Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid

Número 861 | 19 de octubre de 2026 | XIII Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilma. Sra. D.ª Susana Pérez Quislant

Sesión celebrada el lunes 19 de octubre de 2026

ORDEN DEL DÍA

1.- PCOC-4078/2024 RGEP.16405. 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: planes para mejorar la salud mental de la población en relación a los trastornos mentales generados en el ámbito laboral.

2.- PCOC-2962/2025 RGEP.11095. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Sara Bonmati García, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué medidas está llevando a cabo el Gobierno regional para mejorar la atención sanitaria geriátrica en la región?

3.- PCOC-245/2026 RGEP.1073. 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: planes de mejora en relación a los servicios no clínicos del Hospital Infanta Leonor.

4.- PCOC-439/2026 RGEP.2161. 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: ¿Qué valor da la Consejería de Sanidad a la longitudinalidad en los cuidados médicos en Atención Primaria?

5.- PCOC-2296/2026 RGEP.9544. 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: planes de mejora en relación a los procesos de reproducción asistida en el Servicio Madrileño de Salud desde el punto de vista de la humanización de la asistencia.

6.- PCOC-2988/2026 RGEP.12755. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Raquel Barrero Alba, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué valoración hace el Gobierno de la Comunidad de Madrid sobre la situación actual del servicio de atención primaria en el consultorio local del municipio de Villalbilla?

7.- PCOC-3055/2026 RGEP.13433. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Raquel Barrero Alba, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué evaluación ha realizado el consejo de gobierno del impacto del crecimiento de la población residente en la Comunidad de Madrid sobre la planificación de los recursos del servicio madrileño de salud?

8.- PCOC-3511/2026 RGEP.16398. 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: ¿Trabaja la Comunidad de Madrid para poner fin a las guardias médicas de 24 horas en nuestra región?

9.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

Página

- Se abre la sesión a las 16 horas. 39698

- Intervienen la Sra. Barrero Alba, el Sr. Moreno Vinués, la Sra. Carmona Osorio y la Sra. Marbán de Frutos al objeto de comunicar las posibles sustituciones en sus grupos. 39698

— **Modificación del orden del día:** reordenación de los puntos del orden del día... 39698

— **PCOC-2962/2025 RGEP.11095. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Sara Bonmati García, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué medidas está llevando a cabo el Gobierno regional para mejorar la atención sanitaria geriátrica en la región?** 39698

- Interviene la Sra. Bonmati García formulando la pregunta. 39699

- Interviene la señora directora general de Coordinación Sociosanitaria respondiendo la pregunta. 39699-39700

- Intervienen la Sra. Bonmati García y la señora directora general ampliando información. 39700-39702

— **PCOC-245/2026 RGEP.1073. 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: planes de mejora en relación a los servicios no clínicos del Hospital Infanta Leonor.** ... 39703

- Interviene la Sra. Carmona Osorio formulando la pregunta. 39703

- Interviene el señor director general de Gestión Económico-Financiera respondiendo la pregunta. 39703

- Intervienen la Sra. Carmona Osorio y el señor director general ampliando información. . 39703-39706

— **PCOC-2296/2026 RGEP.9544. 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: planes de mejora en relación a los procesos de reproducción asistida en el Servicio Madrileño de Salud desde el punto de vista de la humanización de la asistencia.** 39707

- Interviene la Sra. Carmona Osorio formulando la pregunta. 39707-39708

- Interviene la señora directora general de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente respondiendo la pregunta. 39708

- Intervienen la Sra. Carmona Osorio y la señora directora general ampliando información. 39708-39710

— PCOC-439/2026 RGEP.2161. 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: ¿Qué valor da la Consejería de Sanidad a la longitudinalidad en los cuidados médicos en Atención Primaria? 39711

- Interviene el Sr. Moreno Vinués formulando la pregunta..... 39711-39713

- Interviene la señora directora general Asistencial respondiendo la pregunta..... 39713-39714

— PCOC-4078/2024 RGEP.16405. 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: planes para mejorar la salud mental de la población en relación a los trastornos mentales generados en el ámbito laboral. 39715

- Interviene la Sra. Carmona Osorio formulando la pregunta..... 39715-39716

- Interviene la señora directora general Asistencial respondiendo la pregunta..... 39716

- Intervienen la Sra. Carmona Osorio y la señora directora general ampliando información..... 39716-39718

— PCOC-2988/2026 RGEP.12755. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Raquel Barrero Alba, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué valoración hace el Gobierno de la Comunidad de Madrid sobre la situación actual del servicio de atención primaria en el consultorio local del municipio de Villalbilla? 39718

- Interviene la Sra. Barrero Alba formulando la pregunta..... 39718-39719

- Interviene la señora directora general Asistencial respondiendo la pregunta..... 39719

- Intervienen la Sra. Barrero Alba y la señora directora general ampliando información... 39719-39721

— PCOC-3055/2026 RGEP.13433. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Raquel Barrero Alba, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué evaluación ha realizado el consejo de gobierno del impacto del crecimiento de la población residente en la Comunidad de Madrid sobre la planificación de los recursos del servicio madrileño de salud? 39721

- Interviene la Sra. Barrero Alba formulando la pregunta. 39722

- Interviene la señora directora general Asistencial respondiendo la pregunta. 39722-39723

- Intervienen la Sra. Barrero Alba y la señora directora general ampliando información. . . 39723-39724

— PCOC-3511/2026 RGEP.16398. 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: ¿Trabaja la Comunidad de Madrid para poner fin a las guardias médicas de 24 horas en nuestra región? 39724

- Interviene el Sr. Moreno Vinués formulando la pregunta. 39725-39726

- Interviene el señor director general de Recursos Humanos y Relaciones Laborales respondiendo la pregunta. 39727-39728

— Ruegos y preguntas. 39728

- No se formulan ruegos ni preguntas. 39728

- Se levanta la sesión a las 17 horas y 28 minutos. 39728

(Se abre la sesión a las 16 horas).

La Sra. **PRESIDENTA**: Buenas tardes, señorías. Se abre la sesión. Como primera cuestión previa, se solicita a los portavoces de los grupos parlamentarios que comuniquen las sustituciones de conformidad con lo dispuesto en el artículo 64.2, párrafo tercero, del Reglamento. ¿Por el Grupo Parlamentario Vox en Madrid?

La Sra. **BARRERO ALBA**: Buenas tardes, presidenta. Ninguna. Gracias.

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

El Sr. **MORENO VINUÉS**: Buenas tardes. No hay sustituciones.

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

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Sí, la señora Mariana Paula Arce García será sustituida por don Alejandro Sánchez Pérez, que viene ahora.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias. ¿Por parte del Grupo Parlamentario Popular?

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

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias. Bien, como segunda cuestión previa se propone la modificación del orden del día, que previamente se ha comunicado a todos ustedes, y, así, la Pregunta de Contestación Oral 2962/25, que aparece como punto segundo, pasaría a ser el punto primero; la Pregunta de Contestación Oral 245/26, que aparece como punto tercero, pasaría a ser el punto segundo; la Pregunta de Contestación Oral 2296/26, que aparece como punto quinto, pasaría a ser el punto tercero, y la Pregunta de Contestación Oral 4078/24, que aparece como punto primero, pasaría a ser el punto quinto. ¿Se acepta por asentimiento? *(Pausa.)* Queda aceptada por asentimiento.

Finalizada la cuestión preliminar, abrimos el primer punto del orden del día.

PCOC-2962/2025 RGEP.11095. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Sara Bonmati García, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué medidas está llevando a cabo el Gobierno regional para mejorar la atención sanitaria geriátrica en la región?

Es la Pregunta de Contestación Oral 2962/25, a iniciativa de la señora Bonmati García, diputada del Grupo Parlamentario Socialista; el objeto son las medidas que está llevando a cabo el Gobierno regional para mejorar la atención sanitaria geriátrica en la región. Comparece para contestar en representación del Gobierno la señora directora general de Coordinación Sociosanitaria, doña Carmen González Paz, a quien ruego que se incorpore a la mesa. Como saben, y conforme a lo establecido en nuestro Reglamento, artículo 196, el tiempo máximo para tramitar la pregunta es de diez minutos, que

se reparten por partes iguales, cinco minutos, entre el diputado y el Gobierno en sus tres turnos respectivos. *(Pausa.)* Si está preparada, señora directora general, empezamos. Muy bien. Señora Bonmati, tiene la palabra.

La Sra. **BONMATI GARCÍA**: Gracias, presidenta. Buenas tardes, señora directora general. Bueno, una sociedad no se mide solamente por cuánto consigue alargar la vida, sino por cómo cuida a las personas cuando esta vida se vuelve más vulnerable, porque cumplir años no debería significar perder autonomía, esperar meses para recibir atención especializada o depender de que tu familia pueda asumir lo que el sistema no alcanza a cubrir. Pensamos en una persona mayor que sale del hospital después de una caída, tiene varias enfermedades crónicas, toma numerosos medicamentos y necesita rehabilitación. ¿Quién coordina su recuperación? ¿Quién comprueba que la medicación no le perjudica? ¿Quién evita que una complicación tratable termine convirtiéndose en una nueva hospitalización? La geriatría moderna consiste precisamente en eso, ¿no?: en no tratar enfermedades de forma aislada, sino atender a la persona en su conjunto, preservar su capacidad funcional y coordinar a los profesionales que necesita; y este objetivo no puede depender del código postal, de los ingresos familiares o de la capacidad de sus hijos y del resto de los familiares para abandonar temporalmente incluso su trabajo y convertirse también, en muchos casos, en cuidadores. Así que mi primera pregunta sería, señora directora general: ¿está el Sermas garantizando una atención geriátrica integral, homogénea y evaluable en toda la Comunidad de Madrid? Muchas gracias.

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA** (González Paz): Nuestra región cuenta con la mayor esperanza de vida de la Unión Europea, alcanzando los 85,7 años. El 76 por ciento de los años de esperanza de vida ganados se explica por la reducción de la mortalidad en personas mayores, gracias, entre otras, a las mejoras en la atención sanitaria geriátrica. Gran parte de estas mejoras se deben al Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores, iniciativa pionera en España que ha promovido 121 acciones para prevenir la fragilidad y abordar de forma precoz los síndromes geriátricos. El plan ha sido implantado con gran éxito, consiguiendo el desarrollo del 99 por ciento de sus acciones. Actualmente estamos trabajando en el diseño del segundo plan, manteniendo los objetivos que sabemos que son prioritarios y que han funcionado: promover hábitos para un envejecimiento activo, mantener la autonomía, el bienestar emocional, la prevención de la soledad y acercar la atención al entorno de las personas mayores; y todo, según nuestro modelo de atención integral centrada en la persona.

En Atención Primaria continúa mejorándose la atención a las personas mayores con la consolidación de los programas de atención a la fragilidad y al deterioro funcional y cognitivo; se ha ampliado la cartera de servicios de atención a la salud bucodental para las personas mayores de 80 años, incluyendo prestaciones como limpieza dental, tratamiento de caries y prótesis dentales completas. En cuanto al ámbito hospitalario, la actividad de las consultas de geriatría en 2025 superó las 38.000 consultas realizadas, incrementándose la actividad en más de 1.000 consultas al año y consiguiendo, no obstante, reducir el tiempo de espera media de 13 a 9,86 días. Se han desarrollado

muchos programas de mejora de la atención hospitalaria mediante la elaboración de protocolos específicos para mejora de la prevención y abordaje del deterioro funcional, del delirium, las caídas, la rehabilitación quirúrgica y oncológica, y la coordinación sociosanitaria al alta. Destacar el Protocolo FRAGI-CAM para la homogeneización en todos los ámbitos asistenciales de la detección de la fragilidad y la valoración geriátrica integral. Y también, subrayar que 22 hospitales del Servicio madrileño de Salud han conseguido la acreditación GEDA, un reconocimiento internacional que distingue a los servicios de urgencia amables y de excelencia con las personas mayores. Nuestra región concentra la mayor parte de las acreditaciones registradas en España. Como ve, contamos con una atención sanitaria geriátrica de excelencia, que hace que, gracias al compromiso de la organización y de sus profesionales, contemos con la mayor esperanza de vida de la Unión Europea.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias. Señora Bonmati, tiene la palabra.

La Sra. **BONMATI GARCÍA**: Muchas gracias. Bueno, nosotros creemos que la pregunta es pertinente porque la propia Administración reconoce la magnitud del reto al que nos enfrentamos, ¿no? En marzo de 2024, la Comunidad informó que había evaluado a 465.000 personas mayores de 70 años durante los dos años anteriores para evaluar su situación funcional; en ese mismo periodo, comunicó 187.000 pruebas de detección de fragilidad, muchas de ellas realizadas sobre las mismas personas. Es una actividad relevante, no venimos a negarla, pero una evaluación solo tiene verdadero sentido sanitario cuando conduce, si es necesario, a una intervención y a un seguimiento adecuado y, claro, ¿cuántas personas identificadas como frágiles reciben una valoración geriátrica integral? ¿Qué ocurre después de detectar el riesgo de caída, el deterioro funcional o los problemas asociados a la polimedicación, por ejemplo? ¿Qué porcentaje de pacientes mejora o mantiene su autonomía? ¿Cuántos reingresos evitables se producen?

Usted ha citado el Plan de Atención Integral de la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable -yo también lo tenía en el radar para esta intervención-, que ya se adelantó, como usted bien ha dicho, y del que se han realizado el 99 por ciento de las acciones. Sin embargo, una vez más, tenemos que hacer un ejercicio de fe, pues aún no solo no se ha publicado la memoria global de este plan -es uno de los requisitos de exigencia dentro del propio plan, tal y como aparece recogido-, sino que es que tampoco han publicado todas las memorias anuales, ¡ni una sola! Y el plan acaba de concluir. Entonces, se han tirado cuatro años sin publicar las memorias. Por lo tanto, esta política de evaluación pues la tienen ustedes, pero, desde luego, el conjunto de la ciudadanía y la oposición no la tienen. No quisiéramos pensar que ustedes pues han sacado solo el titular, pero se han olvidado de realizar precisamente esta política de evaluación real, así que me gustaría preguntarle dónde se pueden consultar la evaluación final y las evaluaciones anuales que, en teoría, se han tenido que ir realizando durante todo este tiempo. Tenía una segunda pregunta que ya me ha contestado: que es que ya están trabajando en este segundo plan; por lo tanto, si me puede avanzar algo más a este respecto pues se lo agradecemos.

Y bueno, además, la atención geriátrica no empieza cuando una persona ingresa en el hospital, ni termina cuando recibe el alta, necesitamos una Atención Primaria con capacidad de seguimiento,

enfermería comunitaria, revisión de tratamiento, rehabilitación, acceso a la geriatría hospitalaria, y una coordinación efectiva con los centros residenciales y los servicios de atención domiciliaria para que no se produzcan determinados casos, como desgraciadamente pudimos ver durante la pandemia con los 7.291 mayores. Si cada nivel asistencial trabaja como una isla, la persona mayor acaba haciendo de coordinadora de su propia enfermedad, y entendemos que esto es precisamente lo que lo que se debe evitar. Así que, si me puede contestar a alguna de las preguntas que le he hecho, se lo agradecería.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias. Tiene la palabra, señora directora general.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA** (González Paz): Gracias, presidenta. Señoría, durante los tres años de implantación del plan hemos hecho una jornada pública de sus resultados -en la que hemos contado todos- y de la que, por supuesto, hay una documentación que está en nuestra intranet y que, si usted lo desea, se le puede facilitar con todos los datos que tienen relación con la implantación del plan -del cual hemos hecho seguimiento, por supuesto- y con todos los indicadores.

En cuanto al segundo plan, pues vamos a incluir, como le decía, todo lo relevante y que sabemos que funciona en promoción de la longevidad saludable y prevención de la fragilidad. No podemos olvidar la prevención, por ejemplo, entre otras medidas: con la potenciación de la vacunación frente a gripe, neumococo y herpes zóster, con porcentajes de vacunación por encima de la media nacional; en 2025, además, incluimos la vacunación frente al virus respiratorio sincitial en personas mayores de 60 años, vulnerables, usuarios de residencias..., en esta primera campaña se administraron más de 43.000 dosis. Quiero destacar, también, en prevención, el Programa Salud Activa de Prescripción de Actividad Física, que ha permitido la derivación de más de 8.000 pacientes a unidades activas de ejercicio físico de los centros deportivos municipales desde el 2024. Y, en cuanto a continuidad asistencial y coordinación sociosanitaria, pues, por ejemplo, le puedo comentar que se ha consolidado la figura del especialista de geriatría de referencia dentro del Programa de Atención al Paciente Crónico Complejo; en el ámbito de los centros sociosanitarios, destacar el trabajo de las 26 unidades de geriatría de enlace, de las 23 unidades de atención a residencia, que se han seguido potenciando. En 2025, las UAR realizaron más de 10.000 visitas a residencias, administraron unas 86.000 dosis de vacunas y realizaron aproximadamente 1.000 intervenciones comunitarias y talleres de educación para la salud. Se ha elaborado un protocolo de valoración geriátrica integral del paciente mayor en residencias y varias guías formativas de recomendaciones en prevención de caídas, alimentación y nutrición, y medidas de prevención de la transmisión de microorganismos. También quiero destacar la investigación en longevidad saludable y fragilidad: 20 grupos de investigación distribuidos en los siete institutos de investigación sanitaria, que tienen como núcleo central hospitales públicos de nuestra comunidad.

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

La Sra. **BONMATI GARCÍA**: Gracias, presidenta. Mire, las jornadas eran para profesionales y, principalmente, para la consejería; desde luego, nuestro grupo no recibió ninguna invitación; y, en cualquiera de los casos, con independencia de eso, la obligación es la publicación de estas memorias

anuales, así que, más allá de la intranet, deberían ponerlo a disposición del conjunto de la ciudadanía. Mire, le voy a decir por qué dudamos algunas veces de la increíble gestión que usted nos ha presentado, y le voy a dar tres datos de tres hospitales; han bajado la demora -ha dicho antes en su primera intervención-, y la pregunta sería: pero ¿desde cuándo lo miden ustedes? Porque, claro, cuando Ayuso entró a gobernar, la demora media para Geriatría en el Hospital de El Escorial era de 10 días y hoy, en el último dato de agosto, es de 72; en el Hospital Infanta Sofía era de 34 y han pasado a 80 días; y, finalmente, en el Puerta de Hierro, en el año 2019 se esperaban 7 días, y hoy se esperan 42 días. Permítame que ponga en duda esa magnífica gestión. Lo que quiero decir es que, si en algo básico como son las consultas externas a un especialista como el geriatra ya vemos este deterioro, pues creemos que efectivamente hay que poner un poquito más de esfuerzo para el resto de los ámbitos, entendiendo que efectivamente es una cuestión compleja y multidisciplinar.

Y una última cuestión -y con esto ya concluyo, presidenta-, sí que me gustaría preguntarle sobre la desigualdad en la forma de envejecimiento, y cómo identifican ustedes a aquellas personas...

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

La Sra. **BONMATI GARCÍA**: ... que acumulan una mayor vulnerabilidad por cuestión de renta o por el territorio dentro de la región de la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA** (González Paz): Gracias. Señoría, los datos del Plan de Atención Integral a la Fragilidad también los tiene en la Memoria del Sermas -cada año los publicamos-, o sea que la invito también a que la lea. En cuanto a lo último que comenta, pues le tengo que mencionar el Plan de Acción para la Coordinación Sociosanitaria 26-29, que cuenta con un objetivo específico para impulso de la atención sociosanitaria a las personas mayores; en este ámbito, subrayar el proyecto de abordaje de riesgo social, con especial foco en la soledad no deseada, se ha desarrollado un proceso asistencial para mejorar la identificación de estas situaciones y facilitar una respuesta integral que garantice y coordine los recursos sanitarios, sociales y comunitarios necesarios. En cuanto a alianzas para mejorar la atención geriátrica sociosanitaria con otras Administraciones, se ha firmado el convenio entre el Sermas y el Ayuntamiento de Madrid para mejorar la coordinación en la atención de personas mayores en especial situación de vulnerabilidad y de riesgo social del municipio de Madrid. Desde la Consejería de Sanidad...

La Sra. **PRESIDENTA**: Debe terminar.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA** (González Paz): ... seguimos trabajando para ofrecer una atención geriátrica de excelencia, no lo dude.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Finalizada la tramitación de esta iniciativa, vamos a pasar al segundo punto del orden del día.

PCOC-245/2026 RGEP.1073. 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: planes de mejora en relación a los servicios no clínicos del Hospital Infanta Leonor.

Es la Pregunta de Contestación Oral 245/26, a iniciativa de la señora Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid. Me van a permitir que dé la bienvenida -me he olvidado al principio- a los invitados: bienvenidos a la Asamblea de Madrid; perdónenme, pero me he dado cuenta ahora mismo de que estaban ustedes aquí, así que muy bienvenidos a la casa de todos los madrileños. Les decía que la iniciativa es de la señora Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid, y es sobre los planes de mejora en relación a los servicios no clínicos del Hospital Infanta Leonor. Comparece para contestar en representación del Gobierno el señor director general de Gestión Económico-Financiera, don José Nieves González, a quien ruego que se incorpore a la mesa. *(Pausa.)* Buenas tardes, señor director general, si está usted preparado, empezamos. Señora Carmona Osorio, tiene la palabra.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Gracias presidenta. Bienvenido, señor director general, que nos vamos viendo de comisión en comisión. Le pregunto por los planes de mejora en relación a los servicios no clínicos del Hospital Infanta Leonor, teniendo en cuenta que los últimos informes publicados de control y seguimiento de centros y servicios de gestión indirecta son de 2021, por lo menos los de los de este hospital y los del resto de hospitales de modelo PCI; quería preguntarle qué mecanismos de control existen sobre estas contratas y si planean mejorarlos y, en general, qué valoración da al estado de la lencería, de la limpieza, del comedor... en estos hospitales. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. Señor director general, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA** (Nieves González): Señora presidenta. Señoría, como sabe perfectamente -la pregunta me la hace respecto de lo no clínico- la sociedad concesionaria de Vallecas es la que gestiona el conjunto de todas las actividades que son no clínicas, ¿no? Esto se hace a través de un contrato que se formaliza el 26 de julio de 2005, y es a través de esta concesión por la que se atienden y ejecutan toda esta serie de servicios. Por tanto, para hacer un plan hemos tenido en cuenta tres aspectos o tres bloques fundamentales: el marco contractual y los mecanismos de supervisión -que desarrollaré más adelante-; en segundo lugar, tenemos que tener en cuenta las obras de adecuación y seguimiento, que se realizan a lo largo del tiempo en el hospital -algunas han sido muy relevantes y ahora estamos ejecutando una de ellas-; y, por último, todos los planes de mejora que se producen como consecuencia, uno, del seguimiento y de la mejora continua de estos procesos, y dos, de la exigencia a la concesionaria cuando se detectan, a través de los sistemas de control, correcciones o mejoras que deben adaptarse.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias. Señora Carmona, tiene la palabra.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Gracias, señor director general. A ver, de 2005 -que empezó a funcionar la contrata y el hospital en sí- a 2021 han ido publicando los informes; no entiendo yo por

qué, de repente, de 2021 a ahora, se han dejado de publicar. En efecto, corresponde a la contrata, pero no deja de ser un hospital público y es la Comunidad de Madrid quien tiene que hacer esa supervisión; no entiendo muy bien por qué no se le enseña a la ciudadanía con el mismo formato que antes -que no es que yo esté de acuerdo con este formato de gestión, pero al menos la publicación de los informes hasta el 21 era algo más transparente-.

A ver, una cosa importante que hay que aclarar con estos servicios es que no son clínicos, pero sí son sanitarios porque tienen un papel clave para la salud, en la calidad asistencial y, sobre todo, en la seguridad del paciente, y, es más, impactan directamente en la eficiencia y en la calidad de esta parte más clínica. La limpieza es como lo más evidente, hay un papel clave para evitar infecciones, por lo cual, en realidad, al personal de limpieza se le debería contar directamente como personal sanitario; si no hay servicio de limpieza adecuado, que funcione bien, se cierran los quirófanos por una cuestión de bioseguridad ambiental, se retrasan los ingresos porque no están listas las habitaciones, y eso puede suponer que alguien esté atado con correas a una cama en urgencias durante seis horas porque está esperando una cama en una planta de psiquiatría donde no necesita una sujeción, pero en urgencias se considera que sí; se disminuye la eficiencia, porque hay menor número de operaciones al estar los quirófanos no disponibles, hay habitaciones cerradas, etcétera; y, además, se provocan infecciones nosocomiales con el coste que ello supone, no solamente en lo económico, sino también en resultados en salud. Ojo, que cuando hablamos de limpieza todo el mundo piensa en microorganismos, pero también podemos tener infestaciones; con esto quiero decir que hay centros sanitarios infestados crónicamente de ratas y de cucarachas -yo misma he visto en un comedor de guardia cucarachas pasando por encima de la comida de los médicos, y me la he tenido que comer después, esto lo he visto yo con mis ojos-. Y me dirá: señora Carmona, es una anécdota; y entonces yo le diré: bueno, no lo digo solamente yo, esto lo dice la evidencia, señor Nieves.

Mire, los servicios de limpieza externalizados se asocian sistemáticamente a más infecciones nosocomiales. Esto, además, se estudie donde se estudie, se encuentra lo mismo. Hay evidencia muy clara, por ejemplo, de que la externalización de los servicios de limpieza se asocia a mayor presencia de Staphylococcus aureus a meticilina resistente, esta es una bacteria que causa hasta un 40 por ciento de mortalidad cuando hay bacteriemias y es lo que se utiliza en España y en Europa como indicador desde hace décadas para medir cuántas infecciones hay en un hospital, para lo que se ve sistemáticamente este dato. La externalización de los servicios de limpieza se asocia también con una menor ratio de personal por cama, es decir, una peor calidad en general. Pero, ojo, ¡que no hablamos solamente de la limpieza!, el estado de la cocina, cuando está privatizada, también es peor; el estado nutricional de los pacientes y el rendimiento del personal, que tienen que comer la comida que se hace en el hospital, también decae y empeora; la lencería es una de las cosas de las que, además, más quejas vemos poner sistemáticamente a los profesionales; vamos, es que no hay semana que no tenga correos de TCAE, de distintos centros sanitarios, diciéndome que las sábanas y la ropa del personal y de los pacientes llega húmeda, llega mal lavada y llega con manchas porque no se ha utilizado temperatura suficiente para lavarla, porque no se ha secado, etcétera.

De los problemas que da externalizar los servicios de esterilización quirúrgica no vamos a hablar, que ya hemos hablado aquí usted y yo muchísimas veces, pero los conoce. En general, externalizar empeora también las condiciones de los trabajadores. La cuestión es: ¿usted cree, señor Nieves, que con los mecanismos de supervisión que tienen ahora es suficiente? Porque lo cierto es que tanto pacientes como profesionales se quejan de que hay una mala experiencia en todo esto, no en la parte clínica y no en la parte que depende directamente de los trabajadores, que hacen lo que buenamente pueden, sino en las condiciones que generan las contratas. ¿Usted cree que es suficiente la calidad de estos servicios?

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA** (Nieves González): Sí. Una cuestión que yo creo que es importante en el tema de lencería y en el de la limpieza -respecto a las consideraciones que usted ha realizado-, es que la limpieza, salvo puntuales excepciones, en todos los procesos, en todos los hospitales y en todas las comunidades autónomas está externalizada durante decenios. Yo llevo muchísimos años, como bien sabe, y cuando entré en el siglo pasado -es que es verdad, ¡entré en el siglo pasado!- pues ya estaban externalizados los servicios, de forma que la comparación, desde el punto de vista técnico, yo ni la he leído ni la comparto porque tengo otros datos, ¿no? En relación con la lencería, efectivamente suelen suceder -como en todo proceso de suministro- algunas dificultades, y más cuando se producen deterioros en la cadena de suministros por razones geoestratégicas y geopolíticas que todos ustedes conocen. En la ropa hay un problema que tiene dos vertientes fundamentales: la más importante -como tú seguro que conoces- es que la adquisición de las prendas determina básicamente el volumen de rotación de las mismas, ¿no?; y algunas veces la adquisición de las prendas de algodón, y en las condiciones que tiene que hacerse, es difícil. No obstante, hay una mejora continua.

Volviendo a la pregunta, en concreto en relación con el marco contractual en los mecanismos de supervisión existen documentos contractuales y un sistema de indicadores de disponibilidad y de calidad, ambas cuestiones se reflejan y se siguen. Estos indicadores permiten detectar tanto las incidencias que pueden afectar al funcionamiento del área del hospital como los incumplimientos o cumplimientos defectuosos o mejorables de las obligaciones establecidas en los pliegos-protocolo. Las deficiencias detectadas, como todo servicio continuado a lo largo de los años, se analizan, se atiende su naturaleza, su gravedad y la repercusión en la actividad y en los efectos que pueda contener. Por tanto, una vez detectadas se corrigen -se exige su corrección- y se controlan. ¿Esto qué determina además? Como todo proceso de gestión y mejora continua, determina una mejora continua y unas actuaciones de las incidencias y, cuando estas sean retiradas, se establece una planificación de mejora, exigencia del control y de planificación de la corrección; es decir, la mejora continua viene determinada por la observación, la detección y la corrección de todas las incidencias que se corrigen. Le puedo asegurar que el nivel de exigencia y la continuidad que se tiene en este tipo de hospitales es realmente alto y da lugar a lo que llamamos SIGI, que son sistemas de información de incidencias y control de todos los servicios que contemplan todo lo que usted ha dicho: desde la alimentación, pasando por la

desratización, la limpieza... Y créame que son rigurosas, y lo hacemos de forma mensual, con análisis y con controles muy rigurosos.

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

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Gracias, presidenta. Sí, señor Nieves, la limpieza lleva decenios externalizada en la mayoría de los servicios, los mismos decenios que se le lleva pidiendo a las TCAE que asuman tareas de limpieza que no les corresponden, porque le corresponde a estos servicios, y que son tareas que se quedan sin hacer. Usted lo sabe -con esto se pelean las TCAE en todos los servicios-, lo sabe usted perfectamente, al igual que yo. ¿Considera usted que hacer la cama a un paciente, o darle de cenar o dejarle ducharse es sanidad? Porque el señor Feijóo tiene una entrevista bastante célebre en la que dice que no, que no es lo mismo hacerle la cama a un paciente que operarle del corazón; y, como hemos sustanciado tanto usted como yo, convendrá conmigo en que las condiciones en las que se puede estar ingresado en un hospital o en las que se puede prestar asistencia por toda esta parte de servicios no clínicos impactan directamente en la atención.

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

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Termino enseguida. ¿No cree que estos mecanismos de supervisión que tiene en estos hospitales, y en este en particular, son algo deficientes cuando los pacientes y los profesionales siguen quejándose sistemáticamente, señor Nieves?

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICO- FINANCIERA** (Nieves González): Muchas gracias. Creo que los mecanismos de detección y control en este tipo de hospitales, y en este en particular -tengo gato y lo sigo-, son suficientes, adecuados, rigurosos y exigentes. Otra cuestión, como usted también convendrá conmigo, es que la perfección no existe, y de lo que se trata en la gestión es de la continuidad en la mejora continua: detectados los incumplimientos, detectadas las mejoras; detectado el error, hay que establecer la corrección del mismo, y esto se hace con un rigor muy importante.

Respecto a lo que me comentaba, no voy a entrar en una disquisición de los servicios no sanitarios y los servicios sanitarios; entre otras cosas, porque hace ya muchos años, cuando se produjo la última reforma, se hablaba del servicio de gestión y servicio. Y la gestión del servicio, que engloba toda esta serie de prestaciones, son complementarios, coadyuvantes y determinantes...

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

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICO- FINANCIERA** (Nieves González): ... en la asistencia sanitaria de calidad.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Finalizada la tramitación de la iniciativa, vamos a pasar al tercer punto del orden del día.

PCOC-2296/2026 RGEP.9544. 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: planes de mejora en relación a los procesos de reproducción asistida en el Servicio Madrileño de Salud desde el punto de vista de la humanización de la asistencia.

Es la Pregunta de Contestación Oral 2296/26, a iniciativa de la señora Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid. El objeto de la pregunta son los planes de mejora en relación a los procesos de reproducción asistida en el Servicio Madrileño de Salud desde el punto de vista de la humanización de la asistencia. Comparece para contestar en representación del Gobierno la señora directora general de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente, doña Celia García Menéndez, a quien ruego que se incorpore a la mesa. *(Pausa.)* Buenas tardes, señora directora general. Vamos a empezar. Señora Carmona, tiene la palabra.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Gracias, presidenta. Bienvenida, señora directora general. Le pregunto por planes de mejora en relación a los procesos de reproducción asistida en el Sermas. Partimos de un hecho, y es que no es madre la que quiere, sino la que puede. En este contexto, habiendo, pues, por ejemplo, una crisis de vivienda, un problema de salarios importante y una edad de emancipación muy tardía, todo ello determinantes sociales que condicionan de manera muy importante la decisión del proyecto reproductivo que pueden tener las ciudadanas y ciudadanos en nuestra región. Estas barreras las podríamos agrupar en la barrera económica, la habitacional, las barreras de conciliación, los problemas de carrera profesional que puedan suponer una maternidad en determinada franja, y suponen una discriminación importante porque hay un eje de clase bastante claro en ellas; pero una de estas condiciones supone también una barrera -es por la que le pregunto específicamente-, que es la dificultad en el acceso a la reproducción asistida. La reproducción asistida no es que tenga unas listas de espera particularmente transparentes y que se puedan filiar muy bien, pero bueno, más allá de la experiencia personal o de la experiencia expresada en lo social por parte de la ciudadanía, me remito a la Estrategia de protección a la maternidad y paternidad y de fomento a la natalidad y conciliación 2022-2026 de la Comunidad de Madrid, en la que un entresacado de la primera página dice: "Por último, muchas mujeres participantes en la investigación expresan su deseo de tener más fácil el acceso a los tratamientos de reproducción asistida, recibir asistencia durante el embarazo y después del parto, y disponer de más información sobre los recursos de ayudas con los que cuenta la Comunidad de Madrid en este ámbito". Es decir, la propia Comunidad de Madrid reconoce que hay un problema en el acceso porque en este estudio de esta estrategia se reconoce como una necesidad a cubrir. Y una de las medidas estrella de esta estrategia es incrementar hasta los 45 años la edad a la que las mujeres pueden acceder a los tratamientos de reproducción asistida, en vez de los 40 años que había previamente; y también esta idea de que se pueda recurrir a reproducción asistida después de haber tenido un primer hijo, que sí que supone un cambio sustancial. ¡Claro!, yo creo que ampliar la edad límite está bien, lo que pasa es que creo que hay que darle una información veraz a la población. La edad materna es un factor de altísimo impacto en las probabilidades de éxito de la reproducción asistida, con un descenso fulminante a medida que avanza la edad materna; así, por cada óvulo extraído la probabilidad de conseguir que nazca un bebé, si estamos por debajo de los 35 años, es de un 44 por

ciento, si estamos entre los 38 y los 40 años, la probabilidad de éxito por cada óvulo es de un 20 por ciento, y, por encima de los 42 años, hablamos de un 2,9 por ciento de probabilidades de éxito. Es decir, si la respuesta en esta estrategia es simplemente aumentar el límite superior de edad, estamos empujando hacia unas maternidades tardías que están asociadas a mayor riesgo y a menor tasa de éxito y que, bueno, son embarazos que por encima de los 40 años se consideran embarazos de riesgo por definición, etcétera. Esto no lo digo para juzgar la maternidad de nadie, que ya bastante se nos juzga a las mujeres -solo faltaba-, pero sí que a la hora de analizar las políticas públicas y de plantear las políticas respecto a la ciudadanía, apostar por simplemente subir el umbral de edad no parece la mejor estrategia, o sí, por lo menos, la única estrategia, para mejorar el acceso a la reproducción asistida en la Comunidad de Madrid.

En una revisión, que es La reproducción asistida en España, un estudio del acceso a razones y éxito de los tratamientos, publicado en 2026 -es recientísima- en la Revista Española de Investigaciones Sociológicas -que a buen seguro conoce, porque es una muy buena revisión-, se habla de que las mujeres con mayor nivel socioeconómico, casadas y con infertilidad primaria tienen más probabilidades de acceder a los tratamientos de reproducción asistida; la principal barrera para acceder a estos tratamientos es económica, lo cual habla de un uso potencial insatisfecho, y, una vez se corrigen y se ajustan los datos de la población, se encuentra que no hay una asociación estadística entre variables sociodemográficas y éxito del tratamiento. Es decir, cuando consiguen acceder las mujeres de bajo nivel socioeconómico, tienen el mismo nivel de éxito que las mujeres de alto nivel socioeconómico, pero hay un cuello de botella, que es el que es. ¿Qué tienen planeado para poder mejorar esta situación?

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE HUMANIZACIÓN, ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE** (García Menéndez): Muchas gracias, presidenta. Buenas tardes. Señoría, el balance de la estrategia -como usted ha dicho- de natalidad 2022-2026 de la Comunidad de Madrid, actualizado además el 26 de junio de este año, recoge siete medidas que corresponden a nuestra Consejería de Sanidad, de las cuales cinco corresponden a reproducción asistida, no solamente la que usted ha indicado, sino cinco que contribuyen a mejorar la reproducción asistida en nuestros centros. En su actualización, en junio pasado, están explicitados los criterios comunes para aplicar esta prestación de forma homogénea en todas las unidades de la red, dando la máxima accesibilidad; sobre esta base, trabajamos en dar una atención equitativa, accesible, segura y respetuosa, garantizando que cada persona comprenda sus opciones, participe en las decisiones y se sienta acompañada y respetada en un proceso que afecta directamente a su proyecto vital, como usted ha dicho.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señora Carmona, le queda un minuto; tiene la palabra.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Gracias presidenta. Mire, señora directora general, acaba de publicarse un informe interno de la Consejería de Sanidad llamado La casita, en el que ustedes mismos reconocen que no se destina presupuesto suficiente al capítulo 1 -es decir, a recursos humanos- como

para dar la atención ordinaria; es decir, se está presupuestando por debajo de las necesidades no ya para que los servicios crezcan y aumenten cartera de servicios o aumenten población diana -que sería el caso, porque lo cierto es que está constatado por ustedes mismos que hay un cuello de botella en el acceso a la reproducción asistida-, sino que ustedes necesitarían aumentar recursos, y las unidades de reproducción asistida necesitarían aumentar músculo y tener más personal para poder dar atención a todas las personas que están esperando uno de esos tratamientos o que ni siquiera intentan ir por la pública, ese es uno de los problemas, sino que directamente se van a la privada o renuncian a ser madres, que es otro de los problemas. La propia consejería reconoce que no se está presupuestando dinero suficiente como para que el Sermas funcione. Entienda que estas promesas de aumentar y de reducir en los tiempos de stand by en reproducción asistida, si no hay un compromiso presupuestario y si no hay un compromiso de personal, son difíciles de creer y son difíciles de plantear. Entonces, parece que la única que se va a aplicar...

La Sra. **PRESIDENTA**: Termine, señora Carmona.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: ... realmente es la de elevar la edad límite. Porque ¿con qué personal van a aumentar la oferta...?

La Sra. **PRESIDENTA**: Tiene que terminar, señoría.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: ¿... de las unidades de reproducción asistida, si ustedes mismos dicen que no tienen presupuesto para hacerlo?

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL DE HUMANIZACIÓN, ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE** (García Menéndez): Señoría, la reproducción asistida, como usted bien ha dicho, es un proceso que genera incertidumbre y una importante carga emocional; en el mismo puede haber esperas, como ha comentado, reprogramaciones, dudas ante una indicación clínica o respuestas que no coincidan con las expectativas de las pacientes, estas situaciones requieren una atención integral, centrada en la persona, planteando con claridad las diferentes alternativas, apoyando con el conocimiento experto la toma de decisiones compartidas, teniendo en cuenta los valores, las creencias, las circunstancias y las prioridades reproductivas de cada persona. La dirección general a la que represento tiene una función transversal que promueve la mejora de la información y la accesibilidad documental, la equidad en el acceso, la ausencia de discriminación, la comunidad, la comunicación respetuosa con lenguaje no estigmatizante, la continuidad del proyecto reproductivo, la evitación de intervenciones innecesarias, la preservación de fertilidad y la seguridad de las pacientes. La indicación de las técnicas, la organización de la actividad, las listas de espera y la disponibilidad de ovocitos o embriones corresponden a los servicios clínicos y de gestión del Servicio Madrileño de Salud.

El documento al que usted hace referencia no indica que no tengamos suficiente presupuesto para poner los recursos que necesitamos, de hecho, las cinco medidas de la Estrategia de Natalidad relacionadas con la reproducción asistida que se han desarrollado demuestran que hemos aumentado

nuestros recursos. La número tres, nueva regulación de los centros de reproducción asistida para mejorar calidad y seguridad: en este momento tenemos 18 unidades en 18 hospitales, mejora del diagnóstico precoz de los problemas de fertilidad y adelanto del inicio de los tratamientos, flexibilización y ampliación de los criterios de acceso, reducción de las listas de espera y garantía de libertad de elección de hospital, con nuestro plan de fertilidad en red, y la puesta en marcha del banco madrileño de ovocitos y la potenciación del banco de embriones. Se ha evaluado la evolución de estas medidas y se han planteado las acciones de mejora -porque siempre hay cuestiones que mejorar- detectadas sobre información, reducción de demoras, itinerario asistencial, reprogramaciones, apoyo emocional y experiencia de las pacientes, entre otras cuestiones. De esta manera, se han establecido criterios comunes de admisión, indicación y acceso para todas las unidades, para que haya realmente equidad, de manera que en una misma situación clínica se obtenga una respuesta homogénea se vaya al centro que se vaya. Se han creado agendas monográficas para consultas de reproducción asistida con derivación directa desde Atención Primaria, reforzando así el papel asesor del médico de familia, y además la eficiencia y la agilidad del proceso, esto ha disminuido las demoras. En fecundación in vitro se ha implantado una primera valoración por un gestor de casos, que solicita las pruebas necesarias, y se ha ampliado el número de hospitales con técnicas de diagnóstico preimplantacional. No siempre son necesarios más recursos, se han puesto los que se necesitan, sino que lo que es necesario es trabajar con eficiencia, y todas estas medidas hacen que el sistema sea más eficiente. Se incluye expresamente a las mujeres, y no solo de 45 años como usted ha dicho, en otras comunidades es de 40 años y no hay límite de edad inferior, se ha aumentado la edad superior; se incluye expresamente, como le digo, a las mujeres sin pareja, las parejas de mujeres, casadas o no, y los varones y mujeres trans; se ha ampliado hasta cuatro el número de intentos y se permite el acceso a mujeres que ya tienen un hijo, que antes no se permitía. Además, los tratamientos se computan por proyecto reproductivo, no por ciclos, se permite continuar con embriones criopreservados procedentes de otros centros, y se implantan los embriones disponibles antes de realizar nuevas estimulaciones ováricas, favoreciendo la continuidad y evitando intervenciones invasivas prescindibles.

Asimismo, se ha propuesto incorporar una medida de atención anticipada y preservación de la fertilidad para personas con enfermedades crónicas o sometidas a tratamientos que puedan comprometer su fertilidad futura, y en este caso, además, esto se inicia ya incluso con adolescentes, con niños o adolescentes que han pasado un proceso oncológico o están pasando por él y necesitan esta atención. Además, está en curso la implantación del reglamento europeo dirigido a reforzar la calidad, seguridad, vigilancia y trazabilidad de los gametos y embriones. Señoría, trabajamos con estrategias definidas a largo plazo, que son evaluadas de forma sistemática para detectar de manera continuada las áreas de mejora a poner en marcha, todas las áreas de mejora, incluidos los recursos, aunque usted diga que no. La atención centrada en las personas en el Servicio Madrileño de Salud es una cultura de excelencia clínica, para eso se necesita cuidar a los profesionales, formar a los profesionales, recursos, equidad, seguridad, respeto a la dignidad y valores de las personas que atendemos -en este caso, de reproducción asistida-, y es lo que estamos haciendo. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Finalizada la tramitación de la iniciativa, pasamos al siguiente punto del orden del día.

PCOC-439/2026 RGEP.2161. 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: ¿Qué valor da la Consejería de Sanidad a la longitudinalidad en los cuidados médicos en Atención Primaria?

Es el punto cuarto, Pregunta de Contestación Oral 439/26, a iniciativa del señor Moreno Vinués, diputado del Grupo Parlamentario Socialista. El objeto de la pregunta es el valor que da la Consejería de Sanidad a la longitudinalidad en los cuidados médicos en Atención Primaria. Comparece para contestar en representación del Gobierno la señora directora general Asistencial, doña Almudena Quintana Morgado, a quien ruego que se incorpore a la mesa. *(Pausa.)* Buenas tardes, señora Quintana. Señor Moreno, tiene la palabra.

El Sr. **MORENO VINUÉS**: Pues muchas gracias y buenas tardes, señora directora general. Yo creo que a estas alturas no es necesario repetir de nuevo en esta comisión la importancia de preservar la longitudinalidad de los cuidados médicos en Atención Primaria; la verdad es que yo creo que ustedes la consideran un lujo organizativo, y no lo es, señora directora, creo eso porque, si no, no entiendo por qué la maltratan tanto. Hay abundante evidencia científica que demuestra que, si garantizamos que cada paciente sea atendido de forma continuada por el mismo médico de familia, pues disminuimos de forma sustancial el riesgo de ingresos hospitalarios o de mortalidad prematura.

En Madrid tenemos problemas inéditos, ¡sí!, de acceso a una cita en Primaria, pero cuidar la longitudinalidad no significa simplemente conseguir una cita en el centro de salud, significa que te valore siempre ese médico que conoce tus antecedentes, tus problemas familiares y sociales, los tratamientos que has recibido, los que te han sentado bien y los que te han generado importantes efectos secundarios; significa que no te atienda de forma rotatoria un médico diferente durante periodos prolongados de tiempo.

Pero hoy quiero centrar esta intervención en el análisis de las causas que han roto la longitudinalidad en la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, porque, si no reconocemos de forma sincera -subrayo de forma sincera- las causas pues va a ser imposible poner en marcha la soluciones. Ustedes siempre apuntan como causa a una supuesta falta de profesionales, ¡pero ya lamento que gráficos como este lo desmientan!, y es que, desde 2018, el Gobierno de España ha impulsado un aumento progresivo y sostenido de plazas MIR, especialmente para Atención Primaria. Fíjense, en el 18 se ofrecían 1.800 plazas, y para la convocatoria del 27 un aumento de un 42 por ciento, son 2.557. ¿Y qué ha ocurrido en Madrid mientras tanto?, que el aumento de plazas MIR de familia, acreditadas y ofertadas por ustedes en este mismo periodo de tiempo, es mucho más discreto: 30 plazas en 10 años han conseguido acreditar ustedes para Primaria. Por lo tanto, señora directora general, dejen de confundir a los madrileños. El problema de que no tengan médico ni pediatra accesible, ni mucho menos longitudinal, e incluso en ocasiones ni siquiera asignado, no es por una falta de profesionales, el problema está aquí; nos faltan profesionales, sí, pero es que Madrid pierde a 2/3 de los nuevos médicos de familia y pediatras que acaba de formar y que deciden no incorporarse a trabajar en nuestra Atención Primaria. ¿Y a qué se debe esto? El otro día una compañera suya, del Partido

Popular de Valencia, me decía: falta de vocación. Yo no voy a culpar a los profesionales, yo creo que se debe a la experiencia que viven durante su formación, donde se dan cuenta de las condiciones laborales que les ofrecen ustedes en la Comunidad Madrid, por las que luego no se quieren quedar a trabajar con nosotros en la Atención Primaria.

Señora directora, si de verdad quiere usted cuidar la longitudinalidad de nuestra Primaria, tiene que mejorar las condiciones laborales que ofrece a los médicos a los que ya estamos formando, sí, pero que no quieren quedarse a trabajar en la Comunidad de Madrid. Y aquí está el verdadero talón de Aquiles, en este puntito del centro de Madrid desde el que señala a la Comunidad de Madrid como la comunidad que menos invierte en Atención Primaria de toda España, tan solo un 11 por ciento del total del presupuesto destinado a Sanidad. Y esto es lo que acaban ustedes de reconocer en ese documento interno filtrado por parte de la consejería; por lo tanto, en público discrepan, pero en privado secundan nuestras denuncias.

Entonces, si ustedes reforzaran la inversión en Primaria, pues no necesitarían 20 años para construir un centro de salud, lo que imposibilita disponer de un despacho para cada profesional y dejar así de ofrecer contratos de cinco tardes que ningún pediatra quiere firmar para quedarse a trabajar con nosotros; si ustedes reforzaran la inversión en Primaria y no fueran a la cola de toda España, pues los pocos centros de salud que inauguran lo harían con profesionales de nueva contratación y no con personal desdoblado del centro vecino, que obliga a los profesionales afectados a cambiar de cartilla de pacientes y que rompe la longitudinalidad de los cuidados en el centro donante; si ustedes reforzaran la inversión en Atención Primaria y no estuviéramos a la cola de toda España, pues no inaugurarían centros como el de Móstoles, sin servicio de Pediatría, o incorporarían de forma efectiva diferentes unidades de apoyo, como Odontología o Fisioterapia, que, desde luego, disminuirían la sobrecarga laboral y burocrática a la que están sometidos nuestros profesionales. En fin, si ustedes reforzaran la inversión primaria, mejorarían las condiciones laborales y económicas y la remuneración que ofrecen a nuestros profesionales; que también han reconocido ustedes en ese documento filtrado de la consejería que tenemos a los médicos con el menor poder adquisitivo de toda España, ¡luego se sorprenderán de que les convoquen una huelga a nivel autonómico! En fin, yo creo que la única forma de reforzar las plantillas para poder preservar la longitudinalidad es reducir la dependencia de horas extraordinarias y de profesionales que trabajen en varios centros, y para eso hay que ofrecer condiciones laborales dignas.

Y aquí aparece otro de sus grandes errores: no se puede obligar a nuestros profesionales a aceptar contratos como los del "modelo 4+1", por los que tienen que atender consultas de varios centros de salud, lo que impide definitivamente mantener una relación estable entre cada profesional y sus pacientes, lo que rompe formal y oficialmente con la longitudinalidad de los cuidados médicos. En ese "modelo 4+1" obligan ustedes a los médicos de Primaria a trasladarse de forma forzosa a centros de salud situados a más de 10 kilómetros o a cambiar de localidad; se les avisa en ocasiones la noche previa, sin ningún tipo de compensación económica, sin concretar la duración exacta de las medidas y con agendas de entre 40 y 60 pacientes ese día, más uno en otro centro. ¿Cuál es el resultado? Pues

que el 85 por ciento de los médicos con contrato "4+1" en Primaria, se plantea renunciar como consecuencia de esta situación.

En fin, directora, ustedes han impulsado también un sistema de citación automática en nuestra Primaria que prioriza la accesibilidad en las citas sobre la continuidad de atención por el médico de referencia, y ustedes lo hacen simplemente porque la accesibilidad se mide con demoras medias, pero la continuidad carece de un indicador que les suponga un coste político. Mire, termino ya, privar a los madrileños de un médico de referencia que los conozca, que los atienda de forma continua, señora directora, quizá no tenga para ustedes coste político, pero tiene un importante coste en términos pronósticos para los pacientes; así que se equivocan...

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

El Sr. **MORENO VINUÉS**: ... una vez más en sus prioridades. Muchas gracias.

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL ASISTENCIAL** (Quintana Morgado): Gracias presidenta. Señoría, la asistencia en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid se basa en una relación clínica continuada entre el paciente y los profesionales que conocen su evolución y sus necesidades; no se limita a resolver episodios aislados, y eso es precisamente el fundamento de la longitudinalidad, como usted bien sabe. En Madrid, cada ciudadano tiene asignado un médico de familia o pediatra y un profesional de enfermería, y en 2022 se extendió la identificación de profesionales de referencia a otras categorías como matronas, odontólogos, fisioterapeutas o trabajadores sociales. Además, mediante el sistema de libre elección sanitaria se puede elegir a estos profesionales incluso fuera de su zona básica de salud, manteniendo así la relación asistencial con aquellos en quienes deposita su confianza; es una organización que tiene un fundamento clínico sólido, y es que -como bien ha dicho usted- la evidencia científica internacional demuestra que mantener relaciones asistenciales estables se asocia con un mejor control de las enfermedades crónicas, menos hospitalizaciones evitables, menor utilización de urgencias y mejores resultados en salud. Por tanto, la longitudinalidad, más allá de una característica organizativa, es un componente de calidad asistencial que debemos preservar, y para hacerlo necesitamos estabilidad en los equipos; por eso, durante los últimos años hemos desarrollado procesos de estabilización y medidas dirigidas a favorecer la permanencia de los profesionales en Atención Primaria, actualmente más del 80 por ciento de los médicos de familia y más del 70 por ciento de los pediatras son titulares de la plaza en la que trabajan. Además, los datos de octubre del 2026 muestran una ocupación no estructural del 95,94 por ciento de las plazas de Medicina de Familia, del 93,99 por ciento en Pediatría y del 99,46 por ciento en Enfermería. A estas actuaciones se añaden incentivos específicos para categorías deficitarias, puestos de difícil cobertura, ruralidad y determinados turnos.

Señoría, somos conscientes de que mantener esa relación asistencial exige compatibilizar tres elementos: la estabilidad de los profesionales, sus derechos laborales y la accesibilidad de los pacientes, pero también garantizar una respuesta cuando ese profesional no está disponible. Por tanto, nuestra valoración es clara: la longitudinalidad es uno de los principales activos de Atención Primaria y es un

elemento esencial de su calidad asistencial; se sostiene con profesionales estables, con una organización asistencial adecuada y con capacidad para responder cuando se producen dificultades de cobertura, y precisamente sobre estos tres elementos estamos actuando en la Comunidad de Madrid. Durante esta legislatura hemos desarrollado procesos de estabilización que han permitido que más del 80 por ciento de los médicos de familia y más del 70 por ciento de los pediatras sean titulares de sus plazas. Además, hemos establecido incentivos específicos para categorías deficitarias, los puestos de difícil cobertura, los centros rurales y los turnos de más complejidad para su cobertura, junto con medidas de organización del trabajo dirigidas a favorecer la permanencia de los profesionales; son actuaciones concretas, que inciden sobre una de las principales condiciones para preservar la longitudinalidad, que es la estabilidad de la relación entre el paciente y su profesional de referencia. Respecto a las dificultades de cobertura, debemos distinguir entre las vacantes estructurales, las ausencias temporales y la movilidad profesional, porque requieren respuestas organizativas distintas; y es que la longitudinalidad no puede construirse a costa de los derechos laborales de los profesionales, ni la accesibilidad puede resolverse renunciando sistemáticamente a la continuidad con el profesional habitual; ambas dimensiones deben ser compatibles. Por tanto, señoría, no confundamos las dificultades que pueden producirse en determinados centros con la ausencia de una política dirigida a favorecer esta longitudinalidad. Madrid dispone de profesionales de referencia, libre elección, plantillas con un elevado grado de ocupación estructural y medidas de estabilización y fidelización; nuestra responsabilidad es seguir fortaleciendo estas condiciones, compatibilizando la continuidad clínica con la accesibilidad y los derechos de los profesionales.

Sobre el número de residentes que dice usted que no se incorporan, que sepa que, por ejemplo, en los últimos tres años hemos tenido 700 jubilaciones de médicos de familia; con todo y con eso, hemos ampliado la cobertura de profesionales de Medicina de Familia y de Pediatría dentro de nuestras plantillas: en junio del 23 teníamos 4.242 médicos de familia, con un 6,37 por ciento de vacantes, y en junio del 2026, 4.265, con un 4,69 por ciento de vacantes, un 2 por ciento menos; y en pediatras nos pasa algo aproximadamente muy parecido: 999 pediatras en 2023, con un 9,41 por ciento de vacantes, y 1.030 pediatras, con un 7,28 por ciento de vacantes en junio de 2026.

Señoría, la longitudinalidad es una característica esencial de la Atención Primaria y tiene un valor clínico demostrado que debemos preservar. En la Comunidad de Madrid llevamos décadas organizando esta asistencia en torno a profesionales de referencia, y hemos reforzado esa organización mediante la libre elección, la estabilización y medidas específicas para favorecer la permanencia de nuestros profesionales; conocemos las dificultades de cobertura y seguiremos trabajando para poder abordarlas, pero esas dificultades no modifican nuestra posición ni el valor que concedemos a la continuidad en la relación clínica. El compromiso de...

La Sra. **PRESIDENTA**: Tiene que terminar.

La Sra. **DIRECTORA GENERAL ASISTENCIAL** (Quintana Morgado): ... la Comunidad de Madrid es claro: mantener una Atención Primaria en la que cada paciente pueda conservar una relación estable con sus profesionales. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Finalizada la tramitación de esta iniciativa, pasamos al quinto punto del orden del día.

PCOC-4078/2024 RGEP.16405. 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: planes para mejorar la salud mental de la población en relación a los trastornos mentales generados en el ámbito laboral.

Es la Pregunta de Contestación Oral 4078/24, a iniciativa de la señora Carmona Osorio, diputada del Grupo Parlamentario Más Madrid, sobre los planes para mejorar la salud mental de la población en relación a los trastornos mentales generados en el ámbito laboral. Comparece para contestar en representación del Gobierno la señora directora general Asistencial, señora Quintana Morgado. Señora Carmona, tiene la palabra.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Gracias presidenta. Bienvenida, señora directora general. Le pregunto por los planes para mejorar la salud mental de la población en relación a los trastornos mentales generados en el ámbito laboral. Convendrá usted conmigo -a lo mejor no como directora general, pero desde luego sí como médica de familia- en que el trabajo es un determinante social clave, que tiene además una particularidad, y es que cuando se realiza en condiciones dignas, estables y con sentido, funciona como un factor protector, que puede ser muy potente incluso, pero cuando se realiza en condiciones precarias, con inseguridad, con sobrecarga, con riesgo de violencia y con una falta de reconocimiento, se convierte en un factor de riesgo que puede ser además un mecanismo causal, una fuente persistente de mucho daño.

Todas las psiquiatras, psicólogas, las profesionales de salud mental, todas hemos tenido pacientes a los cuales el trabajo les salvaba la vida -es un hecho-, y todas las profesionales de salud mental hemos tenido muchísimos más pacientes a los cuales el trabajo les estaba destrozando la salud mental, esto es así. A veces es por una situación de acoso laboral -que es cuando es más explícito-, pero puede ser por una situación de explotación, por una turnicidad imposible, por una cuestión de precariedad, puede ser por muchas cosas: desde lo más obvio, como es que el que tiene turno partido se queda sin vida, y esto puede desencadenar una serie de problemas a nivel psíquico, a cosas mucho más finas y certeras, pues como el trabajo que hizo David Graeber, ¿no?, hablando de que gran parte del trabajo que se realiza en nuestra sociedad no tiene ni sentido ni valor, y si eso lo combinas con una ética laboral que hace que construyamos nuestra identidad desde el trabajo, desde lo que somos profesionalmente, pues esa combinación se vuelve psicológicamente muy destructiva. ¡Hay mil vías!

La cuestión es que la salud pública tiene que poder abordar el daño a la salud mental que puede causar el trabajo, y que causan las malas condiciones laborales. Y, bueno, hay parte del daño que hace el trabajo sobre la salud que, fundamentalmente gracias a la acción sindical, está muy bien identificado -ya no hay amianto en ningún sitio por el daño que generaba sobre la salud, está claro-, pero hay otros daños sobre la salud en los que no estamos ni remotamente en una situación parecida;

mire, según las estadísticas oficiales del Ministerio de Seguridad Social, mirando el PANOTRATSS, por ejemplo, en 2025 se determinó que hubo en todo el Estado español 193 trastornos mentales de causa profesional y solamente 10 trastornos mentales que se agravaron por la situación laboral -claro, por prevalencia-, y esto, si lo comparamos con la literatura, con otros estudios y con otras fuentes de conocimiento, sabemos que estos trastornos en realidad son en torno a 170.000, para que solamente se estén calificando como enfermedad profesional 193, y otros 10 agravados, es que hay algo que no se está haciendo bien. ¿Tienen algún tipo de plan para mejorar esto?

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL ASISTENCIAL** (Quintana Morgado): Gracias, presidenta. Señoría, las condiciones en las que las personas desarrollan su actividad laboral tienen una relación directa con su salud y pueden influir también en su bienestar psicológico, como bien decía usted. El trabajo es un factor de integración social, de estabilidad y desarrollo personal, pero determinadas circunstancias laborales pueden contribuir a la aparición o agravamiento de problemas de salud mental. Por eso, debemos abordar esta cuestión desde tres ámbitos: la atención sanitaria, la prevención y la recuperación funcional y laboral. En el ámbito asistencial, el Servicio Madrileño de Salud dispone de una red que permite atender los problemas de salud mental en función de su gravedad y de las necesidades de cada paciente, a través de centros de salud mental, hospitales de día, unidades de hospitalización y dispositivos de rehabilitación; una atención que hemos reforzado en los últimos años mediante el incremento de profesionales y el desarrollo de recursos asistenciales, con especial atención a las personas con trastorno mental grave. Pero la recuperación no termina necesariamente con la estabilización clínica, el empleo puede formar parte también de ese proceso, por eso, Madrid dispone de 30 centros de rehabilitación laboral con 1.555 plazas destinadas a favorecer la recuperación y la integración sociolaboral. También estamos trabajando en la prevención con el Plan de Prevención del Suicidio 2022- 2026, que incorpora actuaciones relacionadas con los riesgos psicosociales en el ámbito laboral, la colaboración con los servicios de prevención y la promoción de la salud mental en colectivos especialmente expuestos; y, por su parte, el Plan de Salud Mental y Adicciones 2027- 2030, que está en la fase final de elaboración, también contempla avanzar en la identificación de problemas de salud mental relacionados con riesgos laborales, reforzar la coordinación con los organismos competentes, y desarrollar herramientas dirigidas a los servicios de prevención y a las empresas. Y, además, desde 2006 contamos con el Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo, que ofrece atención especializada y trabaja en coordinación con los servicios de salud laboral. Señoría, abordamos, por tanto, la salud mental relacionada con el trabajo desde una perspectiva que nos parece integral: reforzando la atención, avanzando en la prevención y favoreciendo la recuperación y la reincorporación laboral cuando sea posible. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias. Señora Carmona, tiene la palabra.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Convendrá conmigo, señora Quintana, en que lo que no se mide y no se detecta pues es muy difícil afrontarlo o es muy difícil trazar estrategias y, sobre todo, mediar su efectividad. Si pensamos que en España solamente hay 193 trastornos mentales generados

por las malas condiciones laborales, es muy difícil que monitoricemos si lo que hacemos está funcionando bien o no, porque todos estamos asumiendo que hay una cifra negra y que no tenemos el dato real, y tiramos pues de datos de prevalencia -así con brocha gorda-, que están bien pero que no nos permiten evaluar políticas públicas. Claro, aquí ¿cuál es el problema? Que la inmensa mayoría de trastornos mentales de causa profesional, de contingencia profesional, no se catalogan como tales, ¿por qué? Primero, porque es farragoso y es difícil hacer esa comunicación, hay una serie de complejidades que a nivel institucional se ha trabajado para mejorarlas, pero después hay una situación en la que las médicas de familia se encuentran en una situación diabólica: y es que si se declara la contingencia profesional de ese trastorno mental, este pasa a ser seguido por la mutua; es decir, en vez de ser la médica de familia -con un vínculo con la paciente o el paciente, y una preocupación genuina por su salud y porque su salud mejore-, quien hace el seguimiento, o el servicio de salud mental de la sanidad pública -que estará saturado, pero mantiene lo mismo: una longitudinalidad y una preocupación genuina por el estado de salud mental de esa persona-, se tiene que derivar a la mutua, donde van a ser atendidos probablemente por médicos sin especialidad -que es lo que trabaja fundamentalmente en la mutua- que en ningún caso tienen mayor conocimiento técnico que los médicos de la sanidad pública; y lo que hay, por parte de la mutua, no tanto por los profesionales, es una instrucción específica de que lo único que tienen que hacer las mutuas es devolver cuanto antes a trabajar a la persona en cuestión. Entonces, si hablamos de alguien que tiene un sufrimiento psíquico, un trastorno mental generado por el trabajo, y le tiene que atender y le tiene que seguir alguien cuya instrucción es: devuelve a esta persona a trabajar lo antes posible; pues claro, evidentemente, ¿qué es lo que pasa? La inmensa mayoría de médicas de Atención Primaria se quedan esos pacientes ¡y los asumen!; y los asume el Sistema Nacional de Salud y paga esas bajas para seguir cuidando la salud de esos pacientes en vez de llevarlos adonde técnicamente les corresponde y que lo pague quien lo tendría que pagar, que son las mutuas, precisamente para no generarles un daño. Porque resulta que todos sabemos que enviar estos pacientes a las mutuas es hacer un daño a su salud, y es hacerles un mal cuidado. Ahora, ¿cuál es el problema? Que ni el dueño de Mercadona, ni el dueño de Clece, ni el dueño de Ferrovial tienen los datos reales de cómo su sistema y cómo sus condiciones laborales están generando un daño a la salud mental de la población.

La Sra. **PRESIDENTA**: Tiene que terminar.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Entonces, ¿no cree que habría que abordar esto y que habría que dar una devolución a todos aquellos generadores de malas condiciones laborales...?

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

La Sra. **CARMONA OSORIO**: ¿... y que trituran la salud mental de sus trabajadores, y explicarles que son ellos los que tienen que cambiar estas condiciones, señora Quintana?

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL ASISTENCIAL** (Quintana Morgado): Pues mire, creo que lo que me solicita es supersuperconcreto, pero sí que es cierto que merece un análisis que me resulta interesante y lo podemos realizar.

Señoría, como he señalado, la salud mental y las condiciones de trabajo mantienen una relación que debemos abordar con rigor. Las condiciones laborales pueden influir en la salud mental, pero los trastornos mentales tienen habitualmente un origen multifactorial; no sería riguroso atribuir tampoco un diagnóstico a una única circunstancia, eso bien lo sabe usted, como tampoco podemos ignorar la influencia que puedan tener determinados riesgos psicosociales. Desde el ámbito sanitario, nuestra responsabilidad es garantizar la valoración clínica, proporcionar la atención adecuada y facilitar la continuidad asistencial según las necesidades de cada paciente y dentro del ámbito que le corresponda. Bien sabe usted que la prevención de riesgos laborales corresponde a los empleadores y a los servicios de organismos competentes en materia de seguridad y salud en el trabajo, y la atención sanitaria corresponde a los dispositivos asistenciales, dependiendo del origen del mismo. Así que, señorías, nuestra respuesta comprende atención clínica, seguimientos, rehabilitación y coordinación con los dispositivos responsables de la prevención y de la asistencia sanitaria. Y este es nuestro compromiso, porque seguiremos fortaleciendo la capacidad asistencial y trataremos de avanzar en una atención que contemple tanto la enfermedad como la recuperación funcional, la social y la laboral de las personas; porque el compromiso del Gobierno de la Comunidad es seguir trabajando en estos tres ámbitos: prevenir, atender a quienes enferman y facilitar su recuperación desde las competencias y los recursos que nuestro sistema sanitario dispone. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Finalizada la tramitación de esta iniciativa, pasamos al sexto punto del orden del día.

PCOC-2988/2026 RGEP.12755. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Raquel Barrero Alba, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué valoración hace el Gobierno de la Comunidad de Madrid sobre la situación actual del servicio de atención primaria en el consultorio local del municipio de Villalbilla?

Es la Pregunta de Contestación Oral 2988/26, a iniciativa de la señora Barrero Alba, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid. El objeto de la pregunta es la valoración que hace el Gobierno de la Comunidad de Madrid sobre la situación actual del servicio de Atención Primaria en el consultorio local del municipio de Villalbilla. Comparece para contestar en representación del Gobierno la señora directora general Asistencial, señora Quintana Morgado. Señora Barrero, tiene la palabra.

La Sra. **BARRERO ALBA**: Gracias, presidenta. Gracias, directora general. Mire, el municipio de Villalbilla ha pasado de tener 13.878 habitantes en el 2019 a más de 18.000 en el 2025, es decir, ha crecido un 35 por ciento en unos seis años. Entonces, este crecimiento obliga a preguntarnos si la planificación sanitaria que hace la Comunidad de Madrid se está adaptando realmente a las necesidades

de este municipio, y de ahí nuestra pregunta: ¿qué valoración hace sobre la situación actual del servicio de Atención Primaria en los consultorios locales de Villalbilla? Gracias.

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL ASISTENCIAL** (Quintana Morgado): Gracias, presidenta. Señoría, la Atención Primaria de la población de Villalbilla se organiza dentro de la zona básica de salud de Torres de la Alameda, que corresponde a seis municipios, y dispone de un centro de salud y ocho consultorios locales; una organización asistencial que permite compartir recursos y coordinar la atención entre los distintos dispositivos. El municipio de Villalbilla cuenta con tres consultorios locales: Villalbilla, Los Hueros y Zulema, y atiende conjuntamente a 15.625 personas con tarjeta sanitaria. En concreto, el consultorio local de Villalbilla tiene asignadas 4.983 personas, su plantilla está formada por tres médicos de familia, un pediatra, dos profesionales de enfermería y personal de apoyo. Actualmente dos de sus tres médicos de familia se encuentran en situación de IT de larga duración, lo que requiere medidas organizativas y de sustitución, plazas que serán cubiertas en las próximas semanas si todo va bien; entre tanto, prestan asistencia en distintas jornadas tres médicos de familia procedentes de otros centros de la Dirección Asistencial Este, además de otras medidas de reorganización para mantener la atención sanitaria durante todos los días laborables. El consultorio mantiene su horario de apertura, de 8 de la mañana a 9 horas de la noche, con atención de Enfermería y personal administrativo durante toda la jornada, y la asistencia médica de tarde se complementa desde los dispositivos de Torres de la Alameda y Los Hueros. En definitiva, estamos utilizando los recursos disponibles de la zona para dar respuesta a una situación de cobertura que afecta específicamente a este consultorio, mientras avanzamos en la incorporación de los profesionales que deben cubrir las plazas afectadas.

Por otro lado, estamos trabajando con el ayuntamiento para disponer de una parcela que permita abordar las necesidades de espacio del consultorio y adecuar sus instalaciones a la evolución de la población. Señoría, el compromiso del Gobierno de la Comunidad de Madrid es mantener la continuidad asistencial, recuperar la cobertura médica y seguir adecuando los recursos a las necesidades de los vecinos de Villalbilla; y ese compromiso se está traduciendo en actuaciones para nosotros concretas: apoyo asistencial desde estos centros, cobertura de las plazas afectadas y planificación de las necesidades futuras de instalaciones y recursos. Muchas gracias.

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

La Sra. **BARRERO ALBA**: Sí, muchas gracias por su respuesta, de la que he tomado buena nota. Efectivamente, me dice que tienen 15.000 tarjetas sanitarias, era un dato que me interesaba, porque los habitantes son 19.000 -15, me ha dicho-, y tres consultorios locales de traslado, aunque los habitantes de Villalbilla lo que quieren es un centro de salud; le voy a explicar lo que a mí me trasladan y en lo que considero que tienen gran parte de razón. Es cierto que dependen de Torres de la Alameda, el municipio de Torres tiene 7.800 habitantes y como centro básico atiende a varios municipios.

Quiero dejar una cosa clarísima de entrada, y es que desde Vox en ningún momento consideramos que tenga que eliminarse el centro de salud de Torres, ¡ni muchísimo menos!, ni por

supuesto, retirar ninguno de los servicios, porque conocemos que tiene unas necesidades y que conviene mejorar sus instalaciones, que datan creo que de 1990. Pero Torres es el punto de atención continuada y su población de referencia -como bien ha dicho- son varias poblaciones que tienen unos 29.000 habitantes, pero es que muchos de estos municipios, como puede ser por ejemplo Corpa o como puede ser Anchuelo, son poblaciones donde las personas que van al punto de atención continuada tienen que pasar por Villalbilla para ir a Torres, entonces, mantener esta distribución de zonas básicas de salud durante décadas no significa que no se pueda revisar atendiendo pues a que ha habido unos importantes cambios demográficos en los últimos años. Mejorar Torres nos lleva a la pregunta de por qué Villalbilla no podría contar también con un centro de salud -no digo quitar, sino revisar la organización actual-, primero, por un criterio técnico, es decir, ¿se ha estudiado por parte de la consejería? Sí, me ha dicho que tienen 14.000 tarjetas asignadas, pero la carga asistencial que tiene, la distancia que hay entre municipios, los problemas que hay de transporte, ese crecimiento de población..., ¿estos datos justificarían mantener la organización que tienen actualmente? En el convenio publicado por el Boletín Oficial, ustedes justifican el nuevo centro de Torres haciendo referencia a las previsiones de crecimiento urbanístico y poblacional, sin embargo, no recogen una evaluación comparativa del extraordinario crecimiento que ha sufrido Villalbilla, ¿no?

Después hay otro tema, que es el tema de las carencias de Villalbilla -que lo ha dicho usted-, es cierto que tienen un problema para cubrir las plazas de médico porque hay unas bajas de larga duración, lo que obliga a la población a desplazarse hacia otros municipios o incluso al hospital, ¿no?; y esto es bastante complicado, teniendo en cuenta que tampoco es que sean perfectas las infraestructuras: tienen muchos problemas para el transporte en autobús y no tienen atención presencial, por ejemplo, no tienen matrona, no tienen trabajo social sanitario en estos consultorios, ¿no? Hay muchas quejas, y usted lo sabe, por demoras en las citas y por esa falta de sustituciones; por tanto, ¿usted considera que en el momento actual son suficientes estas plantillas de tres médicos para las 15.000 cartillas que tienen?, ¿y se considera que la accesibilidad es fácil desde este municipio hacia Torres? Y ya, por último, solo quiero preguntarle que ustedes han comprometido 2.800.000 millones de euros para rehabilitar un antiguo colegio de Torres, pero ¿han estudiado la viabilidad técnica y económica de construir un centro de salud en Villalbilla manteniendo el de Torres? Puesto que, como bien ha dicho, el Ayuntamiento de Villalbilla les ha ofrecido terrenos y también su construcción. Gracias.

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL ASISTENCIAL** (Quintana Morgado): Gracias, presidenta. Señoría, en el consultorio local de Villalbilla, como ya le he dicho, tenemos dos profesionales de medicina de familia en situación de incapacidad temporal prolongada, es una circunstancia que afecta a la organización de la asistencia y que, naturalmente, requiere adoptar medidas para garantizar su continuidad. Los profesionales sanitarios, como cualquier trabajador, tienen derechos laborales que deben ser plenamente respetados, con independencia de las dificultades organizativas que puedan derivarse de su ejercicio; la responsabilidad de la Administración es compatibilizar esos derechos con la continuidad de la atención sanitaria en la medida de lo posible, y eso exige gestionar ausencias, organizar sustituciones y utilizar los recursos disponibles para reducir la repercusión sobre los pacientes.

En Villalbilla las dos coberturas están autorizadas, disponemos de profesionales dispuestos para su incorporación, y, mientras tanto, hemos organizado apoyos médicos desde otros centros de la zona; estamos utilizando los mecanismos de cobertura y reorganización asistencial disponibles para mantener la atención mientras se normaliza esta situación en la plantilla. Esta capacidad de respuesta se apoya en una organización territorial que permite compartir recursos entre los distintos consultorios y con el centro de salud de Torres de la Alameda. Además, la población dispone del Punto de Atención Continuada de Torres de la Alameda, que cuenta con sus doce plazas de profesionales cubiertas y que, en los últimos 30 días registrados, ha atendido 1.758 consultas de medicina y de enfermería. Ante las necesidades futuras del edificio, como bien le dije, se ha solicitado una nueva... -¡ah, bueno!, esto no se lo dije-, se ha solicitado una nueva plaza de enfermería, que me preguntaba usted por ello, y se ha contactado con el ayuntamiento para disponer del suelo que permita mejorar estas instalaciones asistenciales.

La responsabilidad de un sistema sanitario público consiste en identificar las dificultades y responder cuando se producen. En Villalbilla tenemos todos claro que tenemos una situación concreta de cobertura médica, la conocemos, hemos autorizado las sustituciones y estamos organizando los apoyos necesarios para mantener esta atención mientras se incorporan los profesionales. Y quiero reconocer expresamente el compromiso de los profesionales de Atención Primaria, que garantizan diariamente la asistencia y la continuidad de los cuidados. El Gobierno de la Comunidad de Madrid tiene un compromiso claro con Atención primaria y con los vecinos de Villalbilla, que es mantener su asistencia sanitaria, recuperar la cobertura de las plazas afectadas y adecuar los recursos a las necesidades de la población; y ese compromiso se traduce en las actuaciones concretas que le he comentado. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Finalizada la tramitación de la iniciativa, pasamos al séptimo punto del orden del día.

PCOC-3055/2026 RGEP.13433. Pregunta de Respuesta Oral en Comisión, a iniciativa de la Sra. D.ª Raquel Barrero Alba, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, al Gobierno, con el siguiente objeto: ¿Qué evaluación ha realizado el consejo de gobierno del impacto del crecimiento de la población residente en la Comunidad de Madrid sobre la planificación de los recursos del servicio madrileño de salud?

Es la Pregunta de Contestación Oral 3055/26, a iniciativa de la señora Barrero Alba, diputada del Grupo Parlamentario Vox en Madrid. El objeto de la pregunta es qué evaluación ha realizado el Consejo de Gobierno del impacto del crecimiento de la población residente en la Comunidad de Madrid sobre la planificación de los recursos del servicio madrileño de salud. Comparece para contestar en representación del Gobierno la señora directora general Asistencial, señora Quintana Morgado. Señora Barrero, tiene la palabra para formularla.

La Sra. **BARRERO ALBA**: Pues gracias nuevamente. Bien, nuestra pregunta parte de una realidad evidente: Madrid atiende cada año a más población, un incremento que no va paralelo al número de médicos, consultas, pruebas diagnósticas y camas hospitalarias, que consideramos que no aumentan al mismo ritmo. En enero del 2021, la Comunidad de Madrid tenía 6.700.000 habitantes más o menos, algo más, y en enero del 2025, unos 120.000 habitantes; es decir, 387.000 residentes más en cuatro años, con un aumento de un 5,8 por ciento y, simplemente en el último año, se incorporaron 104.000 personas.

Mire, esto lo decimos nosotros -creo que solo lo decimos nosotros-, somos muy conscientes de la responsabilidad política directa del Gobierno central, ¡que ustedes no deberían de ocultar!, aunque nosotros somos los únicos que venimos advirtiendo esto desde hace tiempo; ¡pero se ha dado un paso más!, se ha dado un paso más, se decide la entrada y permanencia en España de personas en situación irregular, que posteriormente se regulan masivamente, y eso amplía el acceso ¡a todos los servicios públicos! Ustedes nos han dicho que el Gobierno no aporta a las comunidades la financiación necesaria para atender la demanda derivada de estas decisiones; las decisiones las tomará Sánchez, pero las consultas médicas saturadas las soportan los madrileños; la propaganda la hará el Gobierno central, pero la sobrecarga asistencial la soportan los profesionales del Sermas, y las listas de espera, los pacientes.

Un paso más fue el Real Decreto 180/2026, que desarrolla el acceso de la asistencia sanitaria con fondos públicos a extranjeros sin residencia facilitando el acceso administrativo, lo cual hace que sea todavía más el aumento de la población atendida. De esto se necesita saber el impacto, calcular cuántas consultas, cuántas pruebas, cuántos tratamientos, cuántos recursos en general adicionales se necesitan; y de ahí nuestra pregunta: ¿Qué evaluación ha realizado sobre el impacto del crecimiento de esta población residente en la Comunidad de Madrid?, habida cuenta que, según datos del INE, el 94 por ciento de los residentes nuevos en la Comunidad de Madrid son personas de nacionalidad extranjera. Gracias.

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL ASISTENCIAL** (Quintana Morgado): Gracias presidenta. Señoría, la Comunidad de Madrid ha experimentado un crecimiento sostenido de su población durante los últimos años, acompañado de cambios en su distribución territorial, su estructura de edades y sus necesidades sanitarias; actualmente, supera los 7,19 millones de habitantes y las proyecciones apuntan a que podría superar los 8 millones en los próximos 15 años. Este crecimiento se concentra especialmente en nuevos desarrollos urbanos y en municipios en expansión, mientras que el envejecimiento y las enfermedades crónicas generan otras necesidades distintas; por eso, la planificación del Servicio Madrileño de Salud no se basa únicamente en el número de habitantes, sino en las necesidades sanitarias de la población que debemos atender; analizamos la evolución de la población protegida, su distribución territorial, la edad, la carga de enfermedad, la actividad asistencial, la accesibilidad y la capacidad de nuestros centros; esta información se incorpora a la planificación del Sermas, al presupuesto, las plantillas, las infraestructuras y al seguimiento de la actividad y de los

tiempos de respuesta; se trata, por tanto, de una evaluación continua que nos permite identificar necesidades y orientar las decisiones.

En Atención Primaria contamos con 265 centros de salud y 163 consultorios locales, en 2025 se realizaron más de 51 millones de consultas, un 4,2 por ciento más que en 2023, y seguimos ampliando infraestructuras e incorporando nuevas capacidades diagnósticas y asistenciales. En atención hospitalaria, la planificación tiene en cuenta la evolución de la demanda, la renovación de infraestructuras y el desarrollo de alternativas a la hospitalización convencional, como la cirugía ambulatoria, los hospitales de día o la atención domiciliaria. En esta línea, el Hospital Madrid 360 permite avanzar en nuevas formas de atención y ampliar progresivamente la asistencia hospitalaria en domicilio, bajo la responsabilidad de los equipos hospitalarios; y en el Summa 112, el análisis de la actividad y del envejecimiento permite identificar cambios en la demanda de urgencias y emergencias y orientar la planificación de los recursos móviles. Por tanto, señoría, el crecimiento demográfico es una variable esencial de nuestra planificación sanitaria, y nuestra responsabilidad es seguir adaptando el Servicio Madrileño de Salud a las necesidades de la población, adecuando los recursos existentes y desarrollando nuevas capacidades asistenciales. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchas gracias. Señora Barrero, tiene la palabra de nuevo.

La Sra. **BARRERO ALBA**: Sí, gracias. Por supuesto, son variables importantísimas. Lo que sí es cierto es que se aumenta el número de población y su cobertura mediante un decreto, pero no se pueden fabricar médicos por decreto; nosotros lo llevamos diciendo muchísimo tiempo: ningún sistema sanitario tiene una capacidad infinita y, por más que se presupueste, pues al final siempre va a haber problemas, si se aumenta la demanda sin aumentar de manera equivalente la capacidad asistencial, aparecen la sobrecarga, la demora y las listas de espera. Y lo que queremos saber realmente es, detrás de esta lista de espera, qué es exactamente lo que está ocurriendo; si tenemos que hacer caso a lo que nos dice el ministerio, que es que los españoles, como somos más viejos, estamos muy enfermos y/o si es que hay que atender a una población adicional. Porque la sanidad pública no cae del cielo, la sostienen con los impuestos los españoles, ¡los españoles y los no españoles!, ¡los que están trabajando, cotizando y cumplen!

Y un Gobierno que sea irresponsable no puede cargar sobre todo a estas personas que trabajan, cotizan y cumplen, pues todo el coste de una política migratoria, y que después tengan que aceptar más saturación, más demora y peor asistencia. Por supuesto, ¡las urgencias siempre garantizadas!, de eso no hay ninguna duda, pero otra cosa es obligar a aceptar un modelo sin control, sin límites conocidos y sin financiación; por eso hemos pedido muchas veces a la consejería una evaluación concreta, y nos han dado muchas veces, y casi siempre, largas. Queremos saber si han calculado el aumento de esta demanda sanitaria y si se relaciona con el crecimiento de la población procedente del exterior; si han cuantificado el impacto de las personas sin residencia legal que acceden a la asistencia a cargo de los fondos públicos, en qué centros, qué niveles asistenciales, ¿sabemos el número de documentos sanitarios reconocidos al amparo del acta normativa, su coste asistencial? Eso es fundamentalmente lo que nos gustaría saber. Gracias.

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

La Sra. **DIRECTORA GENERAL ASISTENCIAL** (Quintana Morgado): Gracias, presidenta. Señoría, la planificación sanitaria debe evaluarse por su capacidad para identificar necesidades y traducirlas en decisiones concretas; por eso, analizamos conjuntamente la población, la actividad asistencial, la accesibilidad y los recursos disponibles, esta información permite conocer dónde se concentran el crecimiento, qué necesidades están aumentando y qué actuaciones debemos priorizar. En Atención Primaria, el aumento de la población se acompaña de nuevas infraestructuras, equipamiento diagnóstico y medidas dirigidas a favorecer la incorporación y la permanencia de sus profesionales; en atención hospitalaria, actuamos tanto sobre las infraestructuras como sobre nuevas formas de prestar asistencia, potenciando la cirugía ambulatoria, los hospitales de día y la atención domiciliaria; y en el Summa 112, el análisis de la actividad nos permite detectar cambios en la demanda y orientar la distribución y la dotación de los recursos. Por tanto, disponemos de información e instrumentos de evaluación que se trasladan a las decisiones de planificación y de gestión.

Por otro lado, la llegada de personas procedentes de otras comunidades autónomas y de otros países forma parte también de nuestros análisis poblacionales; desde el punto de vista asistencial lo fundamental es conocer las necesidades sanitarias de la población, su distribución territorial y la utilización de los recursos sanitarios. Por eso, nuestra planificación no se limita a contabilizar nuevos residentes, sino que analizamos también la edad, la cronicidad, la morbilidad, la población protegida y la evolución de la demanda. Una población joven no genera las mismas necesidades sanitarias que una población envejecida, eso bien lo sabe usted. La atención Maternoinfantil, la Pediatría o la Medicina de familia presentan patrones diferentes de los asociados a la pluripatología, la dependencia o la atención domiciliaria. Por tanto, no sería riguroso atribuir las necesidades asistenciales a una causa única demográfica, sin tener en cuenta el conjunto de factores que determinan la utilización de los servicios. En la Comunidad de Madrid estamos trabajando en todos estos ámbitos, utilizando información demográfica y asistencial para orientar nuestras decisiones y adaptar progresivamente los recursos; y no se trata solo de disponer de más recursos, sino de desarrollar nuevas formas de prestar asistencia que respondan a la evolución de las necesidades de la población. El compromiso del Gobierno regional es mantener esa capacidad de evaluación, planificación y adaptación del Servicio Madrileño de Salud, porque nuestra responsabilidad es tomar decisiones fundamentadas en las necesidades sanitarias de los madrileños y en la evolución real de nuestro sistema asistencial. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Finalizada la tramitación de la iniciativa, pasamos al octavo punto del orden del día.

PCOC-3511/2026 RGEP.16398. 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: ¿Trabaja la Comunidad de Madrid para poner fin a las guardias médicas de 24 horas en nuestra región?

Es la Pregunta de Contestación Oral a iniciativa del señor Moreno Vinués, diputado del Grupo Parlamentario Socialista; es la Pregunta 3511/26, el objeto es si trabaja la Comunidad de Madrid para poner fin a las guardias médicas de 24 horas en nuestra región. Comparece para contestar en representación del Gobierno el señor director general de Recursos Humanos y Relaciones Laborales, don Miguel Ángel Rodríguez Roiloa, a quien ruego que se incorpore a la mesa. *(Pausa.)* Buenas tardes, señor director general. Señor Moreno, tiene la palabra.

El Sr. **MORENO VINUÉS**: Buenas tardes, señor director general. Hoy le pregunto por el trabajo que pueda estar llevando a cabo la Consejería de Sanidad para poner fin a la obligatoriedad de las guardias de 24 horas en el Servicio Madrileño de Salud. Y es que para el Grupo Socialista hay una cuestión fundamental para garantizar la sostenibilidad de nuestra sanidad pública, y son las condiciones laborales que ofrecemos a nuestros profesionales sanitarios, entre otras cosas porque de ellas depende también la seguridad de nuestros pacientes, ¿no? Entonces, yo le quería instar a que no se escondan ustedes más, la responsabilidad de mejorar las condiciones laborales a nuestros profesionales recae fundamentalmente en el Gobierno de la Comunidad de Madrid. No esperen a nuevos marcos estatales que les obliguen, ustedes tienen competencias plenas para hacerlo, y le rogaría que lo empezaran a hacer.

Mire, yo hoy le voy a reconocer la complejidad, ¡no la imposibilidad!, la complejidad, desde un punto de vista organizativo, de poner fin a la obligatoriedad de las guardias de 24 horas; pero cualquier problema complejo de gestionar requiere sinceridad y, sin embargo, lo que ha ofrecido la consejera de Sanidad hasta la fecha, en este punto, son elevadas dosis de cinismo y un interés superior por encima de todos: el de sacar tajada electoral del malestar médico por la penosidad de sus guardias y por la falta de descanso suficiente entre turnos. Mientras en público la consejera azuzaba a los facultativos contra el Ministerio de Sanidad por un Estatuto Marco que no atendía todas sus reivindicaciones, en privado remitía alegaciones al Estatuto en las que se instaba a eliminar, ¡a eliminar!, una de las principales mejoras que introducía el texto: el límite de 17 horas que se introducía para una guardia médica. Concretamente, su consejería introducía estas alegaciones respecto a limitar la guardia a 17 horas, entre comillas: "Es una medida que supone un efecto de proporciones inimaginables sobre la prestación asistencial actual, por lo que se debe eliminar y mantener la regulación de las guardias de 24 horas, permitiendo a los servicios de salud continuar utilizándolas como instrumento de atención continuada cuando las necesidades lo requieran". Es decir, mientras el Partido Popular pedía la dimisión de la ministra por no acordar el Estatuto Marco con los representantes de los médicos, varias comunidades del PP pedían a través de sus alegaciones no aplicar ni siquiera una de las mejoras más evidentes que Sanidad sí había plasmado en ese texto, que era la de limitar las guardias a 17 horas. ¡El Partido Popular en estado puro!, vaya.

Por si todavía hay compañeros que lo desconocen, o compañeros facultativos, esta es la posición de la Comunidad de Madrid: contraria a abolir por ley en un futuro Estatuto las guardias de 24 horas, limitándose ustedes a la promesa de trabajar para acabar algún día con su obligatoriedad. La pregunta es muy sencilla, señor director general: ¿Cuántas veces más tiene que anunciar la señora Ayuso que quiere acabar con la obligatoriedad de estas guardias de 24 horas antes de empezar a hacer

algo de verdad? En enero del 26, durante una mesa sectorial de Sanidad, plantearon ustedes la creación de un grupo de trabajo de profesionales, representantes sindicales, para estudiar alternativas organizativas a las guardias de 24 horas, ¿cuántas veces se ha reunido ese grupo de 2026? Me temo que cero. ¿Qué calendario vinculante manejan ustedes de encuentros y qué previsión de fecha hay para que sea posible poner fin a esa obligatoriedad? No hay nada publicado al respecto. ¿Qué modelo de turnos alternativo está valorando para que sea posible implementar la voluntariedad de la jornada complementaria de guardias? ¿Han aprobado ya algún proyecto piloto en algún hospital en concreto, o algún servicio con guardias especialmente penosas? ¿Están reforzando ya las plantillas, señor director, para que esto alguna vez sea posible en la Comunidad de Madrid? Yo es que sinceramente creo que no están haciendo nada, señor director, es que ha pasado ya un año desde que lo prometieron, y la consejería no ofrece ninguna garantía de que esté trabajando de verdad en poner fin a la obligatoriedad de las guardias de 24 horas en la Comunidad de Madrid; y ese es otro de los motivos por los que le convocan los facultativos una huelga a nivel autonómico. Ahora que se había aplazado la huelga a nivel estatal, resulta que se ganan ustedes a pulso una huelga autonómica por la dejadez de la consejería a la hora de implementar mejoras.

Señorías del PP, no basta con decir que se quiere acabar con la obligatoriedad de las guardias de 24 horas, tienen ustedes mayoría absoluta en la Comunidad de Madrid y representantes institucionales con competencias para implementar nuevos modelos organizativos que lo hagan posible, ¿a qué están esperando? Tienen que empezar a explicar cómo piensan hacerlo, qué calendario manejan y con qué recursos adicionales van a hacerlo factible; tienen que reforzar las plantillas con más profesionales, y hacerlo con decisión y celeridad. Por todo ello, le pido, señor director general, que haga público el estado real de ese grupo de trabajo anunciado en enero: con las reuniones celebradas, las propuestas estudiadas, las conclusiones alcanzadas, y que acompañe ese calendario para acabar con la obligatoriedad de las guardias de 24 horas con una financiación extra que permita implementar un plan de refuerzo de recursos humanos para que se aplique la voluntariedad de las guardias sin deteriorar la atención sanitaria a nuestros pacientes ni trasladar la carga de trabajo a otros profesionales. Mire, yo no le pido que improvise una reforma, porque yo entiendo que es necesaria una transición gradual, y estudios sobre el impacto económico y organizativo; le pido que demuestre hoy aquí voluntad de cumplir con sus compromisos adquiridos, y que no nos ocurra como con las 37,5 horas, o las décadas que llevamos los facultativos de Madrid con la hora de guardia peor pagada de toda España, que por una vez, ¡por una vez!, la Comunidad de Madrid no sea la última en implementar mejoras en las condiciones laborales de nuestros trabajadores.

Yo creo que los médicos madrileños no necesitan más promesas y anuncios, necesitan hechos y necesitan fechas, un calendario orientativo que nos convenza de que las guardias de 24 horas van a dejar de ser obligatorias algún día en la sanidad pública madrileña. Por lo tanto, le insto a que nos aclare públicamente hoy aspectos esenciales: qué hospitales y qué especialidades van a implementar los proyectos piloto, qué jornada sustituirán a las guardias de 24 horas y cómo se cubrirán los servicios, qué cambios de plantilla y presupuesto han reclutado ustedes y cuándo podrán los médicos, en definitiva, dejar de estar obligados a realizar guardias de 24 horas en la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Gracias, señoría. Señor director general, tiene la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y RELACIONES LABORALES** (Rodríguez Roiloa): Buenas tardes. Muchas gracias, señora presidenta, señorías. Señoría, pues efectivamente le puedo afirmar que la Comunidad de Madrid está trabajando para avanzar hacia un modelo en el que las guardias de 24 horas puedan dejar de ser obligatorias, atendiendo precisamente a las nuevas demandas de los profesionales, a la necesidad de seguir mejorando la organización del trabajo y la conciliación laboral de los facultativos del Servicio Madrileño de Salud. Ahora bien, conviene precisar que no estamos planteando la supresión general de las guardias de 24 horas, de lo que estamos hablando es de evolucionar hacia un sistema más flexible, en el que aquellos profesionales que quieran seguir realizándolas puedan hacerlo de manera voluntaria, siempre con las debidas garantías de seguridad y salud laboral. Las guardias constituyen una jornada complementaria regulada -como usted sabe- por una normativa estatal, y son un instrumento esencial para garantizar la continuidad asistencial; por ello, cualquier modificación se debe abordar con planificación, con rigor y con pleno conocimiento de sus consecuencias sobre la organización de los centros, la disponibilidad de profesionales y la atención de los pacientes; con este objetivo, el Sermas constituyó, efectivamente, un grupo de trabajo integrado por médicos de distintas especialidades y centros hospitalarios, junto con representantes de las direcciones asistenciales y de recursos humanos. No queremos imponer desde la Administración un único modelo, queremos escuchar a los profesionales, conocer las necesidades de cada servicio y estudiar alternativas organizativas que permitan reducir la duración de las guardias sin pérdida retributiva y garantizando siempre la continuidad y la seguridad asistencial.

El actual modelo no responde a una decisión, como le estaba comentando, de la Comunidad de Madrid; la jornada ordinaria y la jornada complementaria están reguladas en la Ley 55/2003, del Estatuto Marco, también sobre normativa europea, y por las correspondientes instrucciones del Sermas, por lo tanto, no existe una obligación inmediata de eliminar con carácter general las guardias de 24 horas, pero sí existe una gran sensibilidad por ese tema y una voluntad clara de estudiar su evolución y responder a los nuevos planteamientos de los profesionales. Para ello, se constituyó el grupo que le he comentado: el grupo de trabajo específico; y le voy a dar las fechas: se ha reunido el 24 de febrero, el 10 de marzo, el 6 de mayo, el 22 de julio, y la última reunión ha sido el pasado 7 de octubre del 26. En este grupo participan profesionales médicos y responsables de servicios médicos de varios centros hospitalarios, precisamente porque entendemos que una transformación de esta naturaleza no debe diseñarse únicamente desde la Administración, sino con el conocimiento y la experiencia de quienes realizan realmente las guardias, usted es médico y lo sabe. El grupo está analizando la situación de partida, la distribución de la jornada ordinaria complementaria, así como distintas alternativas organizativas que permitan una menor dedicación horaria continuada sin pérdida retributiva. Y lo hacemos además teniendo en cuenta, primero, que no todos los hospitales ni todos los servicios médicos presentan la misma realidad; la organización de las guardias en urgencias o en cuidados intensivos no es necesariamente trasladable a otros servicios centrales, o a las áreas quirúrgicas, médicas o maternoinfantiles, por eso queremos conocer las propuestas de nuestros profesionales, de los distintos servicios, y comprobar qué alternativas cuentan con respaldo suficiente. A partir de esos trabajos se van a poner en marcha -precisamente lo ha comentado también usted- dos experiencias piloto en dos

hospitales -aún no las hemos comenzado, seguramente antes de final de año, y seguramente serán en La Paz y en el Sureste, para su información-; estas piloto permitirán evaluar previamente los efectos sobre la organización y la actividad esencial y las necesidades de la plantilla para esas mejoras de las condiciones laborales.

La prudencia en este asunto no significa necesariamente inmovilismo, significa actuar con responsabilidad; de hecho, hemos demostrado en varias ocasiones nuestra capacidad para acordar mejoras organizativas, sin ir más lejos, el pasado mes de febrero del 26 alcanzamos un pacto por unanimidad en mesa sectorial para implantar los turnos de 12 horas en unidades hospitalarias con trabajo a turnos, ¡que está siendo un éxito!, porque llevamos... -no sé el número ahora mismo-, pero llevamos muchas unidades que están trabajando 12 horas. En definitiva, señoría, trabajamos para avanzar hacia un modelo en el que las guardias de 24 horas no sean obligatorias, pero que puedan seguir realizándolas voluntariamente quienes así lo deseen; y lo haremos siempre mediante una transición planificada, técnicamente viable, escuchando a los profesionales y garantizando en todo momento la continuidad asistencial. Así que muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor director general. Hemos finalizado esta iniciativa. Por lo tanto, hemos finalizado todas las iniciativas de hoy. Así que pasamos al último punto del orden del día, que son ruegos y preguntas. Gracias, señor director general.

——— RUEGOS Y PREGUNTAS. ———

¿Algún ruego?, ¿alguna pregunta? *(Pausa.)* Bien, pues, antes de levantar la sesión, simplemente recordarles que la próxima Mesa y Portavoces será el día 10, que es martes, porque, como saben, hay dos lunes festivos; de todas maneras, se lo recordaré, como siempre, el mismo día por la mañana. Muchas gracias. Se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 17 horas y 28 minutos).

DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA

SERVICIO DE PUBLICACIONES

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

Web: www.asambleamadrid.es

e-mail: publicaciones@asambleamadrid.es



Depósito legal: M. 19.464-1983 - ISSN 2660-8219

Asamblea de Madrid