarias. También hemos declarado el día 6 de enero como festivo a efectos de noches y festivos, que no estaba hasta la fecha, para todos los profesionales, hemos incorporado la productividad variable a tutores de residentes y hemos incentivado a médicos de familia y pediatras en centros con dificultades de cobertura específica de Atención Primaria. Otras medidas en Atención Primaria han sido la oralidad; la productividad por turno de tarde fijo, por tres tardes... En fin, hemos hecho una serie de medidas que yo creo que son atractivas para los profesionales. También me gustaría destacar el proyecto que ha anunciado nuestra presidenta sobre el aumento de las retribuciones de las guardias, las noches, los festivos y el fin de semana para el ejercicio 2026, pero, permítame que no le pueda adelantar números, porque sabe usted que en eso hay un procedimiento, que hay un anteproyecto que lleva una serie de trámites, y no me permiten decírselo en esta comparecencia. Asimismo, también me gustaría destacar otro punto que creo que es importante, que es que hemos sido los primeros en terminar el proceso extraordinario de estabilización, con 9.574 profesionales que se han incorporado. También hemos sido los primeros en convocar procesos por el sistema de concurso de méritos sin examen para especialistas en Ciencias de la Salud, y ya están eligiendo 2.341 plazas convocadas, lo cual yo creo que es un avance y resulta atractivo para los profesionales en general.

En definitiva, señoría, desde la Consejería de Sanidad consideramos que las condiciones laborales que actualmente ofrecemos son favorables y, como le he dicho antes, continúan en proceso de mejora.

La Sra. **PRESIDENTA**: Tiene que terminar, por favor.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES** (Rodríguez Roiloa): Somos conscientes de que hay que continuar trabajando, y lo haremos en esa línea a futuro. Muchas gracias.

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

**PCOC-2199/2025 RGEF.7996. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Marta Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Considera que existen diferencias de resultados en salud en función de los distintos modelos de gestión de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud (gestión directa, PFI, PPP)?**

Por parte del Gobierno, contestará doña Almudena Quintana Morgado, directora general Asistencial, a quien ruego se incorpore a la mesa. Señora Carmona, tiene la palabra para la pregunta.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Gracias, presidenta. La gestión privada no ha demostrado tener mejores resultados en salud ni disminuir los costes; de hecho, la evidencia apunta a que esta forma de gestión atenta contra los principios de una sanidad universal, de calidad, y con ese corrector de inequidades que son los elementos básicos de nuestro Sistema Nacional de Salud. Esta no es una discusión que vayamos a resolver usted y yo esta tarde, porque llevamos desde los ochenta discutiendo sobre esto. Es un hecho que muchos sistemas de salud en distintos países han incorporado procesos de privatización y de externalización de servicios con la expectativa de reducir costes al participar el sector privado. Han subcontratado servicios, como en el modelo PPP, donde la gestión clínica es también privada, o, como en el modelo PFI, la gestión clínica sigue siendo de la Administración pública pero el resto de los servicios se externalizan. El argumento general para promover esta privatización es que la gestión privada estimula la eficiencia y la innovación al fomentar la competencia entre proveedores privados. Esta es la teoría, y la evidencia empírica lo que dice es que esto no es así, que lo habitual es que los proveedores privados prioricen reducir costes a mantener la calidad asistencial, y esto se ha quedado, traduciendo, en medidas como reducir plantillas, contratar personal temporal, dar altas prematuras o prolongar innecesariamente ingresos de pacientes por los que se está percibiendo una mayor facturación. Yo le podría hablar del fracaso del modelo Alzira y del agujero que generó en las cuentas de la Comunidad Valenciana, podría hablar de cómo el supuesto costo/efectividad del modelo PFI en el Reino Unido ha llevado al NHS a la quiebra, pero prefiero traer un ejemplo más cercano y actual. Hace unos días podíamos leer la carta de múltiples profesionales sanitarios del Hospital Universitario de Torrejón alertando de la situación de su centro.

Ya hemos hablado de la situación del Hospital de Torrejón en esta comisión, pero es que quiero decir las palabras de los propios profesionales para que no se diga que la oposición nos inventamos las cosas; quiero que sean las palabras de ellos las que se escuchen aquí. Un fragmento de esta carta dice: "La calidad asistencial, hace poco tiempo sobresaliente, cae a plomo con la pérdida de prestaciones, la desmembración de los servicios, el progresivo aislamiento y la falta de comunicación entre profesionales, el teletrabajo mal entendido, los contratos mercenarios, la aceleración y la superficialización de la asistencia. Paralelamente, las condiciones laborales también se resienten

gravemente, con un incremento evidente de la presión asistencial; una disminución del tiempo a dedicar a cada persona enferma; un empeoramiento de la ratio paciente/profesional; un incremento de las horas totales de trabajo, disfrazadas como horas extras sistemáticas, sin adecuación real de las plantillas y estructuras, y una flagrante ausencia de carrera profesional y adecuación salarial.

“El personal del Hospital de Torrejón asiste con incredulidad a una pérdida imparable de prestaciones, basadas en un presunto y probablemente mal estimado abaratamiento de los costes para la empresa. La valoración y seguimiento nutricional o diabetológico, las ecografías no llevadas a cabo en personas por especialistas en radiología, los informes radiológicos diarios practicados por un especialista en remoto sin comunicación accesible con el clínico que solicita el estudio, la telemedicina sin alternativa en especialidades como dermatología o la práctica ausencia de profesionales con título MIR en el servicio de urgencias son solo algunos ejemplos. Y uno de los aspectos quizá más escandalosos es que algunas jefaturas de servicios son presionadas para priorizar en la programación, tanto de consultas externas como de las listas de espera quirúrgicas, a los pacientes procedentes de otras áreas sanitarias, frente a los de Torrejón. Esto es contrario a la equidad, pilar de nuestro Sistema Nacional de Salud.”.

Insisto, no lo digo yo, es una carta de los profesionales que están trabajando en ese servicio, a los cuales atribuimos un perfil ideológico transversal, como en la sociedad madrileña. Cuando son los propios profesionales los que alertan de las consecuencias para su ejercicio clínico diario de este modelo de gestión y de esta priorización de disminuir los costes, ¿nos tenemos que creer, de verdad, que esto no afecta a los resultados en salud, señora directora general?

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene la palabra.

La Sr. **DIRECTORA GENERAL ASISTENCIAL** (Quintana Morgado): Gracias, presidenta. Buenas tardes. Señoría, desde el Gobierno de la Comunidad de Madrid abordamos con absoluta seriedad y rigor el análisis del funcionamiento del sistema sanitario público, especialmente el impacto de los distintos modelos de gestión hospitalaria, en los resultados de salud, basándonos en datos contrastados, indicadores objetivos y evidencia comparable. En ese sentido, los datos disponibles del año 2024 han sido analizados, a partir de una serie de indicadores homologados y reconocidos internacionalmente, para evaluar la calidad asistencial y los resultados en salud; entre otros: la estancia media ajustada por complejidad, o índice MPM, que permite medir la eficiencia clínica teniendo en cuenta la severidad de los casos tratados; las tasas de reingreso hospitalario a 70 y 30 días, consideradas un indicador directo de calidad asistencial y continuidad en los cuidados; el peso medio de la casuística atendida, que mira la complejidad de los pacientes tratados en base al sistema de grupos relacionados por diagnósticos, los GRD, o el índice de ocupación hospitalaria, que refleja la capacidad de los centros para gestionar eficazmente el flujo de ingresos y altas. Algunos de ellos ya los ha mencionado usted, y entiendo que los conoce todos.

En cuanto al índice MPM, los hospitales de gestión directa presentaron valores medios entre 7,5 y 7,2, mientras que los hospitales PFI y PPP se situaron entre 5,8 y 7,1. Todos ellos se mantienen

en su mayoría en rangos verdes y amarillos, que están por debajo del 8, lo que indica un buen nivel de eficiencia clínica, similar entre ambos grupos. Respecto a las tasas de reingreso en 30 días, los hospitales de gestión directa presentaron tasas promedio de entre el 8,5 y el 12,3 por ciento, mientras que los hospitales PFI y PPP registraron cifras de entre el 8,9 al 12,1 por ciento, sin diferencias estadísticamente significativas, y todos ellos dentro de los estándares internacionales de calidad. El análisis del peso medio de la casuística atendida, indicador clave para evitar sesgos en la comparación, confirma que ambos modelos atienden a pacientes con un grado de complejidad muy similar: entre 0,85 y 1,25 en los casos de gestión directa y entre 0,82 y 1,23 en los PFI/PPP. Y, en lo relativo al índice de ocupación, muestran valores predominantemente en rango verde durante todo el año, con variaciones estacionales similares y sin diferencias relevantes en la capacidad de respuesta ante los picos de demanda asistencial.

En definitiva, señoría, la evidencia disponible demuestra que el modelo de gestión hospitalaria no determina de manera significativa los resultados en salud ni la calidad de la atención. Lo que marca la diferencia, y así lo reconocen todos los análisis rigurosos, son otros factores, como la formación y el compromiso de los profesionales, los protocolos clínicos aplicados, la tecnología disponible y los sistemas de calidad implantados; factores homogéneos en todo el servicio madrileño de salud. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señora Carmona, tiene casi un minuto y medio.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Señora directora general, si los profesionales a pie de planta y en las consultas están alertando de esta situación y sus indicadores no lo detectan, el problema no son los profesionales, son sus indicadores, que no miden lo que tienen que medir; esto es un básico. Es como si dicen que está saturando bien y la persona está azul; igual es que el "pulsín" no está bien colocado o no está funcionando bien. Yo, si fuera usted, me preocuparía, porque pueden pasar dos cosas, o que no se esté auditando el Hospital de Torrejón y se esté mirando para otro lado, o que se esté auditando y estén las alarmas sonando a todo sonar y alguien haya decidido ignorarlas.

En cualquier caso, cambiando al otro modelo de gestión privada, porque, claro, está el modelo PPP, está el modelo PFI, y, luego, está también otro criterio, que es ser empresa predilecta o empresa no predilecta de la Comunidad de Madrid -claro, Torrejón tiene la mala suerte de tener a Rivera Salud, que sí era la empresa predilecta en la Comunidad Valenciana, pero no lo es en la Comunidad de Madrid, donde la empresa es Quirón-, conocíamos estos días que entre 2019 y 2024 la Comunidad de Madrid le ha pagado 5.036 millones al Grupo Quirón. Claro, con las cifras de presupuestos, que son cifras tan altas, pasa como cuando alguien que no sabe de rítmica ve varios ejercicios seguidos, que dice "son todos iguales." Las cantidades son tan astronómicas que hay que compararlas. Para que nos hagamos una idea, en estos cinco años, se le he pagado cada año a Quirón prácticamente lo mismo que a toda la Atención Primaria. ¿Usted, de verdad, me sostiene, señora Quintana, que esto no tiene un impacto en la salud de los pacientes, que el manejo presupuestario de la Comunidad de Madrid hecho para que Quirón sea un sumidero de presupuesto sanitario no impacta en el resultado de salud de los madrileños?

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene la palabra; le quedan dos minutos y veinte segundos.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL ASISTENCIAL** (Quintana Morgado): Gracias, presidenta. Señora Carmona, cuando los datos no le interesan, es que los alteramos, y, cuando le dan la razón a usted, sí que son válidos, pero la evaluación de los resultados en salud debe hacerse siempre desde el rigor técnico, utilizando indicadores validados y comparaciones ajustadas por complejidad, y, en este sentido, todos los análisis objetivos demuestran que no existen diferencias sistemáticas entre los hospitales de gestión directa y los hospitales con modelo PFI y PPP dentro del Servicio Madrileño de Salud.

Como le he dicho en mi intervención anterior, tanto los de gestión directa como los de gestión mixta atienden a pacientes con niveles de complejidad muy similares, gestionan con eficacia la presión asistencial en momentos críticos y ofrecen resultados equivalentes en términos de eficiencia clínica y calidad asistencial. Esta homogeneidad no es casualidad, sino que responde a que todos los hospitales, independientemente del modelo de gestión, que están integrados dentro de la red pública del Servicio Madrileño de Salud, aplican los mismos protocolos clínicos, están sujetos a similar supervisión y auditoría y cuentan con profesionales de altísima cualificación. A lo largo de 2024 se ha realizado un seguimiento longitudinal de estos indicadores y se ha observado que los patrones estacionales de desempeño son similares en todos los hospitales, sin que se haya detectado ninguna diferencia estructural atribuible al modelo de gestión.

Señoría, hablar de diferencias en los resultados en salud por el modelo de gestión es desconocer absolutamente los datos y no querer tenerlos en cuenta. Las decisiones sobre los modelos organizativos deben evaluarse desde la eficiencia en la utilización del recurso, el cumplimiento de las obligaciones contractuales y, sobre todo, la garantía de calidad asistencial, y, en todos estos aspectos, los hospitales de la red pública de la Comunidad de Madrid -todos, sin excepción- ofrecen altos estándares de calidad, que se mantienen de forma homogénea en todo el sistema. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Vamos a pasar al siguiente punto del orden del día. Aunque no se lo crea, señora Quintana, no tiene más preguntas hoy.

**PCOC-5348/2024 RGP.20921. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Santiago José Rivero Cruz, diputado del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Tiene el Gobierno de la Comunidad de Madrid una estrategia integral para prevenir y atender a las personas afectadas por la adicción a las drogas relacionadas con las prácticas sexuales (chemsex)?**

Entiendo que la formula el señor Moreno, diputado del Grupo Parlamentario Socialista y contestará, por parte del Gobierno, doña Elena Andradás Aragonés, directora general de Salud Pública, a quien ruego que se incorpore a la mesa. Señor Moreno, tiene la palabra.

El Sr. **MORENO VINUÉS**: Gracias, presidenta. Buenas tardes, señora directora. Hoy queríamos preguntarle sobre el chemsex, esa práctica que combina el sexo con el consumo de diferentes

tipos de drogas, que cada vez es más prevalente en Madrid, creciendo hasta en un seiscientos por cien en los últimos años, y raro es el mes que no es responsable del fallecimiento de madrileños jóvenes que lo practican. Se está convirtiendo, sin duda, en un problema de salud pública de primer orden, que todavía afecta especialmente a hombres que tienen sexo con otros hombres, pero que ya ha dado el salto a otro tipo de relaciones. Desde este grupo, esperamos que el hecho de que el colectivo LGTBI sea el más afectado no esté retrasando sus actuaciones, como pudo ocurrir en los noventa con el VIH, por lo que quería preguntarle si van a implementar alguna medida especial y urgente para detener todos los problemas para la salud física y mental que conlleva el chemsex para quienes lo practican en un mes especialmente importante en Madrid, como es el mes del Orgullo. Sabemos que Madrid ocupa un puesto destacado en circuitos internacionales de ocio en el que aumentan las oportunidades para la difusión de estas prácticas, por lo que en Madrid el abordaje de este problema es una prioridad. Para la mayoría de las personas que realizan chemsex, abordar que esta práctica se realiza, ser consciente de la necesidad de dejarlo o ponerse en tratamiento, todavía le resulta difícil en la Comunidad de Madrid, y es obligación de ustedes ponérselo más fácil. No sé si ustedes están cribando en población vulnerable los signos de alarma por los que un paciente debería recibir ayuda, como perder el placer en las relaciones en las que no se consume droga, reducir el ocio cada vez más hacia estas sesiones, empezar a consumir estas mismas sustancias fuera de la práctica sexual, utilizarlas para huir de un estigma... No sé si todo esto lo están analizando y si estamos atajando a tiempo el deterioro que supone en la rutina social, laboral o familiar esta práctica en quienes la practican. Y no se trata de mandar a esta población un mensaje punitivo ni de que abandonen sus deseos sexuales, se trata de ayudarles a disfrutar de una sexualidad satisfactoria y segura cuidando de su salud.

Quiero insistir en que es un problema de magnitud creciente en entornos metropolitanos de Madrid, que afecta a todas las clases sociales, especialmente a personas con niveles educativos altos. El chemsex es una práctica que incrementa la probabilidad de contraer una ITS, en el que el consumo combinado de varios tipos de sustancias provoca que los efectos resulten impredecibles y exista un mayor riesgo de desarrollar sobredosis, como estamos experimentando en Madrid casi cada fin de semana. Además de los problemas para la salud física, se asocian problemas para la salud mental derivados de la adicción a estos tóxicos y una mayor prevalencia suicida en los hombres que practican chemsex, especialmente tras las sesiones. Señora directora, yo hoy quiero recordarle que en Madrid nos faltan circuitos asistenciales integrados y coordinados que puedan atender simultáneamente aspectos relacionados con la atención y aspectos relacionados con la salud, como puede ser el riesgo de contagio de ITS o la repercusión en la salud mental, ya que estamos hablando también de pacientes en los que está muy presente la patología dual. Querría preguntarle si van a implantar algo, de forma prioritaria, para atajar este problema. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señora directora general, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Buenas tardes. Gracias, presidenta. Señor Moreno, como todos ustedes saben, he tenido ocasión ya de comparecer en un par de ocasiones, a petición de los distintos grupos parlamentarios, en relación con la estrategia que hemos puesto en marcha en la Comunidad de Madrid frente al chemsex. Ya comenté cómo en el año

2023 elaboramos la iniciativa para una respuesta coordinada al chemsex en la Comunidad de Madrid, que está desde entonces accesible en nuestra página web. Es una iniciativa que coordinamos desde la Dirección General de Salud Pública e involucra a instituciones públicas, incluyendo el Ayuntamiento de Madrid, organizaciones comunitarias vinculadas al colectivo LGTBI y sociedades científicas, para coordinar la respuesta institucional e intersectorial conjunta con instituciones sociosanitarias. Somos la primera comunidad autónoma de España que ha diseñado una respuesta institucional coordinada y, hasta el momento, también la primera a nivel europeo.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Moreno, tiene la palabra; le quedan dos minutos y veintidós segundos.

El Sr. **MORENO VINUÉS**: Señora directora, es que probablemente en ninguna otra parte de España se está sufriendo este problema como en la Comunidad de Madrid, en Madrid capital, y eso es lo que nos preocupa, que pasan los años de supuestas estrategias aprobadas pero el problema continúa repuntando en prevalencia y continúan los fallecimientos de personas que se someten a este tipo de práctica. Yo creo que esta atención se debería prestar en espacios seguros y confidenciales, donde la persona no sea objeto de juicios morales, discriminación o estigmatización. Celebramos la apertura de esos dos nuevos centros para combatir ITS y les pedimos que los aprovechen para cribar allí estas prácticas, trabajar para su abandono y, sobre todo, prevenir la incorporación de nuevos madrileños a las mismas. Debemos disponer, como ya ocurre en otras ciudades de Europa, de unidades específicas que integren, al menos, en un mismo espacio, seguro y confidencial, atención a la salud sexual, salud mental y drogodependencia. Mientras no dispongamos de esto, publiquen y definan mejor el circuito asistencial que deben seguir estos usuarios, a efectos de que dejen de ser derivados de un lugar a otro -así nos los transmiten compañeros profesionales de psiquiatría-, sin garantías de ser atendidos por profesionales con la formación adecuada y sin la seguridad de que los centros participantes estén trabajando de forma coordinada durante el proceso. La Comunidad de Madrid debe implicarse más en una estrategia regional, con planes específicos que combatan la práctica del chemsex, que van mucho más allá de la pelea habitual frente al consumo de tóxicos, porque requieren el abordaje de la propia sexualidad y de sus vivencias. Refuercen su relación con organizaciones comunitarias que están a día de hoy haciendo una labor excelente con programas específicos y multidisciplinares con estos pacientes, porque necesitan la ayuda, la financiación y la complicidad de las Administraciones. Estrechen la colaboración institucional y la coordinación entre los diferentes profesionales y los servicios implicados, tanto públicos como comunitarios. Les pedimos que incluyan el chemsex en los planes de formación dirigidos a los profesionales de los servicios, cuya participación se requiere para prestar un abordaje integral y coordinado.

En definitiva, desde el Grupo Socialista lo que le reclamamos es un enfoque integral, no estigmatizante ni punitivo, del problema; un enfoque basado en la evidencia y en la investigación científica más reciente, que refuerce esa atención integral y coordinada entre los recursos públicos y el Tercer Sector, que promueva programas de prevención basados en la concienciación y educación sobre el chemsex y que aborde también la violencia sexual entre hombres vinculada a estas prácticas, que también se ha detectado. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Gracias, señoría. En los últimos años, efectivamente, estamos viendo cómo se está incrementando el consumo sexualizado de drogas en las grandes ciudades, incluida Madrid, con lo cual, ha crecido la demanda de tratamientos en los centros de atención a las adicciones y, por tanto, está aumentando el número de pacientes que año a año está iniciando el tratamiento en los centros de la Comunidad de Madrid. Se trata de una práctica que, como usted bien ha dicho, no solo aumenta los riesgos de infecciones de transmisión sexual o de desarrollar una adicción, sino que, cuando se mantienen en el tiempo, puede ocasionar problemas no solo de salud física sino también mental y social.

A lo largo del año 2024, hemos seguido implementando esta iniciativa en todas las áreas que contempla. En materia de prevención, quiero destacar el papel estratégico que tiene la Red de Servicios de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH, sífilis y otras ITS, que hemos reforzado con nuevos centros. Ya tenemos tres centros monográficos de infecciones de transmisión sexual Sandoval, contando actualmente esta red con 59 dispositivos coordinados en toda la región de la Comunidad de Madrid. Es un recurso especializado, destinado a promover la salud sexual, la prevención y el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, y favorece especialmente la captación de grupos más vulnerables a la práctica de chemsex. Paralelamente, seguimos implementando el proyecto de intervención comunitaria que iniciamos en 2022 a raíz del brote de monkeypox. Es un proyecto de intervención para la prevención de VIH, monkeypox, ITS y chemsex, dirigida al colectivo LGTBI, en espacios de ocio comunitario y locales de sexo anónimo. Apoyamos a las entidades sociales sin ánimo de lucro mediante la convocatoria de subvenciones a proyectos de prevención de ITS, donde el chemsex es un área prioritaria de intervención, con medio millón de euros con carácter anual. Hemos realizado dos investigaciones cualitativas, la última en el año 2023, que nos permite seguir profundizando en las prácticas de chemsex en nuestra región y en la evolución en el tiempo desde la perspectiva de las personas que practican el chemsex y de los profesionales que las atienden en los recursos sociosanitarios. Esto nos permite no solo actualizar los materiales informativos destinados a los profesionales que directamente trabajan para abordar el chemsex con los usuarios, sino, además, diseñar de una manera más precisa el protocolo de cribado de chemsex, que va a ser utilizado en toda la región a partir de este año 2025, además del proceso de atención integral de chemsex en la Comunidad de Madrid. Como novedad, hemos publicado este año una nueva subvención, destinada a entidades sin ánimo de lucro que lleven a cabo programas de promoción de la salud mental y prevención de adicciones en población infanto-juvenil, que está dotada con un millón de euros, que, entre los proyectos a subvencionar, incluye la promoción de la salud sexual y la prevención del chemsex. Otro hito importante que hemos iniciado en 2025 es la constitución de un grupo de trabajo interinstitucional, que está elaborando el protocolo de asistencia sanitaria urgente y coordinada a hombres víctimas de violencia sexual en la Comunidad de Madrid. Esta necesidad surge específicamente a partir de esta iniciativa de chemsex. Y estamos ya finalizando el Plan de Formación Interdisciplinar en Chemsex en formato online, que permitirá, mediante itinerarios específicos, la adquisición de conocimientos y competencias transversales para el abordaje del fenómeno a las diferentes instituciones y agentes sociales implicados; de hecho, en este primer trimestre del año 2025 hemos desarrollado una formación

específicamente dirigida a todos los centros de tratamiento de adicciones de la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

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

**PCOC-1873/2025 RGE.6605. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Marta Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué medidas se están implementando para potenciar la prescripción de actividad física desde la atención primaria?**

También contesta esta pregunta doña Elena Andradás Aragonés, directora general de Salud Pública. Señora Carmona, tiene la palabra.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Gracias, presidenta. Gracias, señora directora general. Hay muchas cosas para decir respecto a la prescripción de actividad física. Si empezamos analizando el documento que se presentó en 2022 Programa de Prescripción de Actividad Física y Ejercicio Físico, lo primero que llama la atención es que, si este documento se presentara como TFG, es probable que no pasara el tribunal, porque tiene una fundamentación pobre y bastante genérica; una bibliografía, francamente, desactualizada, y no estructura actuaciones concretas. No tiene protocolos, no tiene procesos que definan cómo se va a hacer, ni unidades responsables. No aparece el desglose de presupuesto destinado, cuánto van a costar las actividades, si van a ser gratuitas o no, y, en el caso de que no lo sean, se estará generando un tratamiento bajo prescripción médica con costes, que, al final, puede acabar generando unas importantes desigualdades sociales en salud, en particular en la población que sufre sedentarismo. Esto es como si en Primaria se receta una caja de paracetamol que cuesta 50 euros; pues, va a haber mucha gente que no la pueda asumir. Este documento, al final, da la sensación de ser solo una reflexión en voz alta, no una estrategia que se pueda aplicar; de hecho, cuando se ha puesto en marcha el módulo de prescripción, Padel OAL MUP, la mayoría de los prescriptores no lo conocen y, además, no se les ha dotado de conocimiento específico para poder utilizarlo. Al incorpora nuevas prescripciones sin capacitar y formar al personal, parece que se van a quedar sin utilizar, lo cual es una pena.

Pero, hay otra cuestión, más allá del documento en sí, que es cómo se ha implantado y desde qué paradigma se está trabajando, porque el concepto de receta deportiva, que fue muy bien recibido en su momento, en realidad, en el ámbito de la salud pública se va considerando algo desfasado; para empezar, porque no aborda los determinantes sociales, económicos y ambientales que influyen en la inactividad física a nivel poblacional; para seguir, porque tiene un impacto limitado en la población general, porque solamente llega a quienes acuden a una consulta médica, y también porque no aborda lo que de verdad es importante a nivel de políticas de salud pública, que son los bajos niveles de actividad física en la población general, especialmente en grupos vulnerables o que no acuden a consulta. Al final, lo más importante es que el problema que tiene este enfoque es que deposita por completo la responsabilidad en el individuo. Si no haces deporte, es porque no te da la gana y eres un

vago, y, encima, no lo estás haciendo en contra del criterio de tu médico, que te lo ha recetado. Claro, si se coloca la carga del cambio en la persona sin modificar su entorno, sin facilitar contextos que promuevan el movimiento, sin ignorar las muchas barreras en la actividad física que son estructurales, pues, es difícil que esa prescripción llegue justamente a quien más necesita llegar. Es probable que de un golpecito y anime a alguien que ya tenía unas condiciones favorables para hacerlo, pero esa, probablemente, no sea la población que más necesita esa intervención. Es evidente que yo a usted no le tengo que explicar quién es Rose, ni su trabajo, que se lo sabe bastante mejor que yo, probablemente, pero, precisamente por su conocimiento, querría que pudiéramos debatir. ¿Por qué se han centrado en una estrategia de alto riesgo en vez de, como indica Rose, intervenir sobre el grueso de la población para desplazar toda la carga? ¿Por qué no intentar conseguir que todo el mundo tenga actividad física integrada en su vida? Porque eso sí sería un buen programa.

Todo en la vida, en general, pero en la actividad física en particular, es cuestión de tiempo, de precio y de disponibilidad de recursos. Al final, la pregunta es: ¿Quién puede permitirse económicamente la actividad física? ¿Quién tiene tiempo para hacerla? ¿Y cómo de aceptable es que esas personas realicen actividad física? Un ejemplo muy claro de la aceptación social de esa actividad física lo vemos en las personas muy obesas, que una de las barreras que describen a la hora de realizar ejercicio físico es enfrentarse a experiencias de rechazo y de burla, como si tener determinados cuerpos o determinadas presentaciones físicas hicieran que, al estar en gimnasios, o al estar en pistas de atletismo o en determinados sitios estuvieran en un lugar que no les corresponde. Claro, una receta no termina de resolver eso ni favorece un cambio cultural que genere más aceptación. Lo que tenemos que conseguir es que haya un rechazo masivo a nivel social a todo aquel que desprecie a alguien que está haciendo deporte por su aspecto físico y, en particular, por la obesidad, y que esto no sea algo solamente reducido a la gente woke, por así decirlo. ¿No cree que se han dejado fuera muchos aspectos necesarios?

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señora directora general, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Gracias, presidenta. Buenas tardes, señora Carmona. La Comunidad de Madrid, desde la primavera del año 2023, cuenta con esta iniciativa pionera de la prescripción de actividad física, cuyo objetivo es promover la práctica de ejercicio físico y, además, favorecer la adquisición de hábitos saludables entre los ciudadanos madrileños. Esta es una iniciativa específica para desarrollar desde los centros de salud, y hay otras muchas iniciativas que, como bien sabe, llevamos a nivel intersectorial, en otros sectores.

El Programa específico de Prescripción de Actividad Física desde Atención Primaria nace como un sistema integral, ya que pretende abordar todos los grupos de la población, pero, fundamentalmente, a las personas sedentarias e inactivas. Es estandarizado, porque se estructura en procedimientos específicos para cada una de las fases de intervención, ofrece soluciones acordes a un modelo de ejercicio físico normalizado y, además, está pautado, siempre siguiendo los criterios de prescripción sanitaria. Además, es flexible, es abierto, por la singularidad del territorio. Son 179 los municipios en la Comunidad de Madrid. Los recursos de carácter deportivo, los polideportivos, dependen

fundamentalmente de los municipios, y, por tanto, la adhesión es voluntaria. Los recursos requeridos para su puesta en marcha se basan fundamentalmente en los servicios que están ahora mismo disponibles a nivel de sistema sanitario, fundamentalmente centros de salud y polideportivos municipales.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Carmona, le queda un minuto.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Mire, otro de los problemas que tiene esta actuación, que es muy limitada por el enfoque medicalizador y por ser una intervención de alto riesgo nada más, es, por ejemplo, que se deja fuera a los concejales de salud, que no se les permite incorporar actividades; entonces, hay municipios donde hay concejales de salud que tendrían actividades para incorporar y no se les permite porque solamente el concejal de Deportes tiene esa posibilidad.

La cuestión aquí es que este programa, como el resto de las actuaciones en relación con la actividad física, no actúan sobre los determinantes sociales, ni sobre el contexto ni sobre el entorno, y llama la atención cuando estamos en una comunidad autónoma en la que pasan cosas, como ha pasado en la ciudad de Madrid, en la que la policía está persiguiendo activamente la realización de deporte, como ha pasado en Usera con el ecuavóley, que, por ser un perfil de población de descendientes de emigrantes o emigrantes, tiene una recepción por parte de las autoridades de que están haciendo algo malo. Esas mismas personas, si estuvieran bebiendo alcohol en una terraza, no habrían recibido multas, pero, por hacer deporte, que precisamente entendemos todos que es bueno para su salud, se les ha multado y se ha intentado impedir que se realice esa actividad.

La Sra. **PRESIDENTA**: Tiene que terminar, señora Carmona.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Hay un problema de planteamiento en cómo estamos promoviendo las estrategias tanto directamente desde Sanidad como las transversales, porque no hay una promoción real de la actividad física.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene la palabra; tiene tres minutos y treinta.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Sabemos que la actividad física mejora y previene muchos problemas de salud y patologías, ayuda a controlar la presión arterial, el peso, el nivel de azúcar, a mantener la masa muscular y, además, incrementa algo muy importante, que es el bienestar físico y emocional frente al sedentarismo y la inactividad, factores que están siempre asociados a un mayor riesgo de mortalidad y de sufrir enfermedades no transmisibles. La realidad es que nos encontramos con un problema -el CIS lo publica en el último documento Hábitos deportivos en España de 2024-, que el 52 por ciento de los españoles no practica ningún tipo de ejercicio físico. En la Comunidad de Madrid, nosotros, a partir del sistema de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, en adultos observamos que, efectivamente, el nivel de sedentarismo durante el trabajo y el tiempo libre sigue siendo elevado, y, entre 65 y 79 años, la prevalencia de personas que mantienen una actividad física saludable en su rutina habitual y en su tiempo libre sigue siendo insuficiente. Por esta razón, precisamente, se desarrolló este proceso de

prescripción de actividad física y ejercicio, cuya implementación está coordinada desde la Dirección General de Salud Pública, pero trabajando codo a codo, como no puede ser de otra forma, con la gerencia de Atención Primaria, diseñando materiales divulgativos, con talleres para los ciudadanos en los centros de salud y sesiones formativas dirigidas a los profesionales sanitarios, médicos de familia y enfermería para el manejo de las aplicaciones informáticas necesarias para la prescripción de actividad física, que conectan la consulta de Atención Primaria, la propia prescripción facultativa, con el polideportivo municipal donde se puede derivar, en caso de que el profesional sanitario lo considere, a la persona que está atendiendo en la consulta. Los profesionales, en este sentido, realizan la recomendación de realizar la actividad física de forma personalizada tras una valoración clínica, porque no es lo mismo la actividad física que se debe recomendar en función de la edad, o en función de qué patologías, o en función del perfil que tenga la persona, o la disponibilidad de tiempo, incluso la motivación personal.

En los municipios que están adheridos al Programa Salud Activa, lo que hacemos es habilitar una Unidad Activa de Ejercicio Físico en la que hay profesionales formados para realizar un asesoramiento técnico personalizado al usuario que es derivado por el profesional de Atención Primaria desde el centro de salud. El pilotaje lo llevamos a cabo en el año 2024; concretamente, en el municipio de Tres Cantos. El número de profesionales de enfermería y medicina que en su momento estuvieron utilizando el módulo de prescripción fue de 783 profesionales, y el número de ciudadanos a los que se han prescrito en este municipio activos en salud ha sido de 2.434. En total, se prescribieron 897 actividades autónomas de ejercicio físico -a alguno de los usuarios se le prescribió, por supuesto, más de un activo- y 1.070 actividades dirigidas. Se entregaron, además, 965 fichas con contenidos relacionados y personalizados con la práctica de actividad física que debería ser realizada. Un total de 1.242 personas fueron derivadas desde las consultas del centro de salud directamente a la Unidad Activa de Ejercicio Físico y, concretamente, en 600 casos recibieron también la información a través de la Tarjeta Sanitaria Virtual, porque la tenían activada.

La Sra. **PRESIDENTA**: Tiene que terminar, por favor.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Actualmente, estamos comprobando la correcta interoperabilidad de esta aplicación que se ha desarrollado desde el centro de salud para su conexión con los polideportivos municipales.

La Sra. **PRESIDENTA**: Termine, por favor.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Realmente, estamos esperando a que se termine de comprobar la correcta interoperabilidad, porque ya hay 27 municipios que han mostrado su interés en formar parte de este programa Salud Activa.

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

**PCOC-2544/2025 RGE.9523. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.<sup>a</sup> Marta Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: acciones de gobierno desarrolladas tras la aprobación de la Proposición No de Ley 105/23 en la sesión Plenaria de 8 de noviembre de 2023 en relación a la actualización de contenidos de promoción de los hábitos alimenticios saludables y la actualización del Pacto Contra los Trastornos de Conducta Alimentaria.**

Es una pregunta a iniciativa también de doña Marta Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid, y, de nuevo, contestará doña Elena Andradas Aragonés, directora general de Salud Pública. Señora Carmona, tiene la palabra.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Gracias, señora presidenta. El 8 de noviembre de 2023 se aprobó por unanimidad en el pleno esta proposición no de ley, que, básicamente, pedía realizar un plan de choque para actualizar los contenidos divulgativos de los programas preventivos y de promoción de la salud para adecuarlos a las redes sociales, fundamentalmente -también, a otros espacios masivamente utilizados por jóvenes, pero, vamos, muy centrado en redes sociales y en formato digital-; desarrollar una estrategia integral de divulgación de contenido informativo respecto a nutrición, actividad física, etcétera. Con esto, ¿qué se ha aprendido en lo que tiene que ver con la promoción de la salud y la prevención de los trastornos de conducta alimentaria? Que no hay que hablar tanto de trastornos, como hacíamos hace unos años, sino hablar más de hábitos saludables, por este efecto contraproducente que se vio y se objetivó en aquella época. La Comunidad de Madrid, en ese sentido, tiene los programas de prevención y en la línea correcta, pero decíamos en aquella proposición no de ley que eran difíciles de encontrar para gente que se informa en TikTok. Hay que recordar que para menores de 25 años es el buscador de referencia, por encima de Google, y, que no hubiera allí presencia de contenidos formativos de calidad, como los que hay en su dirección general, era una pena. Pedíamos también que se renovara el Pacto contra los Trastornos de Conducta Alimentaria, teniendo en cuenta que, claro, ese pacto es de 2007, cuando no existían ni los smartphones; creíamos en ese momento que había que actualizarlo a la realidad actual. Había otras medidas, que tenían más que ver con el ámbito educativo, pero me quiero centrar en estas del entorno digital. Lo cierto es que esa medida alcanzó el consenso de la Cámara, se aprobó, y me gustaría saber cuáles han sido en estos dos años las acciones de Gobierno, porque de verdad nos parece importante que en el medio de comunicación al que más recurren los jóvenes haya una información de buena calidad. ¿Qué se ha hecho?

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Gracias, presidenta. Señora Carmona, la Consejería de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública, como sabe, desarrolla diferentes líneas de trabajo para promover un estilo de vida saludable, que incluye la alimentación, la realización de actividad física de manera regular, la disminución del sedentarismo y la mejora del bienestar emocional, con el fin de prevenir desde patologías crónicas hasta la aparición de trastornos del comportamiento alimentario. En 2023 pusimos en marcha el Programa de Prevención de Trastornos de Comportamiento Alimentario en los Adolescentes, dirigido tanto a los

alumnos de Educación Secundaria como al profesorado y a las familias, con el objetivo de aumentar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo en relación con esta enfermedad, porque es en esta edad, al principio de la adolescencia, en la que hay que intervenir, si queremos evitar la aparición de estos trastornos. Los contenidos del programa se centran fundamentalmente en la adquisición de hábitos saludables, en el refuerzo de la autoestima, las habilidades sociales, la alfabetización y el pensamiento crítico frente a la información que aparece en las redes sociales.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Carmona, tiene la palabra; tiene todavía tres minutos y diez segundos.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Claro, pero es que en esta proposición no de ley, insisto, aprobada, en la que se instaba al Gobierno a trabajar en esa línea, se hablaba de desarrollar una estrategia integral de divulgación del contenido informativo respecto a nutrición, actividad física, etcétera, haciéndolo particularmente accesible a las redes de vídeos cortos, tanto los reels de Instagram como TikTok. Yo lo he buscado bastantes veces en este tiempo y nunca he encontrado nada. Hice la búsqueda ayer también para que fuera lo más pegada posible a esta comisión y, buscando por "Dirección General de Salud Pública", "Madrid", "Información", encontraba un real de un sindicato con un informe suyo con muy poquito recorrido, y he encontrado algunos reels de ayuntamientos del Partido Popular sobre la campaña contra las drogas, en la que, por supuesto, no mencionan ni el tabaco ni el alcohol, en esta línea particular de lucha contra las drogas que tienen ahora mismo ustedes. El Instagram de la Consejería de Sanidad de Madrid tiene 165 seguidores y dos publicaciones en 2021, no es una cuenta que se esté utilizando; en TikTok, no he encontrado perfil de la consejería. Lo que sí he encontrado, que se pueda parecer al compromiso que ustedes adquirieron, al que se instó al Gobierno en noviembre de 2003, de hacer este plan de choque y llevar a las redes sociales información de calidad sobre los trastornos de la conducta alimentaria, es el real de la Dirección General de Juventud de la Comunidad de Madrid; o sea, el TikTok, que tiene 44.000 seguidores y sí divulga cierto contenido, por lo que sería un buen lugar desde el cual lanzar este tipo de contenido. La cosa es que, buscando, yo veo reels de muchos temas: hay reels de Manuel Carrasco, hay reels de la Sesión Vermú... Insisto en que en esta campaña que tienen contra las drogas no deja de ser llamativo que tengan esto de la Sesión Vermú, como me llamaría la atención la sesión cigarrillo, la sesión raya de cocaína o la sesión bajón DM; no termino de entender por qué le ponen estos nombres a las cosas a la vez que hacen una campaña contra las drogas.

Pero, volviendo al tema, hay reels sobre Bisbal, de una jura de bandera en Alcobendas... No hay nada sobre trastornos de conducta alimentaria. Hay un único vídeo de TikTok sobre Cuida tu Salud, que no tiene nada que ver con hábitos de alimentación, que tiene 500 visualizaciones, mientras que, un poquitín más abajo, hay un real de La casa de Ronald McDonald que tiene 10.000 visitas, no sé si es porque han promocionado el segundo y no han querido promocionar el primero. De verdad que sería un buen puente, una buena percha para llegar a gente joven. Entiendo que ese perfil está hecho con esa idea, pero, no hay absolutamente nada de esta PNL. Entonces, con esa proposición no de ley se aprobó algo que creo que tiene el consenso de todo el mundo -y ustedes también están interesados en mejorar estos contenidos-, pero da la sensación de que no han hecho ninguna actualización de ese

contenido, ni lo han traducido a que se pueda encontrar en redes y lo pueda encontrar gente joven. Si lo han hecho, desde luego, está muy escondido y no se encuentra fácilmente, y, si no lo están haciendo, ¿por qué se están saltando el acuerdo de esta Cámara?

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene tres minutos y cincuenta y cuatro segundos.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Desde la Dirección General de Salud Pública trabajamos en esta línea, fundamentalmente en el ámbito educativo, junto con las familias y a nivel comunitario, con el Programa Saluda tu Vida, que pretende concienciar al alumnado de los beneficios de la práctica del deporte, de mantener una alimentación adecuada y equilibrada y, además, trabajar otros aspectos que son determinantes para la adolescencia, como son la educación afectivo-sexual, el bienestar emocional, las habilidades sociales y la prevención de adicciones. En paralelo, nosotros realizamos talleres dirigidos exclusivamente a los alumnos de 2º y 3º de la ESO, cuyo contenido versa sobre gestión emocional y crítica a las redes sociales; sobre el autoconcepto, en el caso de los alumnos del Primer Ciclo de Educación Secundaria, y sobre asertividad, crítica a redes sociales y el valor de la imagen corporal en el Segundo Ciclo de Secundaria. Para las familias tenemos un programa de talleres online Vida saludable en el hogar con adolescentes, cuyo objetivo es prevenir la aparición de trastornos del comportamiento alimentario mediante la identificación de situaciones de riesgo en el ámbito familiar. Además, el equipo técnico de la dirección general imparte formación a los profesionales de Atención Primaria en alimentación, actividad física y prevención y detección de las señales de trastornos de comportamiento alimentario. Hemos puesto a disposición de los profesionales un Manual para docentes sobre trastornos de conducta alimentaria, claves conceptuales y abordaje desde el centro educativo.

Uno de nuestros retos era, no solamente seguir abordando la prevención primaria sino, también, pasar a la prevención secundaria, y en este segundo nivel de prevención nos hemos coordinado con la Unidad de Trastornos de Comportamiento Alimentario del Hospital Niño Jesús, donde son derivados los adolescentes que en los talleres que hacemos en las aulas presentan señales de alto riesgo de padecer un trastorno de comportamiento alimentario, y tengo que decir que prácticamente el 20 por ciento de los alumnos que realizan estos talleres presentan señales de posible riesgo de padecer un trastorno de comportamiento alimentario. Durante el año 2025, durante este año, hemos impartido 91 talleres de prevención de trastornos de comportamiento alimentario en los centros de Educación Secundaria, de los 130 que está previsto realizar durante este año, y tres talleres virtuales con las familias, de los 15 programados -los próximos son el 18 de junio y el 2 de julio-, así como ocho jornadas municipales, que se realizan los sábados por la mañana. Ya se ha realizado una en Tres Cantos y están agendadas otras dos. Trabajamos, fundamentalmente, la música, como transmisora de valores, la valoración del físico, las redes sociales, la autoestima, el cine como reflejo de la sociedad y la importancia de realizar actividad física de manera regular. Y ya se encuentra en las últimas etapas y, así, poderlo impartir en el próximo curso escolar 2025-2026, el Módulo de Capacitación para Docentes sobre Trastornos de Comportamiento Alimentario, dentro del Programa Saluda tu Vida.

Para nosotros, la infancia y la adolescencia son etapas absolutamente decisivas de desarrollo y crecimiento del individuo y abordar la prevención de estos trastornos de comportamiento alimentario también en el aula en estas primeras etapas es de vital importancia, por lo que este es uno de nuestros compromisos con la salud y la promoción de hábitos saludables. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señora Carmona, le quedan ocho segundos; adelante.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Señora Andradas, todo eso ya se hacía antes de esta proposición no de ley, no han implementado ni una sola acción; de hecho, el Programa Saluda tu Vida tampoco aparece en TikTok. Ustedes se comprometieron a hacer esa estrategia de divulgación particularmente accesible a las redes de difusión de vídeos cortos, y no lo han hecho. No entiendo qué ganan ignorando esta PNL.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, le quedan quince segundos, por si los quiere utilizar.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Entendemos que el trabajo directo en los centros educativos con los docentes, con los jóvenes, con las familias y a nivel municipal con los jóvenes son tareas absolutamente imprescindibles; por supuesto, pueden ser complementadas con las redes sociales, pero, ahora mismo -y esto es una iniciativa de los años 2024 a 2025- estamos en ello con resultados más que positivos.

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

**PCOC-161/2025 RGE.501. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Ana María Cuartero Lorenzo, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Tiene previsto el Gobierno de la Comunidad de Madrid la construcción de un centro de salud en la zona básica de salud de La Marazuela, en el municipio de Las Rozas?**

Por parte del Gobierno, contestará doña Ana Cabrero López, directora general de Infraestructuras Sanitarias, a quien ruego que se incorpore a la mesa. Señora Cuartero, tiene la palabra.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Muchas gracias, presidente. Muchas gracias, directora general, por estar aquí de nuevo para contestar nuestras preguntas en relación con la campaña que sabe usted que estamos desarrollando de revisión de las instalaciones sanitarias de las que disponemos en cada una de las zonas básicas de salud de la Comunidad de Madrid para Atención Primaria. En este caso, quiero hablar de la zona básica de salud de La Marazuela. La Marazuela es una de las cuatro zonas básicas de salud que existen en Las Rozas, a pesar de que solo se dispone en el municipio de Las Rozas de dos centros de salud, ya que las otras dos instalaciones son consultorios. Efectivamente, La Marazuela es una de esas zonas básicas de salud en las que no se dispone de centro de salud, sino de

consultorio. De acuerdo con los datos publicados por la propia Consejería de Sanidad, por la Gerencia de Atención Primaria, el total de tarjetas sanitarias individuales que están emitidas en el conjunto de las dos zonas básicas de salud de Las Rozas, El Abajón y La Marazuela, asciende a 50.000 tarjetas sanitarias, que constan como dependientes del Centro de Salud Las Rozas-El Abajón, ya que, al no ser centro de salud el de La Marazuela, no se dispone de datos específicos sobre las TSI asignadas al mismo; sin embargo, según los datos que también se han volcado, no por la propia consejería sino cuando se inauguró este consultorio por parte de la presidenta Cifuentes en el año 2017, aproximadamente era una quinta parte de la carga asistencial correspondiente al centro de salud, con una promesa de dotación profesional de 17 profesionales, que constituían la plantilla: cinco médicos de familia, un pediatra, cinco enfermeras, un auxiliar de enfermería, cuatro auxiliares administrativos y un celador. Insisto en que no podemos disponer de esa información, dado que, como se trata de un consultorio, a pesar de que haya edificio, y no de un centro de salud, la información sobre la plantilla que vemos en el centro de salud y en el consultorio son exactamente los mismos profesionales, tanto los médicos de familia, como los pediatras, como las enfermeras, y del resto de personal, los auxiliares, no disponemos de información. Por lo tanto, es muy difícil saber si realmente se cumple no solo con el requisito de disponer de un centro de salud propio, que se llame correctamente centro de salud, sino que tenga todas las funciones que se le asignan por ley al centro de salud, tanto de dirección propia como de poder hacer un seguimiento real del índice de cobertura de cada uno de los servicios -más adelante, pasaré a comentar eso-. Es muy difícil, insisto, poder valorar si realmente, a pesar de que se llame consultorio, estaría cumpliendo con esas obligaciones que tiene un centro de salud respecto a su zona básica.

Por tanto, mi pregunta es: a pesar de que no parece que sea necesario construir una nueva instalación para convertir este consultorio en centro de salud, cuál es la visión por parte de la Dirección General de Infraestructuras. Si se trata solamente de un tema administrativo que no se está acometiendo, o si, por el contrario, sería necesario desarrollar algún tipo de proyecto, de adaptación, de las infraestructuras, para que, efectivamente, el consultorio de La Marazuela pudiera ser constituido definitivamente en centro de salud. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Cabreró López): Buenas tardes, presidenta. Señoría, a su pregunta sobre si tiene previsto el Gobierno de la Comunidad de Madrid la construcción de un centro de salud en la zona básica de salud de La Marazuela, en el municipio de Las Rozas, la respuesta es no; no tenemos previsto, en esta legislatura, construir ningún centro de salud en La Marazuela. Como usted ha dicho, La Marazuela es un centro de salud del año 2017, tiene 2.540 metros cuadrados, es un centro bastante amplio, y lo que sí tenemos pensado es hacer una reforma integral y una rehabilitación de la cubierta, que es una cubierta ajardinada y hay que hacerle una rehabilitación. Y eso es lo que tenemos pensado hacer, una rehabilitación integral, en esta legislatura.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señora Cuartero, le quedan cincuenta y cinco segundos.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Gracias, presidenta. Lo que está claro es que no convertir este consultorio en un centro de salud no es por un problema de infraestructura, que es un problema, digamos, de otra índole: organizativa, falta de personal, falta de medios humanos. Por lo que usted nos ha dicho, o por lo que yo he creído entender, lo único que hay previsto son las actuaciones propias de mantenimiento y conservación en buenas condiciones de las infraestructuras; por lo tanto, entiendo que, a su criterio, cumple con todos los requisitos como instalación para poder albergar el centro de salud y, por tanto, no sería ese el problema que tendríamos para que realmente se pudiera constituir en centro de salud la instalación que hay en el barrio de La Marazuela.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene cuatro minutos y diez segundos.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Cabrero López): Repito que, a su pregunta de si vamos a construir un centro de salud, la respuesta es no; no vamos a hacer ningún centro de salud, y, le vuelvo a decir, lo que sí vamos a hacer es una reforma del mismo.

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

**PCOC-163/2025 RGEF.503. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Ana María Cuartero Lorenzo, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Tiene previsto el Gobierno de la Comunidad de Madrid la construcción de un centro de salud en la zona básica de salud de Méndez Álvaro?**

También contestará a esta pregunta por parte del Gobierno doña Ana Cabrero López, directora general de Infraestructuras Sanitarias. Señora Cuartero, tiene la palabra.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Muchas gracias, presidenta. Entramos ya, en esta revisión de zonas básica de salud, en aquellas que están en Madrid capital. Todas las que hemos visto hasta ahora, por las que les venimos preguntando sobre la construcción de un centro de salud, estaban en diferentes municipios que disponían de una instalación sanitaria, un consultorio local, o lo equivalente a un consultorio local, al menos desde el punto de vista administrativo y de reconocimiento de la instalación, y llegamos a Méndez Álvaro y nos encontramos con una zona básica de salud en la que, salvo error por mi parte, no hay ni está prevista la construcción de un centro de salud.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Cabrero López): Señoría, a su pregunta de si está previsto que el Gobierno de la Comunidad de Madrid construya un centro de salud en la zona básica de salud de Méndez Álvaro la respuesta es: sí, vamos a construir un centro de salud. El Ayuntamiento de Madrid procedió a ceder una parcela situada en la calle Sabal,

número 1, con vuelta a la calle Méndez Álvaro, con una superficie de 1.380 metros cuadrados. Dicha parcela se encuentra inscrita en el inventario de recursos de la Comunidad de Madrid con el número de inventario 2.645. Una vez cedida la parcela, se ha contratado el estudio geotécnico para hacer el levantamiento topográfico de la misma. Esto ya está contratado y estamos haciendo el proyecto del estudio geotécnico para, posteriormente, contratar el anteproyecto del centro, porque ya les he explicado en otra ocasión que he estado aquí que nuestra idea es industrializar los centros de salud. Estamos trabajando en construcción industrializada. Y este va a ser uno de ellos. Entonces, la respuesta es: sí vamos a construir un centro de salud.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Cuartero, le quedan cuatro minutos y cuatro segundos.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Perfecto. Estamos en los trámites previos, por lo que he entendido, para la construcción del centro de salud. ¿Cuándo prevén el inicio de las obras, de acuerdo con los plazos establecidos? Por lo que usted ha dicho, es muy incipiente la tramitación de la ejecución del centro de salud y me gustaría saber qué plazo estimado tienen desde la dirección general para el inicio de las obras, qué plazo tienen para la finalización de las obras y, por tanto, para la inauguración. ¿Considera usted que ese centro de salud va a poder estar inaugurado antes del final de la legislatura y con los médicos prestando atención en él?

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Cabrero López): Para final de la legislatura no va a estar terminado, obviamente. Lo que tendremos es iniciada la obra; lo otro, es imposible.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora Cuartero, tiene la palabra.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Muchísimas gracias. La verdad es que se agradece una respuesta tan clara y rotunda. La conclusión, que es muy breve, es que, a pesar de lo que el otro día expuso la consejera de Sanidad en el pleno, finalizaremos la legislatura sin que esos 35 centros de salud prometidos en planes, en obras, en proyectos, estén construidos; por tanto, finalizaremos la legislatura con varias zonas básicas de salud sin disponer de un centro de salud, y, entre ellas, una tan cercana como es Méndez Álvaro. Insisto en que no es fácil que se dé una respuesta tan clara, y se lo agradezco. Nos guste o no nos guste, es una respuesta clara de que antes de finalizar la legislatura es prácticamente imposible que exista un centro de salud, una infraestructura físicamente finalizada, y, ni muchísimo menos, que haya médicos allí pasando consulta. Muchas gracias, y espero a la siguiente pregunta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. ¿Quiere intervenir, señora directora general?

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Cabrero López): Señora Cuartero, cuando terminemos la legislatura tendremos más de 34 centros de salud construidos.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Pasamos a la siguiente pregunta.

**PCOC-172/2025 RGE.513. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Ana María Cuartero Lorenzo, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Tiene previsto el Gobierno de la Comunidad de Madrid la construcción de un centro de salud en la zona básica de salud de Villanueva del Pardillo?**

Contesta también doña Ana Cabrero López, directora general de Infraestructuras Sanitarias. Señora Cuartero, tiene la palabra.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Gracias, presidenta. Termino mis preguntas de hoy acerca de las instalaciones disponibles para albergar centro de salud con la zona básica de salud de Villanueva del Pardillo, que es una de las que visité por última vez. Desde mi punto de vista, el consultorio - consultorio, que no centro de salud- existente en Villanueva del Pardillo es bastante moderno, no creo que tenga una antigüedad superior a los quince años, y, aunque no he tenido tiempo de consultarlo, desde mi punto de vista -y me gustaría que usted me lo confirmase-, no se trata de un problema de infraestructuras que aquello siga siendo un consultorio dependiente de un centro de salud que no está dentro de la zona básica de salud, y, por tanto, no disponga de la capacidad de autorregulación de sus propios servicios; ni dispongamos, por cierto, de los datos de las tarjetas sanitarias a las que se está prestando servicio; ni de los médicos que hay, ni de los turnos en los que pasan consulta esos médicos, ni siquiera de la cobertura de datos de la cartera de servicios básicos de Atención Primaria, de la cartera estandarizada. ¿Me podría confirmar que efectivamente no es problema de la infraestructura y si existe una previsión de ampliación de ese consultorio para que pueda albergar todos los medios humanos y materiales disponibles para convertirse en un centro de salud?

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Cabrero López): Señoría, yo lo que le puedo decir es que no está prevista la construcción de un centro de salud en Villanueva del Pardillo. Como usted dice, el centro es del año 2012 y tiene 846 metros cuadrados en dos plantas. Lo que sí le puedo decir es que vamos a hacer reformas de mejora; renovación del centro a lo largo de la legislatura. Es lo que puedo decirle.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Cabrero López): Señoría, yo lo que le puedo decir es que no está prevista la construcción de un centro de salud en Villanueva del Pardillo. Como usted dice, el centro es el año 2012, tiene 846 metros cuadrados en dos plantas. Y lo que sí le puedo decir es que vamos a hacer reformas de mejora, renovación del centro, a lo largo de la legislatura. Y es lo que puedo decirle.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muy bien. Señora Cuartero, tiene la palabra.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Muchísimas gracias. Una de las cosas es mencionar que, efectivamente, es característico, además de este consultorio, el que los servicios adicionales ni siquiera

se prestan todos en el centro de salud del que dependen, de Villanueva de la Cañada, sino que la fisioterapia está en Las Rozas-El Abajón, el trabajo social en el Centro de Salud del Cerro del Aire, en Pozuelo, y la odontología en Pozuelo Estación; problemas normalmente también derivados de que no se ha reconocido como centro de salud el consultorio del que se trata. Igual que en la anterior pregunta, simplemente darle las gracias por lo concreto de su respuesta, y nada más en esta ocasión.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señora directora general, ¿quiere añadir algo? Tiene tiempo.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Cabrero López): No. Muchas gracias.

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

**PCOC-3065/2025 RGE.11411. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa del Sr. D. Javier Guardiola Arévalo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué acciones están realizando para mejorar la accesibilidad en las instalaciones del Hospital del Tajo en Aranjuez?**

Nuevamente, contesta doña Ana Cabrero López, directora general de Infraestructuras Sanitarias. Señor Guardiola, tiene la palabra.

El Sr. **GUARDIOLA ARÉVALO**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, directora general. La pregunta que le traemos aquí es qué acciones se están realizando para mejorar la accesibilidad en las instalaciones del Hospital del Tajo, en el municipio de Aranjuez, que alberga distintos municipios a los que da servicio. No sé si conoce el problema que le traemos, y es que en el Hospital del Tajo la parada del autobús no está adaptada para personas con discapacidad, con lo cual, no pueden ir en el transporte público. Le he traído alguna foto para enseñárselo. Aquí tiene. Para en una glorieta dentro del recinto del hospital. Tienen aquí un bordillo, y las asociaciones de personas con discapacidad no pueden acceder al servicio público de transporte ni subir al hospital, que está a las afueras del centro de la ciudad. Esta pregunta se la traemos aquí, sinceramente, para que lo arregle; o sea, por favor. Hemos intentado ir por distintos caminos para no traerlo a la comisión y nos ha sido imposible. El Hospital del Tajo, en Aranjuez, se puso en marcha en el año 2008, y han pasado diecisiete años y los vecinos y las vecinas que han reivindicado esto tan básico ya no saben a quién acudir. Creemos que no es dinero, que es una cuestión de voluntad política y de que se pongan de acuerdo distintos organismos. Hace un año les hice una pregunta de respuesta escrita sobre cuándo iban a realizar esa adaptación para que puedan llegar al recinto del Hospital del Tajo y nos respondió el Consorcio Regional de Transportes que ellos no tenían competencias -lo tengo por escrito; luego, se lo dejo, si quiere-, que la red de transporte interurbano de la región, si no se realiza una labor técnica de asesoramiento e información que deben reunir las paradas, siendo el titular de la vía el competente para llevar a cabo dichos trabajos. El titular de la vía es el Hospital del Tajo, con lo cual, siguiente paso: si Consorcio de

Transportes nos manda al hospital, mandamos una carta a la dirección de la gerente del Hospital del Tajo. Le comentamos un poco los problemas, como estamos haciendo ahora, y nos responde -aquí tenemos la fecha de registro- que agradecen que les mandemos esto, pero "les informamos de que hemos dado traslado al gabinete de la Consejería de Sanidad, ya que es el órgano competente para este tipo de interlocuciones." Nos mandan a ustedes. No sé si les hicieron llegar el asunto. Como no son competentes para reunirse, aquí estamos, en la Comisión de Sanidad, y agradeceríamos que no nos manden a otro lado y que le pongamos ya solución al asunto, y, si tenemos que ir a otro lado, díganoslo, y vamos a otro lado, pero vamos a seguir con ello.

Señora directora general, esta pregunta es una petición para que lo arreglen y pongan una parada de autobús adaptada para personas con discapacidad, que es un problema relativamente fácil de solucionar, por los problemas que tiene la sanidad. Fuera del recinto no es una alternativa para las personas con discapacidad, porque ellos reclaman que no pueden ir de la zona de fuera del hospital hacia dentro, pero hay varias alternativas dentro del recinto, y desde el grupo Socialista nos ponemos a su absoluta disposición para que se haga, porque yo creo que merece la pena este asunto.

Nos hubiera encantado no traer esta pregunta a la comisión; hubiera sido mejor que se hubiera arreglado antes en conversaciones o peticiones, pero, visto que han pasado años y no han sido capaces, creo que era necesario traerlo, y, para que nos hagamos una idea, por el hecho de traerlo aquí, a la Comisión de Sanidad, la Gerencia del hospital, que no se podía reunir con nosotros, este jueves va a reunirse con las entidades y con los ayuntamientos, lo que ya es un logro. Esperamos que le pongamos solución a esto y que encontremos una alternativa para las personas que lo necesitan. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, tiene la palabra.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Cabreró López): Señoría, siento mucho todo este tortuoso camino, pero esté seguro de que lo vamos a solucionar.

Le cuento un poco, atendiendo a la petición. El hospital ha mantenido diferentes reuniones con el Consorcio Regional de Transportes, el Ayuntamiento de Aranjuez y la sociedad concesionaria que gestiona las instalaciones del hospital, con el fin de valorar distintas opciones para reubicar dicha parada. El Consorcio Regional de Transportes, a su vez, ha visitado el hospital con el fin de conocer de cerca la problemática y lograr posibles alternativas. Las opciones planteadas son dos: una, consiste en ubicar la parada dentro del recinto hospitalario, en la calle que baja a la rotonda central del hospital; otra, consiste en ubicar la parada fuera del recinto hospitalario.

Desde mi punto de vista, como directora de infraestructuras y como técnico que ha estado muchísimos años en hospitales, cuando un autobús entra en el recinto hospitalario hay que hacer un ensanchamiento de la calle porque, si no, obviamente, cuando para, todo el tráfico se colapsa, pero, aunque hagamos esto, la gente es bastante incívica, ¿y qué suele hacer? Usarlo de zona de carga y descarga. ¿Y qué pasa con el autobús? El autobús colapsa. Por eso, planteamos la opción de ponerlo

fuera y lo más cercano posible a la entrada lateral del hospital, con un acceso completamente accesible. Esas son las dos opciones.

Esto hay que planteárselo también a las asociaciones. El día 20 vamos a reunirnos todos y vamos a verlo. Que ellos lo vean, porque hay veces que lo que es bueno para unos es malo para el resto del hospital, y es que el tráfico interno en las parcelas de los hospitales es muy complicado; entonces, hay que intentar liberarlo, y en eso estamos. O sea, que el 20, si está por allí, lo veremos.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señor Guardiola, cuarenta segundos.

El Sr. **GUARDIOLA ARÉVALO**: Muchas gracias, directora general. Tortuoso tampoco; se hace encantado. El día 20, si nos invitan, allí estaremos. Luego, díganos dónde y demás. Yo les diría, porque se lo van a decir las entidades, que fuera dentro. Yo creo que habrá que intentar que no haya gente que lo haga mal y se castigue a los que lo hacen bien. Desde mi punto de vista, la Administración, en general, intenta que sea así, en todos los aspectos. Hay gente que hace las cosas mal, pero no por ello se dejan de garantizar espacios. Ya le adelanto que, en esa reunión del 20, en la que estaré encantado de estar, la petición de las entidades va a ser que se haga dentro e intentar poner medidas preventivas para que los actos incívicos sean castigados, o que no se hagan. Muchas gracias, y esperamos verlo.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora directora general, no sé si quiere añadir algo.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS** (Cabrero López): Lo intentaremos arreglar el 20. Explicaremos muy bien las ventajas que tiene tener la parada donde la planteamos, que está mucho más cerca de la entrada lateral, porque eso ayuda a gestionar el tráfico interno. Las opciones son esas. Lo veremos.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Cabrero. Han terminado sus preguntas. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

**C-888/2025 RGE.11775. Comparecencia de la Sra. D.<sup>a</sup> Carina Escobar Manero, Presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), a petición del Grupo Parlamentario Popular, con el siguiente objeto: informar sobre situación de las pluripatologías crónicas en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).**

Invito a la compareciente a tomar asiento en la mesa. (*Pausa.*) Le recuerdo que, en primer lugar, tendrá un turno de palabra usted, por un total de quince minutos; después, habrá un turno de palabra de los grupos parlamentarios, de menor a mayor, por un tiempo de diez minutos cada uno, y, para finalizar la comparecencia, tendrá usted de nuevo un turno de palabra por tiempo de diez minutos. Sin más, si está usted preparada, puede empezar cuando quiera; ya sabe que son quince minutos ahora.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES** (Escobar Manero): Buenas tardes, presidenta y miembros de la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid. Señoras y señores, muchas gracias por recibir a la Plataforma de Organizaciones de Pacientes para exponerles el gran reto que supone la cronicidad y, especialmente, el impacto que tiene la pluripatología en las personas que padecemos este tipo de enfermedades crónicas y cómo esto tiene también un efecto en nuestro sistema sanitario.

La Plataforma de Organizaciones de Pacientes suma más de 2.000 asociaciones de pacientes, tanto autonómicas como provinciales y locales, aglutinadas en cuarenta federaciones y confederaciones, que representan, entre otras patologías, al autismo, cardiopatías, celiaquía, daño cerebral, diabetes, enfermedades oncológicas, enfermedades inflamatorias inmunomediadas, enfermedades neurológicas, enfermedades raras respiratorias, pacientes trasplantados de riñón, hígado y corazón, lesión medular, salud mental y VIH.

Los pilares de nuestra labor son, fundamentalmente, representar a la cronicidad en España, representarla también en las diferentes consejerías, y hacer lo que nos han mandatado nuestras entidades, que es representar a la cronicidad, que la cronicidad esté en la agenda política. Nuestra labor fundamental es la incidencia política; también, hacer investigación sobre el impacto que tiene la cronicidad en la vida de las personas y cómo podemos colaborar y cooperar con el sistema sanitario para afrontar el reto que tiene la cronicidad, el envejecimiento, y cómo hacer una medicina cada vez más personalizada y adaptada a cada persona.

En cuanto a participación en el sistema sanitario, nos gustaría comentar que estamos, dentro del Ministerio de Sanidad, en las siguientes áreas de salud pública: Dirección General de Ordenación Profesional, Dirección General de Farmacia, Salud Digital, Agencia Española del Medicamento e Instituto de Salud Carlos III. También, en otros órganos de representación, como institutos y fundaciones de investigación, comités de hospitales y comités de pacientes de diferentes comunidades autónomas. Aquí, en la Comunidad de Madrid, hemos participado en las diferentes estrategias de humanización. Estamos en la Estrategia del Dolor, en la Estrategia de Seguridad, en el Plan de Fragilidad. Estamos trabajando con la Dirección General de Cuidados en este momento, con la Comisión de Calidad Percibida y Humanización de la Atención Primaria, en la Comisión del Dolor del Hospital de la Princesa, en ámbitos del Help Data Madrid, en la Escuela Madrileña de Salud y en el Instituto de Investigación del Clínico San Carlos, Gregorio Marañón y Puerta de Hierro. Aunque somos una organización nacional, tenemos un recorrido, en este caso en la Comunidad de Madrid, bastante importante, en participación en diferentes grupos de trabajo. En este momento, tenemos un proyecto. A iniciativa de la Plataforma Organizaciones de Pacientes, estamos trabajando en prevención de infecciones microbianas. Hemos hecho una guía, junto a la Agencia Española del Medicamento y el Ministerio de Sanidad, dirigida a personas con enfermedades crónicas y sus familias y cuidadores y, en este caso, hemos seleccionado cuatro hospitales de Madrid: Niño Jesús, Doce de Octubre, Puerta de Hierro-Majadahonda y Gregorio Marañón para iniciar un recorrido para educar e informar sobre las resistencias antimicrobianas y cómo podemos cuidarnos mejor y trabajar en corresponsabilidad.

En España, aproximadamente, un 54 por ciento de la población tiene alguna patología crónica; esto, en mayores de 15 años. El 78 por ciento de las personas mayores de 65 años tiene cronicidad, y esta cifra va en aumento cada vez que cumplimos años. Además, la cronicidad no tiene edad. Estamos en una situación, la verdad, preocupante. Datos del INE de 2017 indicaban que el 19 por ciento de la población infanto-juvenil tenía alguna patología crónica u oncológica, y, en este caso, tenemos una situación en la que hemos subido casi al 21 por ciento. En la Comunidad de Madrid, este dato, al tener más esperanza de vida, obtiene un punto más, y un 55 por ciento de la población madrileña tiene alguna enfermedad crónica. Además, es habitual que las personas que padecemos enfermedades crónicas tengamos asociadas patologías y morbilidades que acompañen el avance de la enfermedad; por ejemplo, las personas que tienen insuficiencia cardiaca pueden tener también enfermedad renal crónica.

Me gustaría dar una foto de qué impacto tiene la cronicidad en la vida de las personas y cómo los sistemas sanitarios tienen un reto, pero no solo sanitario, sino social y sociosanitario. Por daros algunos datos de la EPOC, el 45 por ciento de los pacientes tardan dos o más años en recibir un diagnóstico. Tenemos que mejorar los diagnósticos, porque, cuanto más se retrasan esos diagnósticos, mayor carga de cronicidad tenemos y menos efecto tienen los tratamientos. Un 43 por ciento de las personas en el momento del diagnóstico no llegan a comprender a sus médicos, el diagnóstico de su enfermedad. Tenemos que mejorar en comunicación.

También tenemos que hacer más por la corresponsabilidad, porque un 28 por ciento de los mayores con cronicidad no cumple el tratamiento prescrito para su enfermedad. Para nosotros, el perfil que sale perdedor en todos nuestros estudios es el de las mujeres mayores de 80 años, que normalmente no van acompañadas a consulta, y también faltan a citas médicas y demás. Para nosotros, son un colectivo a cuidar. Por otra parte, un 40 por ciento de las personas mayores con cronicidad reporta soledad no deseada, especialmente aquellos que no tienen un sistema de apoyo familiar, y esto, de una manera directa afecta en su adherencia.

También hay que tener en cuenta a las personas cuidadoras con enfermedades crónicas. El 98 por ciento de los cuidadores de otras personas son mujeres; en este caso, mujeres con cronicidad. Un 35 por ciento reporta sobrecarga muy alta diaria; un 63 por ciento, estrés. También destaca la falta de adherencia al tratamiento que tienen y lo poco que priorizan su salud.

En el caso de los niños de 0 a 14 años con enfermedades crónicas, acabamos de sacar un estudio que habla de 1,7 años para tener un diagnóstico desde que aparecen los síntomas, y hay una deficiencia de información a las familias, tanto en el diagnóstico, porque solo un 28 por ciento de las familias nos dicen que entienden bien o muy bien el diagnóstico de la enfermedad de sus hijos, como en el manejo de la enfermedad o cómo cuidar a sus hijos, porque solo nos dicen que bien o muy bien un 28 por ciento de las familias.

También hay que considerar que ese 24 por ciento de pacientes que tienen alguna enfermedad crónica se ven muy afectados en su vida diaria: un 75 por ciento de las familias experimentan elevados niveles de estrés. Y también impacta en el ámbito laboral: un 45 por ciento de las personas que tenemos

enfermedad crónica tenemos dificultades en el entorno laboral. Esto se agrava cuando se tiene que ocultar el diagnóstico, porque un 50 por ciento se sienten discriminadas, y esto empeora su sintomatología. También hay que decir que el dolor crónico cruza muchas patologías crónicas y que un 40 por ciento de las personas con enfermedades crónicas no ha obtenido un diagnóstico de lo crónico todavía.

Tenemos un sistema sanitario complejo, lleno de retos. He de decir que para nosotros la palanca de cambio en nuestro sistema sanitario, en la Comunidad de Madrid y en cualquier sitio, debería ser la cronicidad, que es el 60 por ciento de los ingresos hospitalarios y el 80 por ciento en la Atención Primaria. Hay que entender que las personas con enfermedades respiratorias, cardiovasculares, mentales u oncológicas tienen el doble de visitas que la población que no tiene ninguna patología y que consumimos el 70 por ciento del gasto sanitario. Tanto por el envejecimiento de la población como por cómo ha avanzado la ciencia, tenemos largos supervivientes de cáncer que tienen otro tipo de necesidades que hay que cubrir. Y también está, como decía, el aumento de prevalencias de enfermedades infanto-juveniles, que tienen que ser todo un reto en nuestro sistema sanitario.

Necesitamos mejorar los procesos asistenciales y de cuidados. Tenemos necesidad de especializarnos, de tener una atención de calidad, pero, sobre todo, de hacer una atención centrada en los pacientes. Realmente, necesitamos estratificar, segmentar, tener datos para hacer unas políticas más dirigidas a mejorar resultados en salud. En este caso, tenemos que contar con planes generales de cronicidad, pero también con planes y estrategias concretos para patologías crónicas específicas, como la obesidad o la insuficiencia cardíaca, y, sobre todo, ir priorizando aquellas patologías más prevenibles y de mayor impacto en cuanto a mortalidad.

La pluripatología requiere de una atención multidisciplinar. Esto es súper complicado obtenerlo, pero aquí y en cualquier sitio. Necesitamos protocolos que coordinen la atención hospitalaria con la Atención Primaria, porque la continuidad asistencial es fundamental. En la Comunidad de Madrid se está haciendo un esfuerzo en este tema, pero, si realmente queremos trabajar en cronicidad y tener una atención más centrada en las necesidades de las personas, la continuidad asistencial es fundamental. Tenemos que garantizar otro tipo de recursos. Tenemos que volver a hacer atención domiciliaria. Desde la pandemia, en general, se ha perdido la atención domiciliaria, y esto es muy importante. La hospitalización a domicilio, los cuidados paliativos, unidades móviles de diagnóstico... Tenemos que avanzar e innovar, y, cuando hablamos de innovación tecnológica, hablamos de acercar la salud a las personas, en este caso, a las personas más frágiles.

En cuanto a profesionales, Madrid es de las comunidades autónomas con más enfermeras escolares, que es fundamental para el trato con nuestros pacientes niños con enfermedades crónicas, pero también para dar educación en salud y corresponsabilidad a nuestros jóvenes desde la infancia. Y aquí añadiría un punto más: cuando les preguntamos a los niños y adolescentes que ya tienen edad para contestar, la tercera preocupación que tienen es la burla que tienen en el cole. Tenemos que reflexionar mucho sobre cómo lograr en los colegios una convivencia que realmente no deje atrás, porque todos los niños que tienen abandono escolar -y, en nuestro caso, niños con enfermedades

crónicas tienen mucho abandono escolar- son los pobres del futuro; quiero decir, se van a quedar con una pensión mínima y con un problema de salud muy gordo. Por tanto, tenemos que evitar ese abandono escolar, y, para eso, hay que trabajar con los colegios desde la infancia. Además de la enfermedad escolar, encontramos importante ayudar a la continuidad asistencial de las enfermeras gestoras de caso, de las enfermeras de enlace, para todo el tema social, con el trabajador social sanitario, el psicólogo y el fisioterapeuta.

En cuanto a la Atención Primaria y comunitaria, para nosotros es fundamental. Hemos trabajado durante los tres últimos planes que ha hecho el ministerio en Atención Primaria y Comunitaria, en cómo dotar el sistema de recursos para que la Primaria tenga el protagonismo que necesitamos los pacientes.

Es muy importante la salud local. Tenemos que adaptar todos esos servicios de los que venís hablando. Hoy oía decir "que estén en lo local". Que tengamos una dimensión local es muy importante, porque Madrid son muchos Madrid y se necesita de un conocimiento de la ciudadanía, de cómo adaptar tanto los procesos asistenciales como el fomento de la prevención y promoción de la salud. Entendemos que el tabaco, el alcohol, el consumo de ultra procesados, la actividad física, socializar... Una de las cosas que nos pasan a las personas que tenemos patologías crónicas, independientemente de nuestra edad, es un problema de aislamiento social provocado por la propia situación de enfermedad. Tenemos que trabajar en cómo socializar, tener activos en salud, pero activos en salud que también vengan del Tercer Sector.

La interoperabilidad de las historias de salud es imprescindible. Es verdad que en Madrid cada hospital era un mundo, pero hay que seguir trabajando en interoperabilidad. Creemos que es muy mejorable todo el tema del proceso, pero sabemos que se está haciendo un esfuerzo. Y también hay que trabajar en cómo hacemos una historia de salud real de las personas, para que integremos información del sistema sanitario, pero también del sistema social, y, así, garantizar de verdad una atención integral y una planificación sanitaria y social que realmente den resultados.

Es importantísimo lo que os comentaba de segmentar y estratificar. Tenemos un margen de mejora en cuanto a la transición de pacientes crónicos pediátricos y adultos entre niveles asistenciales; se corre mucho riesgo en este sentido y tendríamos que hacer un esfuerzo en este ámbito. También tenemos que trabajar en la medición de resultados en salud, en transparencia y accesibilidad. Tenemos que intentar que la ciudadanía también tenga noticias buenas de las cosas que pasan y de las cosas que se están haciendo; nos gusta poner el énfasis ahí, aunque quede mucho por hacer. Necesitamos un plan de cuidados individualizados, fomentar la corresponsabilidad de la sociedad, apoyo a familiares y cuidadores es un tema fundamental, y tocar la salud de la mujer no solo desde un punto de vista reproductivo, porque nos cuidamos peor, vamos más tarde al médico y tenemos peores resultados en salud. Cuando les preguntamos en nuestros estudios qué piensan del sistema sanitario, lo valoran mejor que los hombres, pero, cuando les preguntamos por su propia salud, la valoran peor que los hombres, y esto nos hace pensar que tenemos que trabajar en la salud de la mujer y en poder llegar de otra manera. Nosotros tenemos que profundizar y, no queda otro remedio, tenéis que participar. Tenemos

que participar más con las asociaciones de pacientes; tenemos que medir ese valor, el valor que aportamos, y hacer un trabajo conjunto en todos los ámbitos.

Por último, quiero destacar la necesidad de desarrollar en la Comunidad de Madrid la nueva Estrategia de Cronicidad. Para nosotros, es fundamental, porque la que tenemos termina este año, coincidiendo con la actualización de la Estrategia de Cronicidad que está haciendo el Ministerio de Sanidad. En este caso, se hace una estrategia global, pero también se han elegido una serie de patologías, y creemos que es fundamental que se refuercen esas políticas sanitarias y que miren a medio y largo plazo; que piensen en el hoy, pero también en el mañana, y que realmente podamos conseguir mejores resultados en salud para las personas con enfermedades crónicas. Quiero hacer hincapié en diagnósticos precoces, en que tengamos una sanidad más flexible y también más proactiva. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Le corresponde, como le he explicado, el turno a los grupos parlamentarios, de menor a mayor. Empezamos por el Grupo Parlamentario Vox en Madrid, que tiene diez minutos; adelante, señora Cuartero.

La Sra. **CUARTERO LORENZO**: Muchísimas gracias, señora Escobar; muchísimas gracias por su comparecencia hoy aquí para tratar uno de los aspectos que Vox considera fundamental respecto a la sanidad de hoy y a los retos de la sanidad del futuro, que es la atención a los pacientes crónicos. Creo que todos acabaremos siendo pacientes crónicos y, además, con multiplicidad de dolencias, porque, gracias a Dios, la medicina avanza y podremos vivir mucho más, pero ahora el reto está en cómo vivimos todo ese tiempo de más que vivimos, aunque, por supuesto, como usted ha dicho, desgraciadamente, la cronicidad es algo que está presente en muchos pacientes desde la infancia.

Quiero recomendar a todos los que no lo hayan leído el magnífico artículo que salió ayer en La Tercera de ABC del Doctor Manuel Serrano Martínez hablando precisamente de la medicina. "La medicina siempre ha sido considerada la excelencia asistencial respecto a la máxima calidad de las prestaciones, seguridad y equidad centrada en el paciente, que garantiza por encima de todo la actitud ética entre el médico y el paciente." Es un artículo que habla mucho de la inteligencia artificial, de ese uso de la inteligencia artificial, y nosotros advertimos: no nos vayamos a un falso diagnóstico sobre lo que está pasando. El problema ahora mismo en la Comunidad de Madrid de la atención a los crónicos no está en que la atención a través de la inteligencia artificial vaya a despersonalizar, nos vaya a alejar del médico; el problema que estamos viendo es que el sistema sanitario en la Comunidad de Madrid está diseñado para 6 millones de personas y ahora mismo superamos los 7, y, además, son 7 millones de personas que avanzan hacia una cronicidad múltiple. O le damos una vuelta al sistema sanitario y aumentamos la eficiencia, o la única posibilidad va a estar en la inteligencia artificial, pero ni muchísimo menos por voluntad de los propios especialistas o de los médicos de familia.

He escuchado atentamente su intervención y ha hablado mucho de hospitales, de esas unidades del dolor que están en los hospitales y no en los centros de salud, y ha hablado mucho también, desde mi punto de vista, de lo que podríamos tener controlado en los episodios críticos de

hospitalización de los pacientes crónicos. ¿Pero qué es lo que pasa cuando esos pacientes crónicos no necesitan hospitalización, pero deben llevar un seguimiento en Atención Primaria? Es algo que me preocupa mucho. Ahora mismo, en la última Memoria de Atención Primaria publicada tenemos los siguientes indicadores de cobertura de la cartera de servicios estandarizados: por ejemplo, atención a pacientes adultos con hipertensión arterial, un 67 por ciento sobre la población diana de atención; es decir, tenemos a 33 pacientes adultos con hipertensión sin estar atendidos por Primaria. O atención a pacientes adultos con obesidad, un 44,9 por ciento; es decir, más de la mitad de los pacientes adultos con obesidad no son seguidos en Atención Primaria. Con insuficiencia cardiaca, un 65,8 por ciento. Atención a pacientes adultos con EPOC, un 23,8 por ciento. Atención a personas adultas que consumen tabaco, un 45,5 por ciento. Con consumo de alcohol de riesgo, un 19,8 por ciento. Esto no es otra cosa que un síntoma de la absoluta incapacidad de Atención Primaria; no es voluntad de los médicos, estoy segura, sino la incapacidad ahora mismo de la Atención Primaria de hacer frente al reto de la cronicidad, que es, desde mi punto de vista, uno de los retos de la medicina de hoy en día.

Pero, el problema de la Atención Primaria ya no solo es en cuanto a los índices de cobertura, porque, si usted revisa la cartera de servicios estandarizados, no se habla del paciente que supera un cáncer, ya que el paciente oncológico no tiene un servicio estandarizado que recoja sus necesidades de seguimiento, y todos conocemos, y cada vez son más, personas que, habiendo superado un cáncer, tienen determinadas secuelas que hacen que sea necesario ese seguimiento. Hace poco estuve en Ciempozuelos y un paciente, un largo superviviente de cáncer, me decía que había cambiado de médico de cabecera once veces en los últimos diez años -insisto, no es un problema de voluntariedad, de no cumplir, es un problema de falta de medios, falta de recursos, falta de herramientas de gestión-, con la ansiedad que le produce a un paciente superviviente de un cáncer tener que contar su historial médico a cada uno de los nuevos médicos de cabecera, que al final son los responsables de darle esos tratamientos que sigue necesitando, de pautarle determinadas cosas. Esto hace que estemos fallando; que el servicio de salud, en general, esté fallando.

Y ya, si nos vamos a las personas mayores, la atención al paciente con trastorno neurocognitivo mayor está en un 50 por ciento y la atención a la persona mayor con fragilidad o deterioro funcional está en un 47,9 por ciento; es decir, a las personas mayores, que estoy segura de que además de tener estos trastornos neurocognitivos están polimedicadas, las tenemos muy poco cuidadas.

Usted se ha referido a la atención domiciliaria; en las personas mayores, la atención domiciliaria es básica. Hemos tratado, por ejemplo, en esta propia comisión, el problema de los desplazamientos en la época estival de las personas mayores hacia las poblaciones de veraneo de la Comunidad de Madrid, el desplazamiento de personas mayores a los municipios de la sierra, que hace que los centros de salud están absolutamente sobresaturados por su afluencia, porque son personas mayores que necesitan un cuidado de las escaras, que necesitan una movilización, que necesitan un control de anticoagulantes, y no se dotan esos medios extraordinarios que se necesitan.

A mí me gustaría poder dar otro mensaje, pero, con la Atención Primaria al nivel que la tenemos, por el aumento constante de población en la Comunidad de Madrid -estamos hablando de más de 100.000 personas al año que aumenta la población de la Comunidad de Madrid- y por el nivel de incorporación de personal médico, de enfermeras, de personal administrativo y de construcción de instalaciones de Atención Primaria, creo que no iremos a mejor, sino que vamos a peor. Insisto, creo que este es el gran reto de la sanidad de nuestros días, porque nos curan de cosas muy graves, nos sacan adelante de situaciones muy críticas, pero, después, cada día hay que lidiar con esas patologías crónicas, con ese envejecimiento, con esas secuelas de los tratamientos del cáncer, con todas esas cosas que nos permiten vivir con calidad, para no solo vivir, sino que merezca la pena vivir.

Decía este mismo doctor al que me he referido, el doctor Serrano Martínez, en otro de sus artículos, que, además, la falta de esta atención al paciente crónico es lo que muchas veces lleva a las personas a hacer peticiones desesperadas, porque realmente nadie quiere morir, pero nadie quiere vivir con dolor y con sufrimiento; entonces, yo creo que aquí tenemos un reto fundamental. Es de vital importancia que existan asociaciones de pacientes y que sea la propia sociedad civil la que empuje en ese sentido por todos, porque hoy nos vemos jóvenes, nos sentimos jóvenes, nuestros hijos son jóvenes, nuestros padres quizá ya no tanto, pero esta es la sanidad que nosotros vamos a necesitar en muy breve periodo de tiempo; así que, por mi parte, simplemente ponernos a su servicio en cualquier cosa que podamos colaborar, mostrarle que somos muy sensibles. Como ve, miramos con preocupación los datos de la Atención Primaria, cómo se están prestando los servicios a los pacientes que tienen multiplicidad y a los pacientes crónicos, y espero que entre todos podamos hacer propuestas para, de verdad, dar una dignidad.

Y un recuerdo, sobre todo, al tratamiento de los niños con enfermedades crónicas. Tiene que haber enfermeras en los colegios que sepan lidiar con la diabetes, que sepan lidiar con las niñas o niños que tienen anorexia, que sepan lidiar con las enfermedades mentales, que pueden llegar a ser crónicas si no se acomete lo suficiente. Necesitamos psicólogos en los centros de salud no solo para los trastornos mentales, sino para saber lidiar con esas otras enfermedades, que muchas veces atacan desde la niñez.

Muchísimas gracias por venir y por liderar esa asociación. A su disposición en todo lo que podamos ayudar. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Le corresponde el turno al Grupo Parlamentario Socialista. Entiendo que habla el señor Moreno Vinués; adelante.

El Sr. **MORENO VINUÉS**: Gracias, presidenta. Gracias, señora Escobar, por venir a comparecer a la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid. También quiero felicitarla por todo el trabajo que hacen desde su plataforma, que me consta que es muy bueno e importante.

Me voy a conformar con tratar de poner el acento, subrayar, cuatro o cinco elementos clave, que creo que son de especial importancia. Comparto buena parte del diagnóstico que ha expuesto la señora Cuartero sobre la preocupación a la hora de atender la cronicidad en la Comunidad de Madrid;

probablemente, tendríamos diferencias en las soluciones, pero coincidimos en que el diagnóstico en algún punto es razonablemente inquietante.

Primero, poner el énfasis en la prevalencia de las enfermedades crónicas. Si entendemos por enfermedad crónica cualquier enfermedad que se prolonga durante más de tres meses y que no cursa de forma autolimitada, pues, la mitad de la población es un enfermo crónico, y el grueso de estos enfermos son personas mayores; entonces, está habiendo un cambio en el perfil de enfermo en la sociedad, no solo en la madrileña, en todas, en la española también, porque hay un envejecimiento de la sociedad y, por tanto, hay un repunte de la prevalencia de patologías crónicas, y esto nos tendría que llevar a tomar decisiones.

Desde luego, no solo importa el curar, sino que importa el prevenir y también el diagnosticar a tiempo. Yo soy cardiólogo de profesión y justo me dedico a lo contrario, a la atención crítica del paciente agudo, pero tengo muy claro que el infarto que mejor se atiende es el que se previene, el que se evita, y ahí tengo preocupación, porque también veo a diario las dificultades que hay tanto en la prevención primaria como en la secundaria una vez ha acontecido el infarto a la hora de controlar de forma estrecha los diferentes factores de riesgo cardiovascular: combatir el sedentarismo, el tabaquismo y tal. Hay una serie de tareas que se tienen que hacer, y aquí quería poner el énfasis en la Atención primaria y preguntarle si comparte con nuestro grupo la necesidad de, aparte de aumentar, sobre todo, reequilibrar la inversión en favor de la Atención Primaria. Aquí, en la Comunidad de Madrid, estamos a la cola de toda España en el porcentaje de presupuesto destinado a Primaria y creemos que solo el cambio de perfil de enfermos que estamos teniendo debería invitar a una reflexión, más allá del impacto político que tenga, porque otra cosa de la que soy consciente como cardiólogo es de que hay muchos enfermos que me han felicitado por abrirles una arteria, pero estoy seguro de que esos enfermos no han felicitado al médico de cabecera que se empeña, que se pelea, por prevenir, por controlar sus factores de riesgo. Por tanto, más allá de que los enfermos lo sepan valorar o de que sea algo más o menos tangible o intangible para la sociedad, yo creo que deberíamos poner el acento en la Atención Primaria, que es donde se puede hacer la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, enseñar hábitos saludables, potenciar el diagnóstico precoz, etcétera. Insistir en que es en Atención Primaria donde el doctor puede coordinar las diferentes especialidades, agilizar el diagnóstico diferencial, resolver dudas que le surgen a estos pacientes de forma inminente. Creo que ahí es donde debemos poner el acento.

También, por supuesto, hay que mejorar la integración de la Primaria con la Atención Especializada. Ahí ha habido avances en la Comunidad de Madrid con la e-consulta y tal, pero tenemos todavía mucho que realizar. Hay que seguir potenciando los programas de hospitalización en domicilio, sobre todo tras las altas hospitalarias, durante un tiempo, hasta que de verdad muchos cuidados los pueda asumir Atención Primaria. En este sentido, me ha gustado que destacara usted la problemática social que a veces va asociada a la enfermedad crónica, no solo en tema de cuidadores, sino también el apoyo social que se necesita, y le quiero preguntar si cree que en Madrid deberíamos reforzar también los hospitales de cuidados para media y larga estancia, porque creo que tenemos un déficit notable en nuestra comunidad en relación con el crecimiento de la población; me gustaría que opinara al respecto.

Hablando de instituciones sanitarias críticas y de que buena parte de los enfermos crónicos son personas mayores, me gustaría saber si cree que debemos reforzar la medicalización de nuestras residencias, que en algún momento ha supuesto un problema importante, como fue durante los peores meses de la pandemia.

Quizá, me faltaría un comentario por su parte sobre las garantías para el acceso a los medicamentos. Aquí, en España, hemos eliminado recientemente el copago farmacéutico para una buena cantidad de españoles, unos 6 millones, sobre todo los más vulnerables, y también quería conocer su opinión sobre si eso lo valora positivamente, porque al final es al enfermo crónico al que más penaliza el copago farmacéutico, y yo creo que, si queremos trabajar en favor de los enfermos crónicos, la eliminación de ese tipo de copagos probablemente tenga también un impacto muy positivo.

Habría muchas cosas: el uso adecuado de las nuevas tecnologías de la información, la telemedicina y la inteligencia artificial, pero, bien entendidas, y bien entendidas significa que quizá no tenga un papel tan importante en el paciente agudo. A la hora de comunicar resultados críticos, yo no lo veo; la telemedicina a la hora de atender urgencias en hospitales, yo no lo veo. Pero, quizá, en el enfermo crónico sí que tenga un papel muy importante a la hora de facilitar la educación, los autocuidados, que decimos supervisados, que me parece muy importante. El Grupo Socialista está absolutamente a favor de los autocuidados, pero exigimos que tengan una garantía de supervisión, porque, de lo contrario, podemos tener una serie de problemas. Y, efectivamente, a ver si en las enfermedades crónicas la telemedicina puede tener un papel más importante para facilitar la educación y el seguimiento de las enfermedades.

En fin, son muchos temas y van a hablar otros compañeros. De nuevo, agradecer su presencia aquí y felicitarla por su trabajo. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Le corresponde el turno al Grupo Parlamentario Más Madrid. Tiene la palabra la señora Arce; adelante.

La Sra. **ARCE GARCÍA**: Muchas gracias por su intervención, señora Escobar. Reconocemos el gran valor de lo que se hace en su asociación, Plataforma de Organizaciones de Pacientes. Yo soy tocaya de enfermedad con usted -luego hablaremos, si quiere-, y entonces conozco bien de enfermedades autoinmunes, o enfermedades crónicas. Estamos de acuerdo con el diagnóstico que ha hecho y creo que nos faltan todas las recomendaciones que está haciendo.

La Comunidad de Madrid ha dicho que a veces está funcionando, y yo creo que no está funcionando tan bien y que le podríamos dar un impulso mayor, porque creo que el sistema sanitario, tanto en su diseño como en su funcionamiento, sigue anclado en la lógica hospitalocentrista, lo que sería enfocado en la atención aguda, cuando sabemos que estas enfermedades crónicas no son el momento agudo. A mí tardaron ocho años en diagnosticarme mi enfermedad, porque -hablemos también de perspectiva de género- yo llegaba al médico y me decían: "Tú tienes escoliosis." "Uy, esto es que tienes mucho trasero y te duele la espalda." ¡Ocho años tardaron! Cuando en una analítica usted sabe bien que sale lo que tenemos, o no. Y es que, cuando las mujeres vamos al médico porque nos

duele algo, siempre dan por hecho que es alguna queja nuestra. Pero, sigamos con lo que estábamos diciendo, que es que más del 50 por ciento de la población en España, como usted ha dicho, convive con una enfermedad crónica, y que cada vez van a ser más porque la población va envejeciendo. Las personas mayores de 65 años ya superamos el 90 por ciento; además, por los avances biomédicos conocemos más enfermedades de este tipo crónico, como ha dicho antes el compañero. A partir de tres meses, es cuando decimos que se trata de una enfermedad crónica, cuando ese dolor está permanente. Por lo que he leído, usted opina que no podemos depender de los códigos postales a la hora de la sanidad. La verdad es que es una entrevista que he leído de usted que me ha parecido muy interesante, porque estamos totalmente de acuerdo en que no puede ser que los derechos sanitarios dependan del código postal donde vivas, y en Madrid está pasando esto, lamentablemente. Acceder a un traumatólogo, a una enfermera escolar, a un cribado específico, varía según tu código postal o según el distrito, y esto está reflejando un modelo que no planifica, que no evalúa -ahora entraremos un poco ahí- y que no interviene en forma equitativa. Creo que su intervención nos tiene que servir para mejorar las cosas que no están funcionando en Madrid, porque unas están funcionando, pero otras no, y, en las que no, hay que hacer hincapié, y sería muy bueno que usted, como experta, ya no solo por vivirlo sino por conocerlo, nos hiciese propuestas concretas sobre lo que cree que debemos llevar a cabo desde la Comunidad de Madrid; en el resto de España también, pero hablamos de la Comunidad de Madrid.

Desde Más Madrid compartimos muchísimo el diagnóstico que ha dado y lo que ha estado estudiando, pero también queremos dejar claro que no basta con compartir solo la foto del problema, que tenemos que ver qué soluciones tomamos, y creo que aquí vamos a ver una gran diferencia entre lo que está haciendo el Ministerio de Sanidad y lo que está haciendo o, lo siento, pero, más bien, no está haciendo, la Comunidad de Madrid. Desde el Ministerio de Sanidad en los últimos años se han hecho una serie de reformas estructurales en la buena dirección. Se ha incorporado por primera vez la COVID persistente como enfermedad crónica; se han aprobado programas de prevención de la fragilidad de los mayores; se ha reforzado la Estrategia Nacional contra el Tabaquismo, que es fundamental si queremos hablar de enfermedades crónicas en el futuro, sobre todo para proteger a las personas, en especial a las más vulnerables, y por eso no queremos que se fume en los partidos de fútbol ya que creemos que no es bueno que los niños vean ese reflejo. Otra cosa que se ha aprobado muy importante es la Ley de Medicamentos y Productos Sanitarios, que va a permitir, entre otras cosas, la renovación de recetas en las farmacias, que era un problema, y ahora hay una mayor agilidad administrativa; además, la extensión de la prescripción a personal de enfermería y fisioterapia no solo mejora la eficiencia del sistema, sino que libera tiempo clínico y permite una atención más humana y personalizada. El ministerio también ha impulsado la creación de la figura del administrativo sanitario de Atención Primaria, que es clave. Sabemos del poco tiempo que tienen los médicos de Atención Primaria, que necesitan esa figura urgentemente porque pierden mucho tiempo en burocracia, cuando sabemos que la Atención Primaria es clave para el seguimiento de cualquier paciente crónico, ya hablemos, por edad, por multipatologías, o pacientes crónicos con enfermedades autoinmunes, por ejemplo, que necesitan largo recorrido. También es fundamental la longitudinalidad de la Primaria, que es de lo que estamos hablando, porque ahora estamos cambiando de doctor cada cierto tiempo porque

no conseguimos mantenerlos; por lo tanto, es clave esta figura de la que hablábamos del administrativo sanitario.

En cambio, ¿qué ha hecho la Comunidad de Madrid? Por lo que yo he averiguado, se planteó una Estrategia de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas, pero no se evalúa desde 2016. A lo mejor, luego, el PP me puede decir algo al respecto, pero me ha pasado con otras consejerías que estoy mirando, por lo que parece ser que la Comunidad de Madrid decide no evaluar lo que propone. No es que esté mal lo que propone, pero no se evalúa, y, si no se evalúa, más teniendo en cuenta que estamos creciendo a 7 millones y que la población está envejeciendo, no entiendo cómo luego podemos realizar otra estrategia para intentar mejorar todo esto. También me gustaría saber cómo está funcionando el Plan Terapéutico Integrado, el famoso PTI, que debería ser una herramienta central de coordinación de asistencia en el tratamiento a enfermedades crónicas y pluripatológica. Y no sé si usted conoce -si no, haré una pregunta en particular- cómo está funcionando, porque yo no sé si estamos incluidos, si los pacientes lo sabemos, o quién me tiene que informar, si mi especialista de reumatología, el de digestivo, el alergólogo... Para mí, como tengo el pack de todos, es complicado, pero tengo que decir que funciona muy bien. Es verdad que me gustaría una reunión entre ellos, pero tengo que reconocer que es una maravilla que te revisen. Igual que hago crítica, digo que esto funciona muy bien, aunque es verdad que luego entre ellos no hablan y no hay esa conexión que nos gustaría, por lo que yo creo que realmente Madrid lo que tiene es un problema de modelo, porque, si tú tienes tres, o cuatro, o cinco minutos por paciente, no puedes dar una atención adecuada, y menos a un paciente crónico. La enfermería no tiene tiempo ni herramientas para hacer el seguimiento, no tenemos enfermería gestora de los casos, no hay coordinación y, además, en una parte importante, que es la humanización, sobre todo cuando estamos hablando de enfermedades raras, tenemos un problema. Ya hablamos con la Federación de Enfermedades Raras sobre que tenían un problema a la hora de compartir el diagnóstico, que no les entendían... Sobre todo, estamos hablando de niños y niñas muy pequeños y de que las familias no están respondiendo bien, y hay que hacer un esfuerzo. Creo que el Partido Popular tomó nota de ello, y espero que estén trabajando en esta parte.

Y donde hay una inacción de la Comunidad de Madrid que me resulta especialmente grave es en la investigación biomédica, que, en comparación con otras comunidades, es increíble, porque tanto el País Vasco como Cataluña -uso estos referentes teniendo en cuenta el PIB- invierten diez veces más. Ya lo pedimos en presupuestos, pero no lo han hecho, y es importantísimo, porque, sin investigación, al final, no tenemos una medicina personalizada, enfocada en las enfermedades que queremos, en la prevención, en la cronicidad. Y me gustaría destacar un caso: un investigador de la Fundación de Getafe, que supongo que aquí mucha gente conoce, el profesor Leocadio Rodríguez Mañas, que es jefe del Servicio de Geriátrica y director de la Fundación de Investigación Biomédica del Hospital de Getafe, ha conseguido 24 millones de euros, pero no de la Comunidad de Madrid, sino 24 millones de euros de Europa, porque es un referente en geriatría, algo muy importante en una comunidad que está envejeciendo. ¿Cómo puede ser que esta fundación reciba solo dinero para tres puestos de trabajo, que son 2 millones de euros, o menos? Es ridículo lo que está recibiendo; en cambio, esta persona consigue 30 millones de euros para poder hacer estos programas de geriatría. Lo que está pasando con las fundaciones biomédicas es que están funcionando bajo mínimos, porque solo funcionan a través de

pequeños proyectos europeos. Cada vez que quieren tener a un investigador más en plantilla, es imposible, y, encima, cuando les sobra dinero lo que hacen es ponerlo a fondos a largo plazo a ver si sacamos dinero, como si esto fuese una empresa de brokers, o algo así, en vez de meterlo en investigación. ¿Y por qué hago hincapié? Porque en este caso, con enfermedades crónicas, con enfermedades que tenemos múltiples enfermedades, y cuando estamos hablando de cronicidad, sería fundamental que enfocásemos las investigaciones que tenemos, de las enfermedades raras sobre todo, porque una enfermedad rara no la va a coger ninguna farmacéutica; es imposible que la coja, no sale rentable. La única manera es que el Estado en este momento sea un Estado emprendedor; es la única manera de que consigamos solución. Me gustaría hacer esa crítica, aunque llevo tiempo destacándolo.

Me ha gustado mucho su intervención, y tendría unas últimas preguntas para usted respecto a lo que estamos hablando. ¿Cómo cree que es la estrategia de crónicos de Madrid? ¿Se está aplicando con efectividad? ¿Qué mejoras haría? ¿Sabe si los pacientes conocen o interactúan con el PTI del que hemos hablado antes, porque yo, la verdad, es que no? Al final, ¿cree que está suficientemente integrada la enfermería y la farmacia comunitaria? ¿Cómo valora este compromiso que le he comentado de la Comunidad de Madrid con la investigación biomédica para enfocarse en las enfermedades que al final son crónicas o enfermedades raras? ¿Y qué medidas pondría como mejora para la Comunidad de Madrid? Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Le corresponde el turno al Grupo Parlamentario Popular. Tiene diez minutos, señora Marbán.

La Sra. **MARBÁN DE FRUTOS**: Gracias, presidenta. Buenas tardes, Carina; es un placer escucharte; es un placer hacer un recorrido por todo lo que estáis trabajando porque sois un referente para los pacientes, y no solamente que estén dentro de vuestra plataforma, sino que hemos escuchado, como han dicho otros comparecientes aquí, en esta comisión, por ejemplo, a FEDER, a ALCER, a la Asociación Española contra el Cáncer hace muy poquito, FENAER, CEAFA con el Alzheimer... Es decir, que tenemos también aquí, con voz propia, a tus asociaciones de pacientes, y es un gusto escuchar cómo haces una visión más global de esa lucha diaria, o de esa ilusión por trabajar por esos retos y por esos objetivos que ya nos has contado con los asociados y en estrecha colaboración con ellos.

Recibo vuestra newsletter, así que, estoy muy enterada de todo el trabajo que hacéis, pero querría centrar el foco en la Comunidad de Madrid. El otro día hice una intervención en el pleno en la que explicaba que la esperanza de vida en la Comunidad de Madrid es la más alta de España y una de las más altas del mundo. Eso es muy positivo, y la verdad es que nos sentimos orgullosos, sobre todo porque hablábamos de ese concepto de propósito en la vida, que es trabajar por vivir más y mejor; es decir, no solamente valorar esa parte de la salud, de que llegemos muy lejos, de que seamos longevos, sino que tengamos una vida agradable, un acompañamiento, sobre todo al paciente crónico, y que ahí esté siempre la Administración para conseguir que esa esperanza de vida, como digo, sea llegar lo más lejos posible, pero, sobre todo, con una calidad de vida. Por eso, nos agrada mucho escucharte y, además, de una manera muy transparente, explicar que esa esperanza de vida, ese paciente crónico,

también tiene más comorbilidad, tiene más utilización del sistema; por lo tanto, en la Comunidad de Madrid tenemos un peso también importante de ese volumen de pacientes, que podríamos localizar.

La población cree que es una población mayor a partir de los 60 o 70, pero no es verdad, tenemos también una población infanto-juvenil en ese concepto de paciente crónico; por lo tanto, tenemos que trabajar mucho. Tenemos retos y objetivos, y, en este caso, hoy, por ejemplo, has puesto el foco en intentar que ese alumno, que tiene una patología crónica, sobre todo en el espacio escolar no se sienta en ningún momento rechazado y no tenga un abandono escolar precisamente por esa patología. Creo que ahí asumimos toda esa responsabilidad y, además, nos hace ver que, no es solamente en el área de salud, sino también en la parte educativa, o parte social, de ese alumno, o ese paciente crónico, en la que tenemos que pelear para que salga adelante y, sobre todo, salir adelante arropado por una sociedad que lo entiende así.

Solamente quiero contestar dos cosas a mi compañera de Más Madrid. Creo que hay que tener claro que en Atención Primaria ya se pactó hace tiempo que el paciente y el médico tengan diez minutos para un paciente adulto y quince minutos para un paciente infantil; es importante tenerlo en cuenta, sobre todo a la hora de hablar aquí. Respecto al punto de investigación, haré un esfuerzo por mandarle la intervención que hizo el otro día el consejero de Educación, que lo dejó muy claro; cuando el Estado da en presupuesto más de 150 millones a Cataluña específicamente para investigación, es muy difícil hacer comparativas; es muy difícil trabajar. Efectivamente, nuestros investigadores tienen antes un apoyo de Europa que del Estado español; por lo tanto, creo que hay que poner en valor lo que supone que España ahora mismo nos esté dando la espalda en investigación y, aun así, tengamos a los mejores profesionales, y, aun así, salgan adelante muchísimos proyectos, que son premiados además a nivel internacional.

Como decía, recibo la newsletter y sé que en breve tendrán la Cuarta Edición de los Premios POP. En ese sentido, es un orgullo que también los pacientes animen a los profesionales, como si fueran una gran familia, todos juntos en proyectos y en premios, para dar ese apoyo a todos los profesionales en su día a día.

Ustedes participan también en distintos Observatorios de la Soledad no Deseada. Aquí trabajamos con la Comisión de Familia y con el Gobierno para que esa soledad no deseada del paciente crónico no le aisle en ningún momento de la sociedad y pueda disfrutar como cualquier otro. Hace poco estuve compartiendo con ustedes en el Proyecto Respirar las patologías respiratorias, que piden el paraguas de estrategias nacionales. A veces creemos que las competencias de sanidad solamente están a nivel autonómico, pero yo creo firmemente en que los planes y las estrategias tienen que estar diseñados por el Sistema Nacional de Salud, porque es un paraguas que luego las distintas comunidades pueden desarrollar y abarcar mucho más, porque, si no tenemos un paraguas conjunto, si no hay siquiera un objetivo común marcado por el ministerio, es muy difícil luego hablar de equidad o de estrategias de igualdad en todo el territorio nacional.

Ustedes también están en distintas jornadas de investigación; por ejemplo, participan en el Decimoprimer Programa Avanzado en Gestión Sanitaria, y aplaudimos muy mucho que estén en primera persona explicando lo que significa poner al paciente en el centro a la hora de tomar decisiones. Esto lo hemos vivido en la Comunidad de Madrid, por ejemplo, a la hora de desarrollar el Isabel Zendal; ahora, en la residencia futura que va a haber para los pacientes ELA, porque ellos en primera persona explican dónde están realmente sus necesidades, y así es como se pueden no solamente desarrollar infraestructuras sino luego dar la asistencia sanitaria. Están ustedes también en ese decálogo de políticas públicas de la soledad no deseada, y yo creo que es muy interesante hacer seguimiento.

Y, cómo no, aplaudir que a veces estamos ajenos a la Unión Europea y ustedes estén haciendo un esfuerzo muy importante por estar ahí. Por ejemplo, en el análisis del primer semestre de la implementación del Reglamento de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Unión Europea, es muy importante que ustedes tengan esas referencias y conocer su opinión para que luego, aquí, se desarrollen y se saquen adelante. Otro ejemplo, se ha hablado de la Ley del Medicamento, pero no conseguimos que el acceso, sobre todo a innovación en otros aspectos de la salud, llegue con facilidad y con rapidez a lo que es el paciente en toda España; por eso, también creo que es importante terminar pidiéndole su opinión en lo que significa realmente ese acceso al medicamento, porque muchas asociaciones de pacientes nos están diciendo que no llegan con la agilidad que en otros países europeos, o hablan de esa necesidad de transparencia en el rechazo a la financiación, porque muchas veces no saben por qué existe ese rechazo. Sabemos que, por la farmaindustria, a través de los profesionales, existe toda una innovación, pero tiene que llegar, y, no solamente en enfermedades raras, sino en patologías crónicas. Se podría avanzar mucho más a favor del paciente, y sabemos que ahí España está por detrás de otros países de la Unión Europea.

Creo que es muy importante dar voz a los pacientes en esta comisión. Hoy cierra usted este periodo de sesiones. Hemos escuchado a los pacientes y nos ponemos en su piel, en puntos de vista. Son aspectos que, a nosotros, en el día a día o por las preguntas que le hacemos al Gobierno, a veces no se nos ocurre, y por eso muy importante tenerla a usted aquí hoy y ver las numerosas acciones y premios que se celebran hablando en primera persona de los pacientes. Me alegra muchísimo verla aquí, Carina, y espero que sigamos trabajando juntos. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Antes de darle la palabra, me va a permitir un segundo. Quiero recordar a los grupos parlamentarios que a mí no me gusta interrumpirles, procuro dejarles hablar, pero hemos comentado ya alguna vez que las intervenciones, cuando hay comparencias, son para aclaraciones o preguntas a la persona que comparece, porque les agradecemos a usted y a todos los comparecientes que vienen que nos den su tiempo para explicarnos cosas; entonces, ruego que en el siguiente periodo de sesiones todos hagamos un esfuerzo por que se cumpla el reglamento. No es hablar unos grupos con otros, ni decirle un grupo a otro, sobre todo por respeto a las personas que vienen a comparecer y a ilustrarnos siempre con mucho conocimiento. Dicho esto, tiene usted la palabra; ya sabe que tiene diez minutos. Muchas gracias.

**La Sra. PRESIDENTA DE LA PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES**

(Escobar Manero): Muchísimas gracias por haber tomado nota. En el ámbito de lo que me habéis ido preguntando, por partidos en este caso, primero, voy a empezar por Vox. Está claro que la gestión de la demanda tiene que cambiar y priorizarse en el ámbito de los crónicos, y esto en Primaria es fundamental. También por lo que me ha preguntado Más Madrid, estamos en una situación que estamos muy localizados en pacientes agudos, y eso pasa en un sistema que se definió en los ochenta y que en este momento se está transformando. Cuesta mucho, pero no solo poner centros, recursos materiales, sino, gestionar nuevos equipos. ¿Cómo se gestiona recursos humanos para que tenga claro que en este momento la cronicidad conlleva otro tipo de profesional más multidisciplinar, más gestores, y, al final pongamos al paciente en el centro, en este caso, en la gestión de la demanda de los centros de salud? Hemos visto -yo he estado en muchos grupos de trabajo-, con todo lo que ha pasado en los últimos años con el tema de la gestión de Primaria, que en la gestión de la demanda de Primaria tenemos que priorizar a los pacientes crónicos, porque damos mucho a los que más piden y menos a los que menos piden; quiero decir, ¿cómo rescatamos sin datos, sin tener información suficiente, a aquellos pacientes que saben en el centro de salud que tienen que atender? Diabéticos retrasados, mayores, saber en qué situación social están, cuándo barajar un alta. Es tener una conexión con Primaria para saber si con el alta lo que pasa es que no se puede dar porque no hay nadie que reciba en casa. Es lo que he estado comentando de hospitales de media y larga estancia; es decir, tenemos que buscar nuevas fórmulas, porque vamos hacia una sociedad cada vez más individual que hace que los centros asistenciales tengan que cambiar; es decir, de qué manera monitorizamos desde casa, o si lo hacemos de otra manera porque realmente es bastante complejo.

Como se ha dicho, el largo superviviente está ahí. Yo soy vocal del Consejo Nacional de la Asociación Española contra el Cáncer y lo veo todos los días. Tenemos claro que desde Primaria se tiene que llevar al largo superviviente porque tiene muchas recidivas, y esto mismo pasa en el ámbito de los problemas cardiovasculares, porque a los dos años vuelven a tener un infarto. Es necesaria la prevención secundaria, concienciar a los pacientes de que tienen responsabilidad sobre su salud. En ese caso, cómo poder hacer para ayudarles es fundamental.

En cuanto al PSOE, hay que decir que el anteproyecto de ley de medicamentos no se ha aprobado. Está en este momento en un periodo donde se ha hecho una consulta pública, todavía no está el nuevo borrador. Nosotros, ahí, en la parte de copagos, hemos metido una cosa para crónicos, porque vienen diferentes colectivos, pero no vienen los crónicos; quiero decir, las personas que más consumimos medicamentos del sistema debemos estar en una situación de incapacidad o en una situación específica, y nosotros hemos pedido meter, por ejemplo -es un ejemplo que lo vais a entender enseguida-, que familias con niños con cronicidad no tengan que hacer el copago, porque, si no tienen discapacidad, tienen que hacerlo, ¿y cuánto tardamos en tener la discapacidad? Pues, años. Y muchas enfermedades crónicas no llegan nunca a tener la discapacidad. Incluso, no es retroactivo, mientras que el certificado de discapacidad sí es retroactivo. Quiero decir, en derechos sociales, no es retroactivo todo el consumo farmacéutico que pueda tener una familia con un niño con una enfermedad crónica y es una de las cosas que hemos puesto en el anteproyecto de ley. Hemos trabajado bastante ahí, a ver cómo podemos conseguir poner la cronicidad para que ese anteproyecto de ley dé respuesta no solo

en el ahora, sino en el futuro de nuestra sanidad, al acceso a los fármacos y a la financiación de los mismos.

Está claro que la interconsulta, que has comentado, ha mejorado la relación entre la Atención Primaria y la Hospitalaria, pero hay que mejorar también la continuidad asistencial, centrada más en cómo va el paciente de un lado para otro, porque hay patologías que son más propias -o las entendíamos así en el sistema de antes- de Primaria que de Hospitalaria; quiero decir, la diabetes la tenemos en Primaria; quiero decir, hay cosas que teníamos en hospital y otras en Primaria, pero nos damos cuenta de que el volumen y la demanda nos piden que, realmente, el seguimiento, monitorización, prevención, temas de diagnósticos o poder tener una atención más precoz en el sentido de que va empeorando, se reagudiza alguna cosa o se suma alguna patología, tiene que tener un apoyo importante de Primaria, por lo que hay que dotarla de otra manera.

Esto no tiene que ver con qué patologías sino con qué personas tratamos y cómo las tratamos, y, en este caso, la definición de la cronicidad compleja para nosotros es fundamental. Nosotros estamos trabajando ahora en la actualización de la Estrategia de Cronicidad en el ministerio. Ahí estamos ochenta personas de diferentes profesiones, que no tenemos una sola definición de crónico complejo; lo que llamamos pluripatológico, un crónico complejo, tiene también una dimensión social, tiene otro tipo de dimensiones, tiene una dimensión también de código postal. En toda esa situación nosotros estamos trabajando con el Instituto de Salud Carlos III para una definición del crónico complejo. El Instituto de Salud Carlos III tiene una línea muy concreta en el estudio de la cronicidad y en observatorios sobre la cronicidad, y lo que queremos es que se dote de contenido lo que es un crónico complejo y que tengamos un solo indicador para toda España; que todos podamos decir y reportar datos suficientes de cómo estamos gestionando las políticas sanitarias o cómo priorizamos, y también los recursos necesarios, tanto materiales como humanos, para dar respuesta en cada localidad a la situación que tenemos.

En cuanto a la parte de nuevas tecnologías, es verdad que nuestros estudios dicen que los mayores de 70 años tienen una brecha digital que viene con ellos; es decir, es una situación que nos reportan nuestros pacientes que es insalvable. Pero, también es insalvable cuando tienen menos de 40 años y tienen recursos limitados o situaciones sociales complicadas; quiero decir, que tenemos una brecha digital en ambos sitios. Para nosotros, la monitorización, tener telemedicina y demás, también nos sirve para ser corresponsables. Y pasa con la diabetes, con dispositivos que nos ayuden también a ser activos con nuestra enfermedad y que ayuden también a nuestros profesionales a que trabajemos de una manera única. Antes hablabais de humanización. Para nosotros, humanización son relaciones de igualdad entre nuestros profesionales sanitarios y nosotros, y para esa situación de igualdad necesitamos comunicación, más información, y ganas también, porque habrá pacientes que no quieran ese tipo de relación, o no puedan. En el tema de digitalización, lo que es fundamental para nosotros es participar. En este caso, tenemos un convenio con el ministerio en el ámbito de salud digital, porque en el espacio europeo de datos viene cómo se implementa todo este tema, todo el tema de inteligencia artificial, y esto en la relación médico-paciente es complejo. La semana pasada estuve en un evento de vocación médica y veíamos todo el tema de la inteligencia artificial, cómo se van a tomar decisiones y

quién es responsable de esas decisiones; con lo cual, un tema de un marco legal para el tema de la inteligencia artificial aplicada a salud, pero también un tema de educación tanto de los profesionales como nuestra, y es un reto todavía, que viene a traer cosas buenas, pero también nos pone en duda cosas que teníamos en este marco.

En cuanto al código postal, está claro que determina la salud de las personas. Yo lo que puedo decir bueno de Madrid es que tenemos libre elección de hospitales, y, cuando hay problemas de acceso a un fármaco... Porque nosotros estamos en la Agencia Española del Medicamento, estamos participando en informes, estamos hasta que se autoriza un fármaco; después, llega al ministerio para que entre en precio, en financiación y demás, y es verdad que los tiempos son muy largos. Pero, también estamos condicionados por las comunidades autónomas y estamos condicionados por el hospital que nos toque, porque podemos tener que en una misma comunidad autónoma hospitales sí te pongan un fármaco y otros no, y las entidades de pacientes que estamos por toda España vemos las grandes diferencias en acceso a fármacos ya no solo porque no se hayan aprobado, no hayan entrado en cartera, no tengan financiación. Pasado mañana tenemos en la agencia una formación sobre acceso rápido a fármacos, en el sentido de que no han entrado en cartera pero que están autorizados, con lo cual, creo que es importante que la ciudadanía participe, pero también que podamos contarlo mejor, porque, al final, muchísimo ruido cuando hablamos de medicamentos, de acceso, pero yo pienso siempre en qué entiende de todo esto la gente que está en su casa en una situación de fragilidad, de enfermedad, y todos tenemos el deber de explicarlo, de razonarlo. Creo que nosotros, desde las entidades, lo de participar lo hemos conseguido, o lo estamos intentando conseguir, con los pacientes crónicos que están asociados.

En cuanto a la evaluación de la Estrategia de Crónicos aquí, en la Comunidad de Madrid, es verdad que, de las diferentes estrategias que hay, la de crónicos es más antigua, y pasa en un montón de sitios. También es verdad que cada estrategia tiene muchísimos indicadores, y yo lo veo todo un reto. *(Pausa.)* No, no. Hablo de lo que conozco. En la Estrategia del Dolor o en la Estrategia de Seguridad, que son más actuales que las de cronicidad, sí que aparecen indicadores, y son muchísimos indicadores, muchísimos planes; quiero decir, es todo un reto para nuestros profesionales no solo hacer la asistencia sino cumplir con todo lo que les estamos pidiendo. Yo creo que es mucho más efectivo tener una Estrategia de Cronicidad bien dimensionada, y no tan ramificada. Es un poco lo que yo propondría a la Comunidad de Madrid, si me pidiesen opinión sobre cómo reorganizaría tantos planes, estrategias y demás, porque se hacen muchísimas cosas. Yo no doy abasto; quiero decir, todos nos piden cosas, y desde las comunidades autónomas que más planes diferentes tienen, y estamos en diferentes sitios, con lo cual, creo que sería bueno poner más el foco en quien más lo necesita, porque necesitamos transformar nuestro sistema sanitario y creo que la gestión de la cronicidad nos lleva a transformar, a pensar de otra manera, a utilizar los recursos de otra manera; creo que es importante que trabajemos en ese ámbito.

Estoy de acuerdo con el PP en todo lo que sería esperanza de vida y demás, que lo que tiene es más carga de enfermedad. Las políticas de prevención y promoción de la salud son fundamentales desde la infancia, pero yo les quiero decir...

La Sra. **PRESIDENTA**: Tiene que ir terminando; acabó su tiempo.

La Sra. **PRESIDENTA DE LA PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES** (Escobar Manero): Ya termino. Solo quiero decir que estamos en el ámbito europeo, que hemos empezado una HTA en participación. Estamos haciendo muchas cosas que vienen de Europa y que van a manar aquí, que van a legislarse a nivel nacional, y es importante la participación de los pacientes. Muchísimas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señora escobar. Le agradezco mucho que haya venido a la Asamblea y a esta comisión y nos haya regalado su tiempo y su conocimiento. Muchas gracias, de verdad, en nombre de todos.

Pasamos, a continuación, al último punto del orden del día.

———— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** ————

¿Algún ruego o alguna pregunta? (*Pausa.*) No hay.

Termina este periodo de sesiones; no empiezan vacaciones, sino que acaba el periodo de sesiones. En el mes de septiembre, espero que todos vengamos con fuerzas renovadas para seguir trabajando por los madrileños. Muchas gracias a todos. Sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

*(Se levanta la sesión a las 18 horas y 19 minutos).*

**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 2660-8219

Asamblea de Madrid