

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid



Número 202

3 de mayo de 2016

X Legislatura

COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

Ilma. Sra. D.^a Regina María Plañiol Lacalle

Sesión celebrada el martes 3 de mayo de 2016

ORDEN DEL DÍA

1.- C-366/2016 RGEF.3036. Comparecencia del Sr. Dr. D. Pedro de Castro, Facultativo Especialista de Neuropediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Coordinador del grupo de trabajo sobre ICTUS pediátrico de la Comunidad de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre la necesidad de un código ICTUS infantil. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

2.- PCOC-123/2016 RGEF.527. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre los planes del Gobierno para implantar la CIE-10 en el Servicio Madrileño de Salud.

3.- Comparecencias con tramitación acumulada:

C-358/2016 RGEP.3001. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre los planes de su Consejería en relación con la dotación de camas de media y larga estancia en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

C-362/2016 RGEP.3017. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre los planes del Gobierno en relación a las necesidades y dotación de camas de pacientes "no-agudos" en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

4.- PNL-74/2016 RGEP.3259. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, con el siguiente objeto: se insta a la Consejería de Sanidad a: 1.- Realizar un programa de ictus pediátrico que, en analogía con el Código Íctus, regule y protocolice este proceso asistencial en su ámbito extrahospitalario, usando códigos similares a los que ya existen en el ictus de adultos, adecuados a su edad, conectando los sistemas de emergencia con el Hospital e intrahospitalario poniendo en funcionamiento también códigos específicos y un equipo de facultativos que priorice al paciente con ictus y poniendo en marcha actuaciones y procedimientos prefijados. 2.- Que el programa coordine a los especialistas en Urgencias Extrahospitalarias, Pediatría de Primaria, Urgencias Pediátricas, Neuropediatría, Neurología y Radiología Intervencionista, planificando la asistencia de modo que se aprovechen los recursos existentes en los Hospitales de la red sanitaria pública que participan en el Código ICTUS.

5.- Ruegos y preguntas.**SUMARIO**

	Página
- Se abre la sesión a las 16 horas y 7 minutos.	11381
— Modificación del orden del día: tramitación en primer lugar del punto tercero, C-358/2016 RGEP.3001 y C-362/2016 RGEP.3017 en tramitación acumulada.	11381

Comparecencias con tramitación acumulada:

— **C-358/2016 RGEP.3001. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre los planes de su Consejería en relación con la dotación de camas de media y larga estancia en la Comunidad de Madrid. (Por vía del**

artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).	11381
— C-362/2016 RGEF.3017. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre los planes del Gobierno en relación a las necesidades y dotación de camas de pacientes "no-agudos" en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).	11381
- Intervienen el Sr. Álvarez Cabo y el Sr. Freire Campo exponiendo los motivos de petición de las comparecencias.....	11381-11383
- Exposición del Sr. Consejero de Sanidad.	11383-11387
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Álvarez Cabo, la Sra. San José Pérez, el Sr. Freire Campo y el Sr. Sanjuanbenito Bonal.....	11387-11395
- Interviene el Sr. Consejero dando respuesta a los señores portavoces.....	11396-11399
— C-366/2016 RGEF.3036. Comparecencia del Sr. Dr. D. Pedro de Castro, Facultativo Especialista de Neuropediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Coordinador del grupo de trabajo sobre ICTUS pediátrico de la Comunidad de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre la necesidad de un código ICTUS infantil. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).	11399
- Exposición del Sr. Facultativo Especialista de Neuropediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Coordinador del Grupo de Trabajo sobre Ictus Pediátrico de la Comunidad de Madrid.....	11400-11404
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Álvarez Cabo, la Sra. García Gómez, el Sr. Freire Campo y el Sr. Sanjuanbenito Bonal.....	11405-11408
- Interviene el Sr. Facultativo Especialista dando respuesta a los señores portavoces. .	11408-11409
— PCOC-123/2016 RGEF.527. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre los planes del Gobierno para implantar la CIE-10 en el Servicio Madrileño de Salud.	11410
- Interviene el Sr. Freire Campo formulando la pregunta.....	11410
- Interviene el Sr. Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria	

respondiendo la pregunta.	11410-11411
- Intervienen el Sr. Freire Campo y el Sr. Director General ampliando información.	11411-11413
- Se suspende la sesión a las 18 horas y 9 minutos.....	11413
- Se reanuda la sesión a las 18 horas y 31 minutos.....	11413
— PNL-74/2016 RGEF.3259. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, con el siguiente objeto: se insta a la Consejería de Sanidad a: 1.- Realizar un programa de ictus pediátrico que, en analogía con el Código Íctus, regule y protocolice este proceso asistencial en su ámbito extrahospitalario, usando códigos similares a los que ya existen en el ictus de adultos, adecuados a su edad, conectando los sistemas de emergencia con el Hospital e intrahospitalario poniendo en funcionamiento también códigos específicos y un equipo de facultativos que priorice al paciente con ictus y poniendo en marcha actuaciones y procedimientos prefijados. 2.- Que el programa coordine a los especialistas en Urgencias Extrahospitalarias, Pediatría de Primaria, Urgencias Pediátricas, Neuropediatría, Neurología y Radiología Intervencionista, planificando la asistencia de modo que se aprovechen los recursos existentes en los Hospitales de la red sanitaria pública que participan en el Código ICTUS.	11414
- Interviene el Sr. Freire Campo comunicando las sustituciones en su Grupo.....	11414
- Interviene la Sra. García Gómez en defensa de la proposición no de ley.	11414-11416
- Intervienen, en relación con la enmienda transaccional, el Sr. Álvarez Cabo, el Sr. Freire Campo y el Sr. Sanjuanbenito Bonal.....	11416-11418
- Votación y aprobación de la proposición no de ley.	11418-11419
— Ruegos y preguntas.	11419
- Interviene el Sr. Freire Campo formulando un ruego.	11419
- Se levanta la sesión a las 18 horas y 49 minutos.	11419

(Se abre la sesión a las dieciséis horas y siete minutos).

La Sra. **PRESIDENTA**: Buenos días, señorías. Comenzamos la sesión de la Comisión de Sanidad correspondiente al día 3 de mayo con una propuesta de alteración del orden del día, de manera que la comparecencia que estaba prevista en el tercer punto del orden del día pase al primer lugar. ¿Están todos ustedes de acuerdo? *(Asentimiento.)* Por asentimiento, alteramos el orden del día y, por tanto, pasamos al primer punto.

Comparecencias con tramitación acumulada:

C-358/2016 RGE.3001. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, al objeto de informar sobre los planes de su Consejería en relación con la dotación de camas de media y larga estancia en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

C-362/2016 RGE.3017. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre los planes del Gobierno en relación a las necesidades y dotación de camas de pacientes "no-agudos" en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 209 del Reglamento de la Asamblea).

Pido al señor Consejero de Sanidad, don Jesús Sánchez Martos, que nos acompañe en el estrado. *(Pausa.)* Aprovecho para dar la bienvenida una vez más al señor Consejero a esta Comisión; muchas gracias por estar aquí. En primer lugar, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, don Daniel Álvarez Cabo, para que introduzca la comparecencia, por un tiempo máximo de cinco minutos.

El Sr. **ÁLVAREZ CABO**: Buenas tardes. Muchas gracias, señor Presidenta. Señor Consejero, bienvenido de nuevo a la Comisión. Nosotros hemos planteado esta cuestión porque el perfil demográfico de los pacientes atendidos en los hospitales de la Comunidad de Madrid -y esto es común en toda España- está cambiando: está habiendo un aumento progresivo de la esperanza de vida, un envejecimiento, que hace que cada vez más la demanda a la que tiene que hacer frente el sistema sanitario se concentre en patologías crónicas. Y, en relación con atención en hospitalización, los pacientes, cada vez con mayor frecuencia, después de un periodo inicial de atención en hospitales de agudos, precisan ser atendidos en centros de media o larga estancia, en centros en los que se les presta una serie de cuidados durante un tiempo más prolongado, después de esa fase aguda. Está claro que los centros hospitalarios de media y larga estancia que tienen recursos y cuidados específicos, dotaciones de plantilla diferentes y también -por qué no mencionarlo- costes de asistencia diferentes, son, en muchos casos, el lugar en el que mejor se puede atender a estos pacientes; por tanto, creemos que es un recurso sanitario que va a experimentar una demanda creciente en los próximos años y, por supuesto, en esta Legislatura, y creíamos necesario, desde el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, ponerlo en la agenda política, en la agenda sanitaria para esta

Legislatura. La pregunta que nos hicimos desde Ciudadanos es la siguiente: esto que está en nuestra agenda, ¿está también en la agenda de la Consejería? Entiendo que, sobre el papel, sí; pero hay una serie de indicios, de detalles o de informaciones, que nos han hecho dudar, y quiero sustentar estas afirmaciones en algo que es bastante incontrovertible como el Diario de Sesiones.

Tuvimos ocasión el 21 de octubre de escuchar por primera vez al señor Consejero, en esta Comisión, en esa primera comparecencia en la que explicó las líneas generales de la política de la Consejería, mencionar de forma expresa, en relación con estas personas de las que estoy hablando, que era importante para la Consejería la atención a pacientes crónicos, alineándose con la estrategia nacional del Sistema Nacional de Salud, la gestión compartida de procesos asistenciales y la continuidad asistencial, pero ni en la primera intervención ni en el turno de réplica después de las intervenciones de los portavoces mencionó usted, señor Consejero, las camas de media o larga estancia.

Dos días más tarde celebramos otra Comisión de Sanidad y compareció el Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, el doctor Pascual, aquí presente, que también abundó en la atención a crónicos, en la integración asistencial, y recalcó la necesidad de introducir cambios y modificaciones en la organización del sistema sanitario madrileño, lo que nos gustó, nos sonó bien, pero en relación con las camas de media y larga estancia, su única mención fue en el turno de réplica en respuesta a mi intervención. Puse de manifiesto la necesidad de dedicar recursos a esta cuestión y puse sobre la mesa, como posible idea, la utilización del antiguo hospital Puerta de Hierro -en aquel entonces, octubre de 2015, cerrado, como sigue estando ahora- para que a lo largo de la Legislatura se acondicionase para atender a estos pacientes. Es obvio que mi sugerencia cayó en saco roto, porque el 1 de diciembre, el Viceconsejero, el señor Molina, puso este inmueble a disposición de la Consejería de Economía, Empleo y Hacienda, a través de la Dirección General que se encarga del patrimonio, con el fin de que le dieran el uso que consideraran oportuno, incluso la propia reversión a la Tesorería General de la Seguridad Social, que es la propietaria. Es más, cuando nos explicó esto, el 15 de marzo, llegó a insistir -y he traído aquí una mención literal- en que, a día de hoy, se ha concluido que las necesidades de camas de media y larga estancia se encuentran plenamente cubiertas por los dispositivos sanitarios ya existentes. Por tanto, parece que por parte de la Consejería no hay un propósito -no estamos planteando algo con carácter inmediato sino con una visión a medio plazo- de incrementar recursos en esta Legislatura.

Creo que hay que zanjar esta cuestión. Usted tiene que darnos explicaciones y centrar el asunto. Recuerdo brevemente, en los 45 segundos de que dispongo, que ahora mismo, de las 12.577 camas funcionantes de promedio -según la memoria del Sermas de 2015, ese ha sido el promedio de camas-, apenas 503 están en centros públicos de media y larga estancia: Guadarrama, Fuenfría y Virgen de la Poveda. Es verdad que hay hospitales generales de agudos, como La Paz, que dispone del hospital de Cantoblanco, que tiene camas parcialmente dedicadas a pacientes de este perfil, o el hospital Gregorio Marañón, que cuenta con el Instituto Provincial de Rehabilitación, que tiene una unidad de convalecencia, unidad de ortogeriatría, con pacientes que podríamos asimilar a la media estancia o a la fase postaguda, pero, claro, esto nos parece insuficiente. Se ha sacado recientemente

–termino ya- un concurso de cuidados continuados, una licitación en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, el 15 de abril, con 448 camas adicionales. Por tanto, es público y manifiesto que hay y va a haber necesidad de camas de media y larga estancia y creemos que va a crecer, y estaríamos encantados de escuchar sus planes al respecto, señor Consejero. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Álvarez Cabo. Es el turno, a continuación, del señor Freire, portavoz del Grupo Socialista, por tiempo máximo de cinco minutos, para hacer la introducción de esta comparecencia.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señora Presidenta. Señor Consejero de Sanidad, sea bienvenido a la Comisión; ojalá venga usted muchas más veces a lo largo de la Legislatura.

Mi Grupo presenta una petición de comparecencia para que el Gobierno nos informe de sus planes en relación con las necesidades y la dotación de camas de pacientes crónicos o, si quieren, no agudos. Los argumentos por los cuales la pedimos los acaba de resumir el portavoz de Ciudadanos y, por no repetir, únicamente quiero señalar que, según las memorias del Sermas, en el año 2015 se produjeron 235.134 estancias en hospitales concertados de cuidados continuados; en el 2013 fueron 288.000. Recientemente acaban ustedes de publicar el expediente de hospitalización de contratos prolongados por los cuales se adjudica un contrato a la clínica Sear, a la Asociación Venerable Orden Tercera, al hospital Beata María Ana de Jesús -fundación e instituto-, por un valor aproximado de 3 millones, y acaban de publicar una resolución con un presupuesto de 85 millones de euros, aunque el contrato total es de doscientos y pico millones de euros, para la hospitalización de cuidados prolongados. La cuestión es que, además, usted, señor Consejero, se ha comprometido a que ningún paciente esté en urgencias esperando a ser ingresado más de 24 horas –polémica decisión-, pero usted sabe perfectamente que hay muchos pacientes hospitalizados en hospitales de agudos que no requerirían este tipo de centro para ser atendidos y que, si queremos no solamente mejorar la atención a los pacientes sino hacer más eficientes nuestros hospitales de agudos, debemos disponer de camas de media y larga estancia. Para que nos diga cuáles son los planes de la Consejería a este respecto, pedimos su comparecencia; esto es todo. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Freire. A continuación tiene la palabra el Consejero de Sanidad, don Jesús Sánchez Martos, por tiempo máximo de quince minutos, para complimentar esta comparecencia.

El Sr. **CONSEJERO DE SANIDAD** (Sánchez Martos): Muchas gracias, señora Presidenta. Buenas tardes a todos. Para mí, de verdad que es un honor poder comparecer de nuevo, señorías. Señor Freire, iya me gustaría que el reloj tuviera más de 24 horas y pudiera estar aquí con todos ustedes! Créame, lo mío es esto, no el despacho; no me va a encontrar usted en el despacho casi nunca, créaselo. Me encantaría poder venir a todas las sesiones, pero el Consejero de Sanidad tiene que hacer muchas más cosas que venir; para eso tiene un gran equipo, perfectamente preparado, para poder contestarles a ustedes. En fin, de todas formas, reitero mi voluntad y mi disponibilidad de acudir a esta Comisión cuantas veces sean necesarias, y vaya por delante mi firme propósito y mi

firme compromiso a favor de esa estrecha colaboración de esta Cámara y de la Consejería de Sanidad, que, como ven, cada vez están más cerca; por tanto, hoy quiero empezar diciendo que cada vez está más cerca ese pacto al que me estoy refiriendo, porque por lo menos hay dos Grupos políticos que piensan como el Consejero y como el equipo de la Consejería, porque esto que están ustedes diciendo está también en el Diario de Sesiones en esa comparecencia que usted pidieron en la sesión plenaria sobre Sanidad que celebramos en la que estuvimos hablando de esto y que está recogido en el Diario de Sesiones.

He venido otra vez a esta Comisión -para mí, es un placer- a reiterar lo que ya dije. ¿Que si ha habido contradicciones o no? Yo creo que no las ha habido. Si leemos bien el Diario de Sesiones, creo que no ha habido ninguna contradicción y, además, me alegro de ver que piensan ustedes, señor Freire, señor Álvarez Cabo, igual que nosotros, no, pero cerca de nosotros, sí, porque ustedes siempre piensan en "h" de hospital y yo pienso en "h" de hospital y también en "c" de camas, y la "c" de camas no solo está en los hospitales, está también en los domicilios, y me gustaría que también pensarán en esa atención domiciliaria.

Me habla usted de una polémica decisión, que ya ha visto usted que no es tal polémica porque ha desaparecido de la polémica toda vez que el 98 por ciento de los hospitales está cumpliendo con aquel reto que usted me hizo en esta Asamblea. Creo que vamos a llegar a un acuerdo, estoy completamente convencido; solo hay que dar tiempo al tiempo.

Volviendo al tema que nos ocupa. Señor Álvarez, creo que no ha habido ninguna contradicción, se lo digo sinceramente. Tal y como usted ha comentado, el pasado 15 de marzo el Viceconsejero de Sanidad contestó a una pregunta del señor Freire sobre los planes de Gobierno para el antiguo edificio del hospital Puerta de Hierro y su posible conversión en un hospital de media/larga estancia, y no sé por qué tanto afán de tener más hospitales y más hospitales, y más hospitales. Se ha dicho antes: es que las urgencias... Ya les adelanté en el Pleno que casi el 80 por ciento de las urgencias que se atienden en los hospitales se deberían atender fuera de los hospitales, en lo que se llaman centros de urgencia extrahospitalaria de nuestra atención primaria, que, por cierto, les eché de menos en la invitación que les formulé oficialmente para que me acompañaran a conocer de primera manos el mejor centro de urgencias extrahospitalarias de Europa, no dicho por mí sino dicho por otros expertos, muchos expertos. Me estoy refiriendo a CUE de El Molar, pero podemos retomar esa invitación cuando ustedes quieran; ya eso me estoy refiriendo! No, nosotros no necesitamos más hospitales; subrayo lo que dijo nuestro Viceconsejero. Lo que quizá necesitaremos será optimizar, será redistribuir, será analizar, será estudiar y será proponer. Creo que la respuesta dada por el Viceconsejero fue así: a día de hoy, repito, señoría, a día de hoy y una vez finalizado el análisis de los recursos y necesidades actuales de la población, se ha concluido que las mismas se encuentran plenamente cubiertas por los dispositivos sanitarios ya existentes, hospitales de agudos, hospitales a distancia y las distintas alternativas de hospitalización convencional, que yo creo que es importante.

Subrayo una vez más que no es necesario contar con un nuevo hospital destinado a tal fin, tal y como sugería el doctor Freire; no obstante, ya les adelanto que creo que es un buen hospital,

que es una buena estructura, un buen edificio que se podrá reconsiderar por parte del Gobierno de la Comunidad de Madrid si realmente puede pasar a ocuparse por los servicios sociales, por la Consejería de Políticas Sociales y Familia. El Gobierno todavía no ha tomado una decisión y sigue estudiando esos análisis pero yo contesto desde la sanidad. Siempre hemos apostado y apostaremos por un sistema sanitario, universal, gratuito, cercano y de la máxima calidad pero también por un sistema público eficaz, eficiente y sostenible, y eso implica la optimización de los recursos a nuestra disposición y en esta ocasión la reordenación de los mismos. Le vuelvo a decir lo mismo que con las urgencias: un hospital que tenga en urgencias muchos pacientes no se soluciona solamente abriendo camas y contratando más personal, sino haciendo un análisis, como hemos hecho en estos meses, y bueno, ya sé que no están ustedes muy de acuerdo pero los resultados son los que son.

Y esa es la línea en la que estamos trabajando. De ahí que a día de hoy no necesitemos, como digo, un nuevo hospital, ni vamos a construir más hospitales, ni vamos a pedir presupuesto para construir más hospitales o nuevas camas de media y larga estancia, porque lo que estamos haciendo es optimizar los recursos que existen en el sistema y analizarlos. Eso no significa que, tal y como ha podido afirmar también el Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, el doctor Pascual, que está aquí con nosotros, y yo mismo, las necesidades de la población no nos lleven a que en un futuro próximo tengamos que reconvertir algunos de los hospitales de agudos en hospitales de media y larga estancia o adoptar otro tipo de medidas complementarias, pero todo ello en ese contexto de reordenación y de optimización de nuestros recursos. Podría abundar aquí una vez más en esa ruta sociosanitaria de la que llevo hablando desde el principio, una ruta sociosanitaria sin guion precisamente buscando eso, y además ese libro blanco que estamos empezando a hacer, un libro blanco a 25 años para no pensar solamente en objetivos cortoplacistas sino medio y largoplacistas y analizar con estudios epidemiológicos, con indicadores sociológicos, socioculturales, geográficos, qué está ocurriendo en la sociedad española –sociedad europea pero española- y la madrileña en particular. Y es obvio, y ustedes mismos lo han dicho, que la esperanza de vida está en 84,2 años en estos momentos en Madrid, y esto puede ser políticamente algo muy vendible ahora que estamos en campaña electoral, y siempre tiene un hándicap y el hándicap es que tendremos más personas mayores, más personas con enfermedades crónicas, más personas con dependencia, más personas con alteraciones de salud mental, más personas, en definitiva, que van a necesitar de muchos más recursos distintos de los que tenemos ahora y durante más tiempo, pero además prestados por unos profesionales distintos de los que estamos ahora mismo utilizando. Me estoy refiriendo, por ejemplo, a la atención primaria, a la atención domiciliaria y a unos profesionales tan perfectamente preparados como los técnicos especialistas en auxiliares de enfermería, conjuntamente con los profesionales de enfermería, con esa potenciación que queremos hacer desde el principio de la Legislatura a la atención primaria.

Por tanto, tengan la certeza de que todos los miembros de este equipo directivo de la Consejería estamos de acuerdo en que estas necesidades de la población están cambiando y han empezado ustedes por ahí, por tanto, ahí nos vamos a encontrar y eso puede ser un principio importante, de verdad. No es ninguna postura política de este Consejero, créanlo, es que sigo pensando en que ese pacto puede ser cierto. Hoy estamos celebrando en estos días los 30 años de la

Ley General de Sanidad y eso es muy importante para todos, para todos. Ya lo decía en mi cuenta de Twitter, que me felicitaba por ser español, por esos 30 años, y además, por haber tenido la suerte de conocer al malogrado Ernest Lluch, que fue uno de los artífices de ese consenso que se consiguió, pero las cosas han cambiado, después de 30 años hemos cambiado. En fin, yo también he cambiado, me he hecho más mayor y todos hemos cambiado, eso significa que quizás esa ley, para que esté viva, necesita de una reconsideración por parte de todas las fuerzas políticas del Estado y que para ponerla viva hay que mejorarla, y ¿por qué no? ¿Qué mejor forma de mejorarla que con un pacto de Estado por la sanidad? Quizás solamente eso, un pacto de Estado por la sanidad para conseguir una ley, porque con la salud no se puede jugar, porque la salud no tiene que ver con ideales políticos, con ideales culturales, es que hay una Constitución Española con un artículo 22.3 que tiene que garantizarse, que es el derecho a la salud para todos por igual y sin fronteras, sin ningún tipo de fronteras, que es lo que vamos a defender desde el Gobierno de Cristina Cifuentes y desde esta Consejería.

Podría decirles muchas más cosas que tengo aquí escritas, pero es que lo único que hago con esto es resaltar y resaltar lo mismo que estoy diciendo desde el principio: un sí total y absoluto a más camas de media y larga estancia. Es que no estaría en mi sano juicio si no defendiendo eso. ¿Cómo? Yo incluso una vez más tiendo la mano a todos los portavoces de todos los Grupos políticos de esta Cámara para que trabajemos juntos en eso, ¡ide verdad! Si hemos conseguido ya tres pactos, pactillos, llámenlo como quieran, ¡tres acuerdos por unanimidad! ¿Por qué no pensar en uno más? Y a lo mejor es uno más el de las camas de media y larga estancia, lo digo con toda sinceridad. Bueno, ahora sí, puede llegar alguien y hacer una proposición no de ley. Esto ya me lo sé. Este es el juego político de que ahora llega otro Grupo y presenta una proposición no de ley. Bueno, pero menos mal que me han dado ustedes la oportunidad de poder hablar aquí y, como ustedes bien dicen, queda reflejado en el diario de sesiones, que esa es la idea, fue la idea, será la idea de este Consejero de Sanidad desde el primer día, desde el minuto cero en el que la Presidenta Cristina Cifuentes me pidió la responsabilidad y depositó su confianza en mí; es decir, no el día en que juré, sino antes me comprometí a eso, porque es necesario. Entonces, ahora, decirles que en el hospital Virgen de La Poveda tenemos 202 camas, en el de La Fuenfría, 217; en el hospital de Guadarrama, 144; en el Virgen de la Torre, 90; Cruz Roja, Santa Cristina, hospital Carlos III, hospital Canto Blanco..., seguro que sería aburrirles, porque, además, todos esos datos los tienen ustedes en la memoria del Sermas.

Yo creo que esta Comisión de Sanidad debe servir para eso: enfrentar ideas de unos y otros y llegar a posibles acuerdos, y yo todavía, quizás, como alguien me llama iluso, como yo digo en mi cuenta de Twitter; ilusionado, sigo pensando en que será posible algún día –por qué no- firmar ese pacto por la sanidad que propongo a todos los Grupos políticos ahora que hay una nueva ocasión electoral en todo el Estado español con la Ley General de Sanidad, pero, y por qué no, también aquí en la Comunidad de Madrid algo que vengo ofertando desde el principio y que quien me conoce –y algunos de ustedes han tenido tiempo en estos diez meses de acercarse a este Consejero y conocerle- sabe que no hay ninguna pose política. Yo, de nuevo, lanzo mi mano por si ustedes quieren trabajar conjuntamente con nosotros.

Señor Álvarez Cabo -termino con usted, porque empezó usted-, tenemos un compromiso, y ya sé que no es un compromiso de Legislatura, es un compromiso de investidura, y está viendo usted que la tendencia es muy positiva, casi tres cuartos de todos los compromisos que firmaron ustedes con nuestra Presidenta Cristina Cifuentes se están cumpliendo. En estos momentos a mí me da la sensación, pero solamente es una sensación, de que hay poca gente a la que le guste que la sanidad esté funcionando mejor que nunca, y tenemos una sanidad más pública, más universal, más eficiente, más cercana, más humanizada que nunca y con los profesionales mucho más motivados que nunca. Y creo que este es el momento de que todos nos pongamos en la misma rueda y empujemos todos hacia el mismo objetivo, porque, en definitiva, el primer día que les conocí, en la Asamblea, si ustedes lo recuerdan, me acerqué a saludarles y les dije: tenemos un objetivo común. Algunos pusieron unas caras raras, pero les dije: sí, el objetivo común es que todos queremos mejorar la sanidad de todos los madrileños, y en eso estamos y así seguiremos.

Por supuesto, termino diciendo: apoyamos camas de media y larga estancia, pero habrá que ser valientes, todos, y hoy me congratulo de haber escuchado de momento a dos Grupos políticos que nos van a apoyar en la reconversión del Sistema Madrileño de Salud, que no es un capricho, sino que es necesario, porque la población así lo está demandando. Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señorías.

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señor Consejero. Seguidamente harán uso de la palabra los Grupos Parlamentarios, de menor a mayor representación parlamentaria, por un tiempo máximo de diez minutos. En primer lugar, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, don Daniel Álvarez Cabo.

El Sr. **ÁLVAREZ CABO:** Muchas gracias, señora Presidenta. Señor Consejero, evidentemente vamos a estar de acuerdo en que son necesarias camas de media y larga estancia, pero la pregunta clave y lo que ha motivado la petición de comparecencia por parte del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, y posiblemente por parte del Grupo Parlamentario Socialista, es que nos gustaría conocer el cómo, es la pregunta que está explícita e implícita y a la que usted no ha dado respuesta.

Nosotros, más que al pacto al que usted hace referencia con mucha frecuencia queremos contribuir, desde la oposición, siendo el Grupo de oposición más pequeño de esta Cámara, a acuerdos parciales que sirvan para mejorar la atención a los pacientes de la sanidad pública madrileña, que tiene muchas virtudes, pero también deficiencias, aspectos que corregir. Nuestro compromiso con los ciudadanos es contribuir llegando a acuerdos cuando sea preciso, y usted ha hablado de varios ejemplos en los que hemos llegado a acuerdos por unanimidad. Por tanto, no se fije en el pacto, porque a veces lo mejor es enemigo de lo bueno. Vamos llegando a acuerdos. Y en este caso concreto, yo en ningún momento de mi exposición he dicho que haya habido contradicciones, he evitado deliberadamente esa palabra, pero sí que ha habido versiones diferentes.

En relación con el Hospital de Puerta de Hierro –yo tengo mi exposición, pero creo que es bueno que esto sea interactivo, así que primero voy a dar réplica a cuestiones que usted ha planteado en su intervención-, que está abandonado desde el año 2008 en que se procedió a trasladarlo a Puerta de Hierro Majadahonda, podría prestar un servicio que Fuenfría, Guadarrama y Virgen de la Poveda prestan con muchas mayores dificultades. ¿Por qué se lo cuento? Se lo cuento desde mi experiencia de seis años trabajando en un servicio de admisión y ocho años entre la Subdirección médica y la Dirección médica de un hospital. El drenaje de pacientes de media y larga estancia a estos hospitales se ve dificultado, en primer lugar, por la distancia y en segundo lugar, por la resistencia de las familias. Hay que partir de la idea de que la mayoría de los cónyuges o del cuidador principal de las personas que son trasladables a esos centros tienen edades similares y muchas veces carecen de medios para desplazarse. El planteamiento de centrar esto en el antiguo Hospital Puerta de Hierro es un centro ubicado en el municipio de Madrid, que tiene transporte público, metro a una cierta distancia y autobús en la puerta, y donde se concentra el 50 por ciento de la población de Madrid y posiblemente más de la mitad de las personas mayores de 65 años, que son, quizás, el nicho de posibles candidatos a los centros de media y larga distancia con mayor frecuencia. Es decir, está fundamentado en dar satisfacción a una demanda y a un criterio que para nosotros es clave, y se liga mucho con la humanización de la asistencia, que es la accesibilidad, que mejoraría extraordinariamente, y no solo la accesibilidad, también la gestión por parte de los centros, que dispondrían de más facilidades para derivar. Muchas veces trabajadores sociales, médicos, enfermeras y, a veces, incluso las Direcciones de los hospitales públicos, tienen que bregar –vamos a decirlo así- con familiares que se resisten con uñas y dientes a ser trasladados por las dificultades que estoy exponiendo. Estos centros, además, tienen sus objetivos y sus protocolos, y se da la paradoja de que determinados pacientes son descartados porque exceden de la estimación de estancia en los centros a los que pueden ser derivados –Fuenfría, Guadarrama y Virgen de la Poveda-; ¿Y dónde se hacen esas estancias? En hospitales generales de agudos tan complejos y tan costosos como La Paz, el Doce de Octubre, el Puerta de Hierro nuevo, el Ramón y Cajal. Es una paradoja, estamos utilizando mal el dinero público.

De alguna manera, implícitamente, ustedes están aceptando que las camas públicas son insuficientes. Han sacado el concurso al que hemos hecho referencia tanto usted, como el señor Freire y yo mismo, las famosas 448 camas. Son 448 camas que se sacan a licitación, en la que pueden concurrir entidades privadas con y sin ánimo de lucro, que además están sujetas a diversos avatares, porque es un concurso para cuatro años. Quizás, señor Consejero, aprovechen, ya que han corregido determinadas deficiencias de los pliegos –y quiero agradecerélo-, porque la redacción inicial de los pliegos excluía a entidades con larga trayectoria en prestación de estos servicios que, por unos requisitos que nadie comprendía, iban a quedar fuera, pero ya que disponen de cuatro años, exploren –ahí, van a contar con la ayuda, sin duda, de Ciudadanos- nuevas fórmulas para vincular sobre todo a instituciones sin ánimo de lucro de manera cuasi permanente con el Sistema Sanitario Público. Estamos hablando de consorcios o de convenios singulares para aprovechar la experiencia de estas entidades y que no estén sujetas a un concurso que tiene un 60 por ciento, en el momento actual, de factor precio, y solamente un 40 por ciento de mejoras. Las mejoras –he hecho un análisis

pormenorizado de los pliegos-, el factor experiencia, resultados contrastados, satisfacción de los pacientes –digo elementos de los que ustedes hacen gala que tiene nuestro sistema sanitario- no se contemplan en ningún momento en el concurso. Se contemplan mejoras de plantilla, mejoras estructurales, pero no se valora la experiencia previa, y la experiencia, como en muchas otras facetas de la vida, en la atención a enfermos crónicos es un grado. Eso es importante. Entonces, por favor, exploren esa posibilidad.

Lo que ha comentado usted de la posible adaptación de camas de hospitales de agudos para media y larga estancia nos parece bien; por supuesto que nos parece bien. Ahora mismo, estamos funcionando con 1.000 camas de crónicos de media y larga estancia entre público y privado, y con cerca de 12.000 de agudos. Esa ratio tiene que ir variando, y usted lo sabe tan bien como nosotros, de forma progresiva. Lo que queremos escuchar es un plan, unas previsiones, ver si han hecho un análisis de qué centros son susceptibles -por la bajada en la demanda de agudos, por la incorporación de técnicas de cirugía ambulatoria y por la mejora de la estancia media- de transformar parte de las camas que ahora destinan a la hospitalización convencional a la hospitalización de media y larga estancia. Se pudo hacer con el IPR, que está a medio gas, y lo puso de manifiesto el señor Freire en su pregunta, y se pudo hacer con el hospital de Cantoblanco. Pues sean valientes, sí, usando su misma palabra. Hagan propuestas y, si son razonables y sensatas, nosotros las apoyaremos.

La potenciación de los servicios de hospitalización domiciliaria, por supuesto. Yo no he puesto el foco en esto en mi primera intervención porque estamos hablando de camas de media y larga estancia, pero está claro que es un recurso imprescindible en el abordaje de la cronicidad y además responde a una demanda de los pacientes, que quieren ser tratados en el lugar en el que han vivido habitualmente. Ese es un elemento clave. Los ciudadanos queremos mantener nuestra autonomía hasta el final de la vida, y tuvimos ocasión de debatirlo cuando hablamos de cuidados paliativos.

Quiero destacar algunas cuestiones. Quiero hacer referencia a algo que se comentó aquí también en respuesta a una pregunta nuestra, que era la necesidad de reforzar la estructura de trabajo social, un engranaje clave en los hospitales para la atención a los enfermos de media y larga estancia que facilita el contacto de las familias y que allana el camino para la derivación, que son los trabajadores sociales. Nos parece muy bien que tengan una estructura propia. Y también quiero destacar algo que ha mencionado el señor Freire, que son los centros concertados de media y larga estancia, o de cuidados después de la fase aguda, que tienen más de 200.000 estancias, que es mayor que las estancias que están teniendo los centros públicos; Guadarrama, Fuenfría y Poveda, conjuntamente, dan en torno a 3.000 altas/año. Por tanto, es también una cuestión política. ¿La apuesta de ustedes va a ser mantener la concertación de manera indiscriminada con entidades con y sin ánimo de lucro? ¿Se va a optar por fórmulas como la que estoy planteando del consorcio a medio plazo? Es una cuestión a la que usted tiene que dar respuesta, y ya le he anticipado en alguno de los casos que va a contar con nuestro apoyo. No es una cuestión baladí, y me gustaría que en sus diez minutos, aunque no nos dé una explicación pormenorizada, apunte un poco cuáles van a ser sus líneas de trabajo.

En cuanto a los concursos -y vuelvo a algo que he mencionado-, a veces no están suficientemente bien definidos los requisitos, y a veces se está intentando -perdóneme la expresión coloquial- comprar duros a pesetas. ¿A qué me refiero? Si uno hace un análisis presupuestario de los tres hospitales de media y larga estancia... Ya sé que la estructura de costes de los centros públicos es diferente, ya sé que determinados hospitales como Fuenfría o Guadarrama, aparte de las unidades de media y larga estancia, tienen atención a otro tipo de pacientes paliativos o de estancia más corta, pero es que la estancia media en estos centros, si dividimos el coste de los tres presupuestos entre el número de estancias, sale en torno a 268 euros. En la licitación que ustedes han sacado por 85 millones de euros para cuatro años, la estancia media sale a 130. ¿Puede ofrecer el sector privado la misma calidad con una financiación de la mitad, con las matizaciones que yo mismo he anticipado? Señor Consejero, eso también tiene que reflexionarlo. No aprovechen la penuria de estas entidades, la necesidad de licitar, para apretarles y ponerlos en una situación que no les permita ofrecer la asistencia con la calidad que requieren nuestros pacientes.

Por tanto, y ya termino, lo que esperamos de ustedes son respuestas, la respuesta al cómo, planes. Y si los planes suponen innovación, si suponen aumentar estas camas cuya necesidad ha quedado contrastada y permiten innovar y dar a los ciudadanos la asistencia que precisan, contará con nuestro apoyo. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Álvarez. Es el turno del Grupo Parlamentario Podemos; tiene la palabra doña Carmen San José.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Muchas gracias, Presidenta. Muchas gracias también por la comparecencia al señor Consejero. Lo que hoy dice usted que al comparecer -ya lo ha dicho en otras ocasiones- ha quedado de manifiesto incide en lo mismo, pero no nos aclara mucho lo que se le pregunta, porque la comparecencia -una de las comparecencias- era para conocer exactamente los planes de futuro acerca de las necesidades de las camas de media y larga estancia, y de eso nos quedan bastantes dudas.

Nosotros pensamos que este es un punto, a pesar de nuestro maravilloso sistema -lo que ustedes una y otra vez dicen de nuestro sistema sanitario-, que no deja de ser una asignatura pendiente. No solo la Comunidad de Madrid tiene muy pocas camas de agudos -como usted bien sabe, estamos a la cola en número de camas por mil habitantes-, sino que además en camas de media y larga estancia las cifras son mínimas, mínimas; solo hay que compararlas, por ejemplo, con nuestro entorno: Francia tiene alrededor de siete por mil habitantes; Alemania, alrededor de cinco, y nosotros estamos, con las últimas concertadas, alrededor de una -¡una!- por mil habitantes. Es decir, no se está hablando de una pequeña disminución actualmente de esas camas, no, no, sino que no contamos con esas camas. Hoy día, como usted bien dice, las necesidades van a ir en aumento por la demografía, porque cada vez vivimos más, luego hay más necesidades de estas camas, porque así es la patología urgente que la población necesita. Hasta el 20 por ciento de los ingresos son de enfermos o personas con enfermedades crónicas que debieran poder acceder a otro tipo de institución y no a nuestros hospitales de agudos; quiero decir que, si tuviéramos esas camas, sería una de las primeras

cuestiones para descongestionar estos hospitales que todos sabemos cómo los tenemos por la escasez de camas, por el colapso de las urgencias, etcétera.

Lo que nos falla, y lo hemos estado hablando en otras comparecencias, es precisamente la coordinación con todo lo sociosanitario. Desde el momento en que un paciente crónico ingresa en un hospital de agudos deberíamos tener un plan para su derivación –cuando sea necesario-, si es el caso, a un hospital de media y larga estancia, es decir, acotar desde el principio o tener planificada la atención completa a este tipo de pacientes, porque muchas veces se dice que el paciente crónico está ocupando una cama en un hospital de agudos y tiene retenciones en la derivación. Efectivamente, tiene retenciones en que se le dé de alta y se le mande a casa, porque una cosa es no requerir los cuidados de un hospital de agudos y otra mandarle al domicilio sin ninguna otra atención. Lo que no tenemos -ni contamos con ello- es planificada la transición a unos cuidados crónicos o a un hospital de media y larga estancia u hospital de cuidados intermedios, que también se llama así; es decir, que no tenemos bien planificada la atención a estos pacientes e incurrimos en que tampoco tenemos planificada -cosa que también hemos estado viendo aquí - la estrategia para los enfermos crónicos, igual que no tenemos bien planificada la atención a la dependencia. Es decir, en esta exigencia de que tenemos mayor necesidad de camas de media y larga estancia confluye no tener ni coordinación buena con los servicios sociosanitarios ni tampoco con la atención a la dependencia.

Camas públicas. Respecto a las camas públicas, solo tenemos, según la última memoria del Sermas, las de los tres hospitales públicos: Fuenfría, Guadarrama y Virgen de la Poveda; luego, las camas públicas de media y larga estancia. Tenemos concertadas hasta cerca de mil, pero esto no deja de ser, como he dicho, insuficiente y además me hace apuntar una cosa. Si observamos las memorias del Sermas, desde el año 2008 se han ido disminuyendo esas camas públicas; es decir, no parecería indicar lo que usted dice sobre que hay tanta atención y tanto interés en potenciar ese tipo de hospitalización de media y larga estancia. Ya sabemos, aunque no nos lo ha aclarado, con cuántas camas contamos ahora mismo en Cantoblanco y con la reconversión que han hecho ustedes del Carlos III; todo eso ahora mismo no es lo que nos ha comentado ni los planes que ustedes tienen de futuro para solventar esto.

Por otra parte, usted comentó, contestando a por qué se han sucedido últimamente los contratos para los cuidados prolongados, que contábamos con tres hospitales, más ocho concertados; yo, a día de hoy, no sé exactamente a cuáles se refería usted. Por todo esto, nosotros creemos que a lo que debemos tender es a un mayor número de camas de media y larga estancia, porque es absolutamente necesario tenerlo, no se puede estar esperando una Legislatura detrás de otra. Pensamos que es necesario acotar la estancia, como he dicho, desde el principio, desde que se realiza el ingreso de una persona con una enfermedad crónica. En esas necesidades que se deben planificar antes del parte de alta, del informe de alta, tiene que estar solucionada la derivación de este paciente, si no puede ir a su domicilio; de tal manera, que se coordine la derivación desde un hospital de agudos a un hospital de media o larga estancia. Esto evitaría, por cierto, numerosos ingresos y reingresos que se dan con los pacientes crónicos.

Para finalizar, querría comentarle que -se ha dicho igual respecto al antiguo hospital Puerta de Hierro, que la población, las asociaciones de vecinos y la ciudadanía de ese barrio madrileño está reclamando que pase a ser un hospital de media y larga estancia- tienen mociones, que se han repetido en diversos ayuntamientos, pidiendo la construcción de hospitales de media y larga estancia, como Aranjuez y Leganés. ¿Y sabe usted por qué? Porque a un enfermo que requiere una rehabilitación o cuidados de enfermería, etcétera y no puede estar en su domicilio y vive en el sur de Madrid, no se le puede enviar a Fuenfría o a Guadarrama, porque ese no es su entorno y lo que va a hacer es seguir ocupando una cama en un hospital de agudos por falta de recursos; la gente lo está reclamando como una necesidad.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora San José, vaya concluyendo, por favor.

La Sra. **SAN JOSÉ PÉREZ**: Nosotros apoyaríamos también ese camino, como apuntan desde esas corporaciones locales. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora San José. Es el turno, a continuación, del portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, don José Manuel Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señora Presidenta. Señor Consejero, agradecemos su presencia en la Asamblea pero se lo agradeceríamos mucho más si viniera con números, si viniera con datos, si nos respondiera de verdad a lo que preguntamos. La razón de su comparecencia, tanto en la que planteado en nombre de mi Grupo como la que ha planteado Ciudadanos, era meridianamente clara: planes en relación con la dotación de camas. He oído mucha poesía, si me permite, leguaje de madera, pero ni un solo dato. ¡Ni un solo dato! ¡Ni un solo dato en relación con los hechos!

Ustedes dijeron el otro día que tienen estratificada la población de la Comunidad de Madrid en función de necesidades y demás. Entonces, de los datos que han publicado, se deduce que hay unas 2.789.000 personas con patología crónica de baja complejidad. Vale, esas personas no necesitan ayuda especial. Pero luego hay más de medio millón de personas con patologías crónicas de riesgo medio. Esas personas ya necesitan una suerte de gestión de su patología y de su enfermedad. Y hay 174.343 personas, según sus propios datos, que son pacientes de alto riesgo con pluripatología, morbilidad, déficit de autonomía y fragilidad. Esas personas donde mejor están atendidas es en su casa, si tales servicios existieran. De hecho, estadísticamente, cada médico de la Comunidad de Madrid tiene unas veinte personas, por así decirlo, hospitalizadas en su domicilio. Eso indica que aproximadamente hay unos 90.000 madrileños que están en esas circunstancias, atendidos por sus médicos de familia y sus enfermeras. Pero hay otros pacientes que no pueden ser atendidos en domicilio, señor Consejero. Estos son datos que ustedes tienen y yo esperaba que usted diera datos. Para atender a aquellas personas, pacientes que salen de los hospitales, por ejemplo, con situación de fragilidad, postoperados, convalecientes, que necesitan rehabilitación –en el ictus cuidamos la fase aguda, pero no la fase crónica-, por esos recursos, señor Consejero, es por lo que le preguntábamos el portavoz de Ciudadanos y yo mismo. ¿Qué planes tienen para eso? ¿Dónde están escritos? Porque,

como ha mencionado la doctora San José, no busquemos en ningún sitio, porque en ningún sitio hay información disponible. Esto es lo que le preguntábamos y aquello sobre lo que no nos contesta.

Le puedo dar algún dato interesante, ya que usted no los da. Efectivamente, tenemos muy pocas camas de crónicos. La mayor parte de las del sector público están fuera de Madrid: La Fuenfría, en Cercedilla, Guadarrama y Villa del Prado están fuera. Aquellos pacientes o familias que tienen a alguien ahí están muy perjudicados en términos de conveniencia de visita. Luego tenemos camas en hospitales privados –ya ha salido aquí; se ha comentado por parte del portavoz de Ciudadanos-, pero la pregunta que le quiero hacer, señor Consejero, es qué controles de calidad hacen; porque, por ejemplo, uno de esos hospitales, la clínica Sear –que, por cierto, es la que más estancias tiene-, acumula una larga lista de quejas a las que no han dado respuesta. Recientemente me ha llegado una de un paciente bastante grave y, por lo que sé, ustedes no han dado respuesta. De nuevo pasa como sucedía con el tema que el otro día comentamos en Pleno: el control de los hospitales de gestión privatizada. Aquí pasa igual. Ustedes conciertan estas camas con entidades de lucro. La clínica a la que me he referido es entidad de lucro. Cuando tienen quejas, ¿qué hacen? ¿Qué valoraciones de calidad hacen? No me diga que manda a los inspectores, porque eso no funciona. Este es un tema que merece atención.

Hay otro asunto relacionado con ello. Recientemente, como se ha comentado, han sacado la resolución por la que se convoca licitación para hospitalización de cuidados. Ciertamente, los criterios que tienen, como ha mencionado el doctor Álvarez Cabo, no tienen que ver nada con lo importante que es la calidad de la atención. No cuentan para nada. ¿Piensan rectificar eso? ¿Usted cree que tiene sentido hacer pasar a entidades sin ánimo de lucro, como el Instituto San José, por este tipo de contratos? ¿Para estas instituciones no valdría más la pena, por ejemplo, un convenio de vinculación con el sector público, señor Consejero? No sé si sabe exactamente lo que es esto, pero significa un modo distinto de colaborar con el sector privado sin ánimo de lucro, que aporta mucho a la sanidad pública, diferenciándolo de una manera clara del sector con ánimo de lucro. Tendría un enorme interés que comentara esto.

Como ya se ha dicho aquí, la clínica Puerta de Hierro -y, por cierto, le anuncio que tenemos una proposición no de ley preparada para su conversión en un hospital de media y larga estancia, espero que tenga el apoyo de la oposición y, por lo tanto, sea aprobada- es una excelente oportunidad para dotar a la ciudad de Madrid de un centro público que atienda a las necesidades que hay en este campo; no ha mencionado nada al respecto. Le recuerdo que en mayo, exactamente de hace dos años, la Consejería de Sanidad emitió una nota de prensa por la cual alardeaba de que aumentaría las camas públicas un 25 por ciento al poner en marcha como hospital de crónicos el hospital Carlos III. Me gustaría que explicara en qué situación está eso; ya puse de manifiesto aquí que el Instituto Provincial de Rehabilitación está básicamente abandonado. Pero le voy a dar más datos; recientemente –estos son los datos que usted tendría que habernos dado aquí-, el doctor Álvarez Cabo ha mencionado que hay unas 12.000 camas de agudos; exactamente las que ustedes me dicen que había a 31 de diciembre de 2015 son 12.791, pero esas son camas instaladas. ¿Cuáles son las camas que funcionan? 10.346. Eso quiere decir que hay 2.445 camas que están instaladas,

pero no se utilizan. Esto representa exactamente un 19 por ciento; si quiere redondear, un 20 por ciento. Esto es importante, porque, mientras tanto, tenemos las urgencias colapsadas, y no han terminado ustedes de hacer un análisis de necesidades, por ejemplo, de camas de pacientes crónicos en hospitales de agudos. Usted se ha referido a ello, pero de pasada. Y, mire usted, aquí se debe venir con los deberes hechos, con los números hechos, y si no, referir a un plan que está en marcha con nombres y apellidos; el Viceconsejero se refirió, cuando compareció aquí para hablarnos del antiguo edificio de Puerta de Hierro, y dijo -leo textualmente; abro comillas-: "Una vez finalizado el análisis de los recursos y necesidades actuales de la población, se ha concluido que las mismas se encuentran plenamente cubiertas por los dispositivos sanitarios ya existentes" -cierro comillas-. Es del señor Viceconsejero. He pedido copia de este análisis; no me la han enviado por la sencilla razón -me temo- de que no existe, es decir, nadie en su Consejería parece estar trabajando en el análisis y en la planificación, que es el objetivo de su comparecencia, señor Consejero, de las necesidades en relación con los pacientes que no necesitan ser atendidos en camas de agudos y tampoco pueden ser atendidos razonablemente bien en su domicilio. Eso se planea en todos lugares. Y, como usted sabe, hay sociedades científicas, hay estándares internacionales que varían dependiendo de la ayuda que se haga en domicilio.

La doctora San José, de Podemos, se ha referido a algo muy importante, que existe en los países que hacen bien estas cosas, y es que ningún paciente es dado de alta, cuando necesita cuidados, sin haber previsto que sea atendido adecuadamente, porque, mire usted, una de las maneras de privatizar la sanidad particularmente injusta, y no por silenciosa menos grave, es justamente descargar en las familias las cargas de cuidados que la sociedad, a través de la sanidad pública, ha decidido mutualizar y socializar, y esto sucede cuando no tenemos buenos...

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Freire, se le está acabando su tiempo; vaya concluyendo, por favor.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señora Presidenta. Cuando no tenemos -como no parecen tener ustedes- previsiones, planes, para atender estas necesidades. Muchas gracias, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Freire. Para cerrar este turno de intervenciones, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, don Diego Sanjuanbenito.

El Sr. **SANJUANBENITO BONAL**: Gracias, señora Presidenta. Buenas tardes a todos. Buenas tardes, señor Consejero. Le agradecemos, ¡cómo no!, su presencia, su compromiso con la Asamblea y su ánimo de diálogo. Coincido, además, con su valoración al respecto de la importancia del asunto de esta comparecencia y, por tanto, desde el Grupo Popular, también agradecemos a los portavoces del Grupo Parlamentario de Ciudadanos y del Grupo Parlamentario Socialista la iniciativa de haber traído esta comparecencia. Efectivamente, señor Consejero, la cronicidad va a ser, si no lo es ya, el signo de los tiempos en la planificación de los servicios de salud en todo nuestro entorno; no

es solo un problema de Madrid, es uno de los grandes retos del cambio de paradigma de la asistencia sanitaria hacia ese horizonte de continuidad asistencial efectiva en un enfoque amplio, el enfoque sociosanitario, que todos compartimos, que todos entendemos que es el necesario y venimos hablando de ello ya durante muchas sesiones de esta Comisión. Yo, por eso, también quiero reconocer la apertura de miras que ha demostrado el Consejero en su intervención, porque no se trata solo de una cuestión de hospitalización en un sentido estructural sino también de poner todos los medios para que exista tanto la dotación necesaria de camas en hospitales o en centros concertados, pero también en el domicilio; fórmulas, en resumen, señor Consejero, que optimicen los recursos, que eviten hospitalizaciones que a futuro puedan no ser necesarias y, a lo mejor, en esa estrategia de crónicos que se va desplegando desde la Consejería hay parte de las claves de ese cambio cultural, de ese cambio de conceptos. Desde el Grupo Popular, señor Consejero, no consideramos que hablar de hospitalización en el domicilio sea ni un anatema, ni mucho menos una quimera; creemos que es un debate abierto entre todos los gestores, por supuesto, entre buena parte de los profesionales sanitarios y, como se ha dicho, un horizonte querido por los pacientes o por muchos de los pacientes.

Dice el señor Álvarez Cabo que de lo que se trata es de hacer el uso más eficiente de los recursos y estamos completamente de acuerdo con el principio, con hacer el uso más eficiente de los recursos, pero también pensamos que el recurso no tiene por qué ser necesariamente un edificio, el recurso puede ser otras cosas; eficiencia también es el pacto de la Consejería con los hospitales de apoyo para aumentar la ocupación o para mejorar la estancia media, para armonizar el peso medio de las altas con el volumen de pacientes atendidos en los recursos asistenciales seleccionados. Entonces, ya digo que, por supuesto, eficiencia, por supuesto hacer el mejor uso de los recursos, pero en un sentido más amplio, que es donde entiendo yo la respuesta del Consejero y, si no le he entendido bien, seguro que tendrá a bien aclarármelo en su réplica.

Señorías, yo creo que es evidente, lo acabo de decir, que estamos ante un capítulo prioritario de la planificación estratégica de nuestras redes de atención sociosanitaria; entendiendo redes no solo como realidades físicas de los centros, de los hospitales, sino de todo lo que es un recursos sanitario público puesto a disposición de los pacientes. Las proyecciones a futuro dada la evolución demográfica, que es lógico aventurar, pues efectivamente, nos plantea la necesidad de abordar este problema, como ha dicho la señora San José o como ha dicho el señor Freire, con toda razón lo han dicho; pero yo también les tengo que decir, señorías, que entendemos que el Consejero, en ese horizonte en el que no negamos la necesidad, ha planteado alternativas a una opción unívoca de disponer solo más camas de media y larga estancia en hospitales, que también lo ha mencionado, pero no solo es eso. Yo, señor Consejero, creo que ha sido muy claro en su respuesta, creo que ha mostrado una vez más una disposición al pacto político por la sanidad, que es poco común, la verdad, yo creo que hay que reconocerlo, y también me gustaría decirle que convengo con usted en que el mejor modo de celebrar el trigésimo aniversario de la Ley General de Sanidad -no pudimos celebrarlo la semana pasada, que no teníamos actividad, pero fue entonces, justo el día 25 de abril- debería ser recobrando consensos, al menos, en lo referente a los pilares de nuestro Estado de bienestar. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Sanjuanbenito. Y finalizadas las intervenciones de los Grupos Parlamentarios, tiene la palabra de nuevo el señor Consejero, don Jesús Sánchez Martos, por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **CONSEJERO DE SANIDAD** (Sánchez Martos): Muchas gracias, Presidenta. ¡Solo diez minutos! En fin, no seré yo quien enmiende sus normas, pero, claro, tal y como está establecido eso, contestar en diez minutos a cuatro portavoces se me hace muy difícil, sobre todo porque tengo que empezar por pedir disculpas por las peticiones de información que han hecho y que no pueda contestar. Prefiero gastar estos diez primeros segundos o quince en pedirles a sus señorías, si es posible, que transmitan a la Presidenta de la Cámara la idea de que el jueves se comience con un recuerdo a esa Ley General de Sanidad, a esos 30 años de pacto por la sanidad, que ha mejorado, sin duda, el Estado de bienestar, que en estos momentos se cumplen. No sé si procede; no obstante, como novato, me perdonarán ustedes si cometo algún error en cuanto a sus planes de trabajo.

En fin, ¡son tantas cosas! Estratificación. Vamos a ver, lo tenemos hecho y ustedes lo saben: 150.000; pero no todos necesitan atención institucional. Yo creo que tenemos que ser más valientes, más realistas. Además, habrá atención institucional que va a ser compartida con los ciudadanos, ¿no? No estoy hablando del copago, estoy hablando de otra cosa distinta.

Vamos a ver, ustedes insisten, si he entendido bien, en que, si no pueden ser atendidos en su domicilio, al hospital. Pues no, si no pueden ser atendidos en el domicilio porque la familia está desestructurada, no tiene hijos, etcétera, no lo sé, hay otros sitios que no son hospitales, están las instituciones sociosanitarias, porque para eso hay una Consejería de Políticas Sociales. En fin, yo creo que lo que necesitamos es un debate mucho más profundo de todo esto.

Usted quiere números, señor Freire, yo no quería aburrirle, pero se los voy a dar. Por favor, no reforcemos más el "hospitalismo" en su peor versión de la Edad Media, se lo digo con toda sinceridad; se molestó usted porque le dije que defendía un modelo de gestión primitivo y, ahora, hablamos de un "hospitalismo" en su peor versión. Desde luego, no seré yo quien defienda el "hospitalismo" en su peor versión, porque tenemos domicilios, ciudadanos e instituciones no solamente hospitalarias.

Señor Álvarez Cabo, el Puerta de Hierro, lleva usted razón, pero porque siempre tienen ustedes que pensar en la "s" de Sanidad, si hay otra "s", que es la de Social. Ya sé que ustedes ahora –y me alegro de que me lo adelanten– van a presentar una proposición no de ley, pues ya me pondré a estudiar para prepararla, pero ¿por qué no se la hacen a Políticas Sociales? ¿Por qué no se la hacen a la Consejería de Políticas Sociales? A lo mejor encontrarían una respuesta mejor. O sea, más hospitales para Sanidad, cuando les estoy diciendo que no se necesitan más hospitales según el primer estudio que hemos hecho. Aprovecho para contestar a la señora San José: pues no, todo el mundo no puede tener un hospital a la puerta de su casa, esto es así de claro, al menos, yo no voy a defender eso, yo voy a defender una cosa más importante, que son las necesidades de los ciudadanos

y, de acuerdo a esas necesidades, acoplar lo que tenemos, porque no tenemos más recursos económicos para empezar a crear hospitales, cuando hay otras soluciones, créanselo.

Señor Freire, sigue usted hablando de la congestión de urgencias; no sé cuándo va a cambiar. ¡Si ya no están congestionadas! ¿No sé da usted cuenta de que encima hemos tenido suerte, según ustedes, de que la gripe nos ha tratado bien? Yo voy a esperar al año que viene para demostrarle que las 58.000 personas más vacunadas en Madrid que en otros años tienen que ver con algo que se llama salud pública y epidemiología, y de eso es usted un gran experto, pero yo algo también he estudiado, ya que me dice que no hago los deberes.

En fin, tenemos muchos más centros que el antiguo de Puerta de Hierro. Agradezco, de verdad, señor Álvarez Cabo, su oferta, lo digo con toda sinceridad, para poder trabajar juntos en ese tema. Consorcios; usted sabe perfectamente que lo de la Fundación San José es un concierto singular que se acaba ahora, dentro de poco, y que vamos a seguir con ello, creo que es algo que nadie pone en duda.

Señora San José, me compara usted con Francia. ¿Se está refiriendo al copago sociosanitario? Lo digo porque, como hay gente que no conoce ese modelo, que sepa que hay un copago sociosanitario.

Nos dicen ustedes que necesitamos más camas de agudos. Los expertos en la moderna gestión -que es de los que yo estoy aprendiendo, todos los días estudio, le prometo, señor Freire, que hago los deberes y que estudio profundamente-, los mejores expertos de gestión clínica que hay ahora mismo en el mundo nos dicen que las ratios de camas de agudos hoy no tienen mucho sentido. Y dicen ellos, y explican, y les leo la literatura publicada en las revistas científicas que ustedes manejan, que existe una mayor ambulatorización de procesos -no sé si lo he dicho bien-, aumentan las nuevas tecnologías, aumentan las nuevas formas de ejercicio profesional, y todo eso que hace cada vez los países modernos tengan estancias menos largas, más cortas. Por tanto, creo que Madrid se equivocará si siguen ustedes debatiendo sobre las camas de agudos. En fin, no creo que necesitemos muchas más, sinceramente.

Pone usted en duda, señor Freire, espero que no sea así, que sea un mal entendido, la eficacia de nuestra Dirección General de Inspección y Ordenación cuando me dice usted que en la Sear hay muchas quejas. Si lo pone en duda, háganos una pregunta parlamentaria y así se estrena nuestro nuevo Director General de Inspección y Ordenación, que le puede traer a usted todos los expedientes. No dude, señor Freire, de verdad, no lo dude, porque no lo dudó la Presidenta, Cristina Cifuentes, ni un segundo, cuando me pidió que me encargara de la responsabilidad de esta Consejería, no dude de la honestidad y transparencia de este Consejero, y cada vez que haya una reclamación, le puedo asegurar que no me va a temblar el pulso, pero ni a mí ni a ninguna de las personas que me acompañan en esta apasionante aventura.

Habla usted de 10.346 camas. Bueno, es que a lo mejor se necesita bajarlas. Cuando llegue el calor, si tenemos una ola de calor, habrá que abrir, pero si este año no tenemos una ola de calor a

lo mejor no. ¿Camas de media y larga estancia? Lo tienen ustedes en la memoria, pero, por si acaso, yo les he hecho el cálculo: 1.387. Como ustedes quieren números, pues yo se los doy: 662 públicas y 725 concertadas. Esto es lo que tenemos, ahora, vamos a intentar mejorarlo, claro que sí. Usted quería números, señor Freire: hospital Virgen de la Poveda, 202 camas; hospital de La Fuenfría, 217; hospital de Guadarrama, 144; hospital Virgen de la Torre, 90; hospital de la Cruz Roja, 20; hospital Santa Cristina, 16; hospital Carlos III, 49; hospital de Cantoblanco, 35; total, 783, como le he dicho. Pero, ¿ve?, estos datos lo único que hacen es aburrir y yo me quiero dedicar a otra cosa en esta Comisión de Sanidad, en el poquito tiempo que me queda, para decirles a todos ustedes que seguiremos defendiendo que el ciudadano es el verdadero eje del sistema, que será el sistema el que se tenga que mover y que, por supuesto, vamos a facilitar el confort del ciudadano y de sus familias. No se olviden, por favor, de que, si hemos puesto en marcha una Escuela de Salud, tendrá algunos objetivos: vamos a buscar la promoción de la salud, vamos a buscar la formación de los pacientes y de los cuidadores, a los que debemos homenajear, y ya lo hemos hecho en varias ocasiones, los cuidadores expertos, que son los que nos van a ayudar en los domicilios. Estamos desarrollando el programa Estrategia de Crónicos, que me imagino que tendrá que ver algo con la media y larga estancia, no podré hacer los compartimentos estancos, todo tiene que ver. Vamos a fomentar la atención primaria, como hemos quedado y además como lo estamos haciendo y lo seguiremos haciendo; aunque no tuviéramos el convenio hecho con Ciudadanos, ¡créaselo!, este Consejero potenciaría la atención primaria, como lo ha requerido desde antes de ser Consejero, porque creo en la atención primaria y porque creo que es la que nos va a ayudar a solucionar tantos y tantos problemas y acercar el confort al ciudadano para que esté no en su domicilio sino en su hogar. Son dos palabras parecidas, pero los ciudadanos me dicen que son diferentes: ellos no quieren morir en su domicilio, quieren morir en su hogar; no quieren tener los cuidados en su casa, los quieren tener en su hogar, cuando se les explica la diferencia que hay, que para mí, desde luego, está en la misma "h", en la "h" de la humanización.

Y sí les hago propuestas, ¡claro que sí!: estamos fomentando la hospitalización domiciliaria, pero cuando se habla de hospitalización domiciliaria, ¿por qué siempre piensan en hospital? ¿Por qué? Hospitalización domiciliaria es una palabra muy bonita, lleva hospital y lleva domicilio, ¿por qué tiene que depender siempre del hospital? ¿Por qué no puede depender del domicilio? ¿Por qué no puede depender de la atención primaria? ¿Por qué no puede depender de la continuidad asistencial, que es donde deberá proceder precisamente para buscar esa estrategia? Señora San José, ¿ve cómo al final llegamos a un acuerdo? Estoy completamente convencido: aumentar la política y el trabajo de los trabajadores sociales. Señorías, se lo ha explicado aquí nuestro Director General de Asistencia Sanitaria, César Pascual. Pero, ¿cómo no vamos a creer en el trabajador social? ¡Estaría bueno! Y lo vamos a potenciar mucho más.

Sé que se me va el tiempo. Ya les adelanto que entre los objetivos de esta Consejería, señor Freire, señora San José, señor Álvarez Cabo, señor Sanjuanbenito, está desagregar del hospital de La Paz el hospital Cantoblanco y crear ese hospital de media y larga estancia. Eso está en nuestros objetivos a corto plazo. ¿Quiere que se lo escriba? ¡Pero si se lo estoy diciendo aquí! Pues ya le pasaré yo un telegrama, no se preocupe; si ya queda en el Diario de Sesiones, supongo. Yo me comprometo

a que como objetivo a corto plazo, nuestra intención es desagregar del hospital de La Paz el hospital Cantoblanco, algo que ustedes me han propuesto, no será que se me ha ocurrido aquí ahora mismo. Me imagino que ya me conocen y no soy un hombre de ocurrencias aquí. Igual que lo de las urgencias de 24 horas, está negociado, pactado y estudiado con todo mi equipo. No me hagan ustedes ahora que les diga cómo me va en la asamblea; ¡apóyennos!, ya han visto que sí.

Además de nuestro objetivo a corto plazo, señor Freire, está escucharles a ustedes, y, de verdad, siguen pensando que es una pose política del Consejero. El Consejero viene aquí y toma nota y apuntes de todos ustedes y estudia todas las propuestas que hacen. Señor Freire, recogimos su propuesta y, entre los objetivos a corto plazo, estamos estudiando la posibilidad de convertir el Instituto Provincial de Rehabilitación en media y larga estancia, recogiendo su propuesta. ¡Nosotros sí estudiamos sus propuestas! Ustedes son los que no estudian las propuestas ni quieren trabajar con nosotros. De nuevo, tiendo la mano, pero, a largo plazo o a lo mejor un poquito medio plazo, déjenme unos meses, también estamos pensando en el hospital de Cruz Roja, en el hospital Santa Cristina. ¡Sí, claro que sí! Y vamos a necesitar de su ayuda.

Pero cuando yo les diga a ustedes si la Presidenta Cifuentes–Cristina Cifuentes, sigue confiando en mí, cuando yo venga aquí a decirles a ustedes o a un Pleno de la Asamblea que tenemos hecha la primera fase del estudio del libro blanco, que necesitamos tantas y tantas camas de media y larga estancia, que tantos hospitales que existen en determinados sitios de Madrid deben ir reconvirtiéndose poco a poco en media y larga estancia y que tienen que desaparecer, a la larga, jefaturas de servicio que no tienen nada que ver con la situación real, ¿cuál va a ser la respuesta que voy a recibir de ustedes? Espero que la respuesta sea la misma de hoy: su compromiso con la sociedad, su compromiso con la realidad, su compromiso con la necesidad clara, indiscutible e insoluble de camas de media y larga estancia. Muchas gracias, Presidenta. Gracias, señorías.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Consejero. Será un placer verle de nuevo por aquí.

El Sr. **CONSEJERO DE SANIDAD**: Estaré encantado cuando ustedes me digan. Ojalá pudiera venir todas las tardes.

La Sra. **PRESIDENTA**: Pasamos a continuación al segundo punto del orden del día.

C-366/2016 RGE.3036. Comparecencia del Sr. Dr. D. Pedro de Castro, Facultativo Especialista de Neuropediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Coordinador del grupo de trabajo sobre ICTUS pediátrico de la Comunidad de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, al objeto de informar sobre la necesidad de un código ICTUS infantil. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

El Sr. **ÁLVAREZ CABO**: Señora Presidenta, ¿podríamos hacer un receso? Como hemos hablado los...

La Sra. **PRESIDENTA**: Tenía entendido que era antes de la PNL. En cualquier caso, tenemos una pregunta parlamentaria también. Esperamos dos segundos a que venga el compareciente. (*Pausa.*) Muchas gracias, don Pedro, sea usted bienvenido y sean también bienvenidas las personas que le apoyan y que son invitados en nuestra Comisión de hoy. Recuerdo a sus señorías que, por acuerdo de la Mesa y portavoces, el compareciente va a mantener todos sus turnos de tiempo, pero los portavoces de los Grupos Parlamentarios dispondrán solo de cinco minutos para hacer sus intervenciones. ¿Está preparada la presentación? ¿Sí? Perfecto. Señor Castro, le recuerdo que tiene usted una primera intervención de quince minutos y, después de las intervenciones de los diferentes Grupos Parlamentarios, dispondrá de diez minutos más para contestar. Si está usted preparado, empezamos ya. (*Asentimiento por parte del señor De Castro.*) Don Pedro, tiene la palabra.

El Sr. **FACULTATIVO ESPECIALISTA DE NEUROPEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN Y COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE ICTUS PEDIÁTRICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID** (De Castro de Castro): Muchas gracias, señora Presidenta. En primer lugar, quisiera darles las gracias por permitirme estar aquí para defender una proposición no de ley con el fin de que se aplique el Código Ictus no solamente a los adultos sino también a los niños. También quiero dar las gracias a Paloma Pastor, de la Asociación de Daño Cerebral Sobrevenido de Madrid, porque sin ella no hubiese podido estar aquí, y también quiero dar las gracias a otros dos neurólogos infantiles como yo: la doctora Mariló Ruiz Falcó, del Hospital Niño Jesús de Madrid, y al doctor Rogelio Simón, del Doce de Octubre, por ayudarme a hacer esta exposición. Quisiera añadir que lo que voy a decir son argumentos exclusivamente científicos, no intervienen ideas ni argumentos políticos. Vamos a empezar con la presentación.

En primer lugar, vemos primero unos conceptos: el ictus viene de la palabra latina ictus, que significa golpe. Es un trastorno brusco –por eso la palabra golpe– de la circulación cerebral que altera la función de una determinada zona del cerebro. Hay dos grandes grupos de ictus: el ictus isquémico, cuando falta flujo cerebral a una determinada zona del cerebro, y el ictus hemorrágico, cuando se produce sangre por rotura de un vaso. Pero en el ictus infantil hay también dos grandes grupos: el ictus perinatal o neonatal y el ictus posnatal. El ictus perinatal es aquel que ocurre entre las 20 y 28 semanas de gestación en los prematuros y en los 28 días después del nacimiento, y el ictus posnatal cuando aparece después. Dentro de los ictus isquémicos hay dos grandes grupos: el ictus arterial isquémico, cuando lo que se produce es una obstrucción de una arteria, y la trombosis de senos venosos, cuando se produce la obstrucción de un seno venoso o de una vena.

Tanto los ictus isquémicos como los hemorrágicos constituyen una urgencia médica porque se sabe y es conocido que el tratamiento precoz mejora el pronóstico evitando la progresión de la lesión y disminuyendo las secuelas. Es por eso por lo que en todos los grupos de ictus hay unas

medidas generales de neuroprotección que cuando se aplican pronto mejoran el pronóstico. En los casos de ictus isquémicos están las trombolisis intravenosas y las terapias endovasculares que, cuando se aplican poco tiempo después de aparecer el ictus, son eficaces, y también hay tratamientos específicos, como la evacuación en los ictus hemorrágicos. Es por eso que los neurólogos de adultos han acuñado la frase "tiempo es cerebro", porque el tiempo es vital para que mejore el pronóstico de estas personas.

Entonces, para que lleguen a tiempo y se puedan producir estos tratamientos, existen una serie de códigos ictus extrahospitalarios, una serie de códigos ictus intrahospitalarios y unas unidades de ictus que funcionan en esta Comunidad, pero solamente se aplican a los mayores de 18 años. ¿Y qué pasa con los menores de 18 años? Pues que ninguna de estas cosas se aplica. ¿Por qué? No conozco ningún estudio que justifique que no se deba aplicar este código a los menores de 18 años. ¿Qué razones esgrimen? Primero, que el ictus es una patología de adultos y la incidencia en la población infantil es testimonial; que la recuperación de los niños que sufren un ictus es mejor, tienen menos secuelas; que muchos de los niños con síntomas de ictus tienen en realidad otras patologías y, por tanto, habría demasiados códigos ictus falsos, y que las guías de manejo del ictus infantil no recomiendan algunos de los tratamientos que hemos visto, como la fibrinólisis ni las terapias endovasculares. Y luego hay un problema específico del ictus pediátrico que es que el diagnóstico se retrasa demasiado. Vamos, entonces, a esbozar un poco esto.

En primer lugar, respecto a la incidencia, efectivamente, el ictus infantil es mucho menos frecuente que el adulto. Si estamos hablando en los adultos de 150 a 200 casos por 100.000 habitantes y año, en los niños está, según las distintas series, entre 2 y 13 casos por 100.000 niños y año. Pero no es una entidad infrecuente porque la frecuencia es la misma que la de los tumores cerebrales infantiles, para que tengan una idea. Cuando ocurren con más frecuencia es en el periodo neonatal, entre 17 y 63 casos por 100.000 niños y año, es un caso por cada 1.500 o 5.000 recién nacidos vivos. Si extrapolamos estos porcentajes a los datos del Instituto Nacional de Estadística, que en 2011 decía que había un millón y pico de niños menores de 18 años en la Comunidad de Madrid, según este porcentaje habría unos 44 casos de ictus posnatales nuevos cada año en la Comunidad de Madrid y unos 29 casos de ictus neonatales nuevos cada año también en la Comunidad de Madrid. O sea, no son frecuentes pero tampoco es una cantidad despreciable.

Otra de las razones que dice es que los niños tienen menos problemas posteriores. Vamos a hablar del daño cerebral sobrevenido por el ictus. La razón que aducen es porque la plasticidad neuronal hace que se recuperen mejor. Pues bien, es una de las diez mayores causas de muerte en la infancia, fundamentalmente a expensas del ictus hemorrágico. En segundo lugar, tienen secuelas entre el 60 y el 85 por ciento de los ictus isquémicos y entre el 33 y el 50 por ciento de los ictus hemorrágicos. ¿Qué tipo de secuelas tienen? De todo tipo: déficits focales motores permanentes, epilepsia, alteraciones de la visión, retrasos intelectuales o déficits cognitivos y dificultades escolares importantes como déficit en el lenguaje y en la lectoescritura y trastorno de las funciones ejecutivas. Además, este daño cerebral sobrevenido por el ictus se produce en pacientes con una larga esperanza de vida y entre el 6 y el 38 por ciento de los ictus infantiles sufren recurrencia, es decir, le repite el

ictus. Todo esto supone un alto coste sanitario; según este artículo publicado el año pasado, casi 48.000 dólares el año siguiente después del ictus. Y, lo mismo de antes, es un alto coste en personas con una alta esperanza de vida.

Nosotros, los neurólogos infantiles, tenemos una serie de dificultades añadidas en los casos de ictus pediátrico, y es que los primeros síntomas del niño, fundamentalmente, son una debilidad motora focal en carga de brazo, como en los adultos, pero a veces no aparece tan agudamente como en estos. Por otro lado, las alteraciones en el habla, en los niños pequeños, evidentemente y como es natural, es difícil de valorar, y es frecuente que los niños con ictus debuten, sobre todo los pequeños, con crisis epilépticas focales, y a veces esto confunde. Esto hace que, cuando un adulto tiene síntomas compatibles con un ictus, es un ictus en un 76 por ciento de los casos y no lo es en el 24 por ciento. Sin embargo, en este estudio, que se publicó el año pasado también, sobre 124 casos, cuando un niño tiene síntomas compatibles con un ictus, lo es en el 26 por ciento de los casos y no lo es en el 60 por ciento, aunque hay un 14 por ciento más que son problemas prioritarios que con un tratamiento precoz se beneficiarían, aunque no sean ictus en sí mismos.

Por otro lado, tenemos el problema de que, cuando un niño tiene síntomas de ictus infantil, hay muchísimas causas además del ictus que pueden producir estos síntomas, como toda esta ristra de causas que hay ahí, fundamentalmente las migrañas hemipléjicas y las crisis epilépticas focales con hemiparesias transitorias posteriores. Esto hace que nosotros, aparte del diagnóstico clínico, necesitemos uno neurorradiológico, y lo que tenemos en urgencias es el escáner, el TAC, que en los casos de ictus hemorrágico, como ven ahí, un caso de hematoma intraparenquimatoso o una hemorragia subaracnoidea son fáciles de diagnosticar y no hay más problemas, pero en los ictus isquémicos, que son los casos más frecuentes, el TAC puede ser normal en las primeras horas, como en este caso de una niña de 12 años que tuvimos en nuestro hospital, que tuvo una pérdida brusca de fuerza en el brazo derecho y el TAC era normal. Entonces, aquí tenemos la diferencia entre los adultos y los niños: en adultos, con una clínica compatible y un TAC como ese, se entiende que es un ictus y se actúa como tal; el TAC solamente se hace para descartar que tenga hemorragia, porque la causa más frecuente es el ictus. En cambio, en los niños con una clínica compatible y un TAC normal, como hemos visto que el diagnóstico diferencial es tan grande y que los síntomas a veces no son tan claros, solamente podemos decir que es un posible ictus y se necesita una confirmación neurorradiológica con otra prueba. La prueba es la resonancia magnética cerebral, que en las primeras horas, en el caso de esta niña que tuvo el ictus, fíjense cómo unas secuencias especiales que se llaman secuencias de difusión permiten ver que existe un infarto de la arteria cerebral media derecha, que justificaba la clínica y que efectivamente tenía un infarto. Pero ¿cuál es el problema de la resonancia magnética? Que no es accesible las 24 horas del día, que es necesaria la sedación en los niños más pequeños o no colaboradores y esto hace que se retrase el diagnóstico.

Resumiendo un poco todo lo dicho: la sintomatología a veces es poco sugestiva, el diagnóstico diferencial es amplio y, como no es frecuente pensar en el ictus como posibilidad diagnóstica y se precisa una confirmación neurorradiológica si el TAC es normal, se produce un retraso en el diagnóstico. Hay cuatro estudios ahí descritos que miden el tiempo medio desde los

síntomas al diagnóstico, y pueden ver que es entre 16 y más de 24 horas de media, lo cual, evidentemente, es excesivo.

Vamos a hablar ahora de las dificultades en el tratamiento del ictus arterial isquémico, que hemos dicho antes que es el más frecuente. Hemos visto esta diapositiva antes y vamos a centrarnos en el segundo apartado: la trombólisis intravenosa y las terapias endovasculares. Estos son tratamientos que sirven para eliminar el coágulo. Lo que hace la trombólisis es inyectar por vía intravenosa una sustancia que es el activador del plasminógeno tisular recombinante que hace que se disuelva el coágulo. El problema es que solamente se debe aplicar en las primeras cuatro horas después de haber aparecido los síntomas, lo que es la ventana terapéutica, si no, hay riesgo de hemorragia y no es tan eficaz. Por otro lado, hay otros tratamientos que se llaman terapias endovasculares, que consisten en llegar con un microcatéter al lugar de la obstrucción; en la trombolisis intraarterial se suelta una sustancia que es un fibrinolítico para disolver el coágulo, y la estromectomía mecánica, que lo que hace es destruir el coágulo mediante procedimientos mecánicos. Ventajas: que la ventana terapéutica de ambos procedimientos es de seis horas.

Nosotros, en este aspecto, en ictus infantiles, hay una serie de guías de manejo. La primera es de hace tiempo, del año 2004, británica; después, una de la American Heart Association, de 2008, y la última publicada es una de American College of Chest Physicians del año 2012. Entonces, estas guías tienen una serie de recomendaciones, pero el problema es que, como no hay grandes series de niños con ictus, tienen un bajo nivel de evidencia en general. ¿Y qué es lo que dicen estas guías respecto a estos tratamientos? Ninguna de estas guías recomienda el uso de trombolisis en el ictus pediátrico, pero no pudieron ponerse de acuerdo en el caso de los adolescentes. Dijeron que no porque estaba mal, porque había contraindicaciones y porque no había ensayos suficientes. Sin embargo, recientemente se ha hecho esta guía con criterios de inclusión y exclusión del primer tratamiento que hemos visto, la trombolisis intravenosa, y dice que la eficacia y el riesgo de la administración de la Alteplasa en la población pediátrica en menores de 18 años no está bien establecida. Es decir, que no dice que no se recomienda, sino que cada uno haga lo que estime oportuno. Entonces, la trombolisis se está utilizando y cada vez más. Se calcula que entre el 2 y el 7 por ciento del total de los ictus pediátricos reciben estos tratamientos, fundamentalmente los segundos, las terapias endovasculares, porque, como aumenta la ventana terapéutica a esas horas y se tarda más, pues es más efectivo. Además, hay datos para pensar que con los criterios usados en adultos puede ser un tratamiento bastante seguro. Así, los adultos jóvenes tratados con este tratamiento tienen menos porcentajes de hemorragia que los más ancianos. En la práctica, ¿cuándo se utiliza? Pues en casos de adolescentes y en casos severos en los que se compromete en general la vida de la persona, como los ictus de la arteria basilar, que es una obstrucción muy grave; fundamentalmente en terapias endovasculares.

Como conclusiones, quiero decir que los niños, aunque con menos frecuencia que los adultos, tienen ictus y no es una cantidad despreciable; que constituyen una patología grave que determina en un alto porcentaje secuelas importantes, daño cerebral sobrevenido, que es de por vida y conlleva un alto coste personal, familiar, social y económico en personas que tienen una larga

esperanza de vida; que el ictus infantil, al igual que el de los adultos, es un urgencia médica, porque el tratamiento precoz disminuye las secuelas. Un artículo publicado hace muy poco tiempo, en este año, de Mackay y colaboradores, dice que es la urgencia médica pediátrica cuyo diagnóstico causal debe hacerse más precozmente. Entonces, para mejorar el diagnóstico precoz, es necesario concienciar al personal sanitario, al extrahospitalario y al de urgencias de la existencia del ictus también en la infancia. Aquí en adultos se ve a la derecha que existe el código FAST, es decir, cuando hay afectación en la cara, una parálisis en la cara, debilidad de un brazo o alteraciones en el lenguaje, hay que llamar inmediatamente a urgencias. Entonces, se ha visto que en el ictus infantil este algoritmo, esta idea es útil en el 78 por ciento de los ictus infantiles, incluso dicen que, aparte de la palabra FAST, se debería añadir la letra "R", que significaría "remember" que los niños también tienen ictus. Luego, hay otros algoritmos como este del personal en urgencias hospitalarias, ROSIER, que también ha demostrado su sensibilidad en el 81 por ciento del ictus infantil.

Debe facilitarse el traslado urgente a un centro de referencia con neuropediatra de alerta y con UVI pediátrica; esto es importante. Debe poder accederse a la realización de resonancias magnética cerebral urgente y prioritaria las 24 horas del día a un niño con sospecha de ictus. En la actualidad, los tratamientos de trombolisis intravenosa y terapias endovasculares, como hemos visto, no deben excluirse a priori en casos que cumplan los criterios de inclusión y de exclusión. Entonces, el algoritmo sería este: comienzo de los síntomas sugestivos de ictus; valoración por personal sanitario y extrasanitario; usar la escala FAST también en niños; aplicar el código ictus extrahospitalario para que llegue antes al hospital; cronometrar el tiempo desde el inicio de los síntomas; ir a urgencias pediátricas; aplicar la escala de ROSIER o similar; valorar aplicar código ictus intrahospitalario; iniciar tratamiento de neuroprotección y hacer analíticas; avisar al neuropediatra de alerta y hacer una resonancia magnética cerebral. Si no hay ictus, ya está; si hay ictus hemorrágico, tratamiento específico del mismo; si hay trombosis de sangre venosos, también hay tratamiento específico con anticoagulación, fundamentalmente, y si hay un ictus arterial isquémico, valorar: si ha llegado en menos de cuatro horas, trombolisis intravenosa, y en menos de seis horas, valorar terapias endovasculares. También depende de la edad, etcétera.

Por último, quiero decir que en 2009 el Ministerio de Sanidad editó un libro de estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. Había un comité multidisciplinar con representantes de muchas sociedades, entre ellas la nuestra, la de neuropediatría -estaba yo como representante de esa sociedad-, y de todas las comunidades autónomas, incluyendo la de Madrid. En este libro de estrategia, en el apartado 2.2.2, "Objetivos y recomendaciones", dentro de los objetivos científicos, el punto 2.8 dice: "Las comunidades autónomas promoverán pautas de actuación para la atención del ictus pediátrico"; y en el punto 2.4, "Recomendaciones", dice: "Formar a los pediatras en la prevención y atención a los niños con ictus". Creo que sería una buena idea cumplir estos objetivos en nuestra Comunidad aplicando el código ictus a la edad pediátrica. Nada más. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctor Castro. Ha sobrepasado largamente su tiempo, pero creo que merecía la pena. En cualquier caso, supongo que nos dejará una copia de su intervención para que luego podamos distribuirla a los Grupos Parlamentarios. (El Sr. **DE CASTRO DE**

CASTRO: *Sí, está aquí. La he dejado en el ordenador.*) Perfecto. Pasamos a continuación al turno de los representantes parlamentarios, de menor a mayor representación, a los solos efectos de pedir aclaraciones al compareciente, por tiempo máximo de cinco minutos. Toma la palabra en primer lugar el portavoz del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, doctor Álvarez Cabo.

El Sr. **ÁLVAREZ CABO:** Buenas tardes, doctor De Castro. Muchas gracias por su exposición. La verdad es que a veces reconforta no hablar estrictamente de política en esta Comisión, sino de medicina, y contar otra vez con el método científico y con propuestas concretas. Previamente a su comparecencia, yo había formulado tres preguntas, porque conozco el ictus -he trabajado durante años en un hospital que forma parte de uno de los dos nodos de atención al ictus en Madrid- y tenía una serie de preguntas concretas a las que creo que es importante que dé usted respuesta. Se las recuerdo para que en el turno de réplica pueda decirnos algo. ¿Hay experiencias de redes de atención al ictus en otros países -inicialmente había puesto comunidades autónomas, pero sé que la única que ha avanzado en este sentido es Cataluña y no ha terminado de implementarlo, porque se va a implementar próximamente- que nos puedan servir de referencia? Esa es la primera cuestión.

¿Cuál sería, a su juicio, la mejor estructura organizativa posible de la Comunidad de Madrid para atención al ictus infantil? Porque, en función de los tres requisitos que usted ha recordado muy bien: la necesidad de que exista neuropediatra de guardia y una UVI pediátrica, de que haya disponibilidad 24 horas de áreas de resonancia magnética -eso no es general en todos los hospitales públicos- y que, además, haya experiencia en ese centro en la trombolisis y las terapias endovasculares, el universo de posibles centros para poner esto en marcha se acota mucho en la Comunidad de Madrid. Me gustaría que concretara un poco más.

La siguiente tiene relación con esto: ¿De cuántas unidades de ictus infantil debe disponer la Comunidad de Madrid para dar respuesta a las necesidades asistenciales? Ahora mismo, si no recuerdo mal, en adultos hay ocho y próximamente se van a autorizar dos más, previsiblemente. Usted ha recalcado que la incidencia es muy superior que en niños. ¿Cuál sería, entonces, el dimensionamiento adecuado en niños?

Quiero saber si, desde el punto de vista formal, hay organizado algún grupo de trabajo en Madrid en relación con la atención al ictus pediátrico, igual que en la atención al ictus de adultos se constituyó hace siete u ocho años un grupo de trabajo que hizo un análisis exhaustivo de la situación, revisión de la bibliografía en el momento actual, y sus propuestas y conclusiones se concretaron en la estructura de atención al ictus que ahora conocemos en Madrid: el código ictus, las unidades, los centros de referencia tanto para la trombolisis como para el tratamiento endovascular. Quiero saber si se están dando algún tipo de pasos formales en este sentido o si en Madrid todavía estamos en una fase preliminar de conversaciones entre profesionales, pero sin el refrendo de la Consejería. Me gustaría que en su intervención diera respuesta a estas cuestiones, porque a nosotros, obviamente, el ictus pediátrico nos preocupa mucho. Usted lo ha dicho muy bien: es una patología que, aunque sea poco frecuente, al que le toca en muchos casos le genera un daño cerebral irreversible y consecuencias en personas que tienen una larguísima esperanza de vida, aparte del sufrimiento que

puede generar en padres, madres y en todo su entorno familiar, y, por tanto, es una cuestión que hay que abordar, pero hay que abordarla con garantías de que se hace en aquellos centros donde se cuenta con los medios y la experiencia adecuada, que se va a hacer de una manera eficiente, equitativa, para que sea un acceso fácil desde todos los puntos de Madrid, y también, por qué no, eficiente, porque estamos hablando de recursos públicos. Muchas gracias, doctor Castro.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Álvarez Cabo. A continuación tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Podemos, doña Mónica García.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, señora Presidenta. Muchísimas gracias, doctor Castro, por estar aquí y por traernos un poquito de ciencia, como ha dicho el portavoz de Ciudadanos. Bueno, aquí estamos acostumbrados a hacer política de macrogestión, y creo que de vez en cuando está bien que nos bajemos a la microgestión y a las cosas clínicas, digamos, en las que la política puede ayudar, porque, a fin de cuentas, esto de que el código ictus no esté ahora mismo habilitado, digamos, todo el código, para menores de 18 años, no deja de ser una decisión administrativa, que seguramente ahora, como usted nos ha demostrado en su presentación, pueda ser ampliada. Luego, que esté usted aquí dándonos los argumentos científicos para que el código ictus se pueda ampliar yo creo que es bastante bueno.

Quería agradecer al resto de los Grupos que nos hayan permitido al Grupo Parlamentario Podemos traer dos comparecencias acumuladas, como es su comparecencia, y después la PNL, que viene a colación, digamos, de su comparecencia.

Voy a aprovechar las preguntas que le ha hecho el señor de Ciudadanos porque, básicamente, eso es lo que nos interesa. Los argumentos clínicos que justifican la PNL que luego vamos a debatir ya nos los ha dado. La bibliografía creo que la tiene; supongo que es verdad que es una bibliografía escasa, porque los casos son escasos. Los ejemplos de otras comunidades autónomas, incluyendo la de Cataluña, seguramente ya los conozca. Eso es, efectivamente, todo lo que hay alrededor del coste de eficiencia que creo que está bastante demostrado en los adultos, en la implantación de este tipo de código ictus en adultos, cómo ha repercutido en una mayor eficiencia, digamos, del tratamiento de la patología de este proceso. Entonces, la idea era, efectivamente, aprovechar que tenemos una maquinaria que funciona -por supuesto tiene sus limitaciones, y habría que seguir evaluando y viendo a ver en qué está fallando- para integrar en ella la parte infantil, que tiene sus propias características y que seguramente, a través de un grupo de trabajo... Creo que es usted coordinador del Grupo de Trabajo sobre Ictus Pediátrico de la Comunidad de Madrid y por lo menos tiene ya una especie de red de profesionales que están preocupados por este tema, y no sé si ya están trabajando con la Consejería o es un grupo de trabajo que tienen ustedes como neuropediatras. Eso sí que estaría bien saberlo, porque creo que se va a formar ahora un grupo de trabajo de daño cerebral adquirido en el que creo que va a haber un apartado especial para el ictus infantil. Me gustaría que usted nos contara cómo lo coordinaría usted, cuáles son los requisitos que considera que un hospital debe cumplir, porque, efectivamente, no todos los hospitales cumplen esta serie de requisitos, y también ver en qué unidades de ictus... Supongo que no merecería la pena crear

una unidad de ictus infantil, pero sí aprovechar las unidades que hay infantiles, o las UVI pediátricas que hay en aquellas que tengan a su disposición tanto neuroradiólogos como neuropediatras que ya tengan la infraestructura hecha. En este sentido, nos gustaría saber su opinión como experto en este tema acerca de cómo lo coordinaría usted y qué recursos necesitaría.

Hay un tema que me ha llamado la atención cuando hemos difundido esta PNL, el del transporte pediátrico. Creo que tienen bastantes dificultades a la hora de hacer los transportes pediátricos, porque los profesionales que hacen el transporte no están bien formados en el tema del transporte pediátrico. Entonces, a lo mejor, también habría que incluir en el grupo de trabajo no sé si la formación o lo que usted considere que es importante a la hora de que todo esto sea efectivo, porque, en los datos que nos ha dado, ha dicho que el 26 por ciento se confirma que son un verdadero positivo para ictus y un 14 por ciento no, pero que sí es patología urgente y que seguramente se podrán hacer medidas neuroprotectoras. Con lo cual, estamos hablando de un 40 por ciento; es un 40 por ciento de aquellos niños en los que se tiene sospecha, que creo que es un porcentaje bastante alto y la intervención urgente es importante seguramente, como bien dice, el tiempo es cerebro y el cerebro es futuro. Consideramos que cuanto más urgente sea el diagnóstico y el tratamiento de estos niños, obviamente, eso nos va a dar futuro para esta población.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señora García, vaya terminando.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Quiero agradecer su comparecencia y, por supuesto, a Paloma Pastor y a los integrantes de las asociaciones que nos acompañan, que en cierta manera hayan sido impulsores también de esta proposición. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora García. A continuación es el turno del portavoz del Grupo Parlamentario Socialista, señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Muchas gracias, señora Presidenta. Gracias al Grupo de Podemos y a usted, doctor Castro, por la presentación que nos ha hecho. Yo no he mandado ninguna pregunta por escrito, porque esas preguntas por escrito con anticipación están presentadas para un teatro político; aquí no es necesario, usted habla desde el conocimiento profesional que no necesita que le anticipen preguntas. Las que yo le haría, claramente entran en el grupo que ha hecho el portavoz de Ciudadanos, señor Álvarez. Únicamente quería subrayar el valor que tiene que los profesionales del sistema sanitario, los médicos de la Comunidad de Madrid se preocupen por estas cosas activamente, más allá de lo que es su estricta obligación de cumplir el deber, el contrato y el horario. Tengo delante de mí, la versión beta del Protocolo de Atención al Ictus Pediátrico que han hecho sus colegas de La Paz, ustedes están trabajando por otro lado, y quería poner en valor eso; quería agradecerse y decir que sin el compromiso profesional de médicos, personal de enfermería y también, en este caso, hay que señalarlo -lo ha mencionado la portavoz de Podemos-, de las asociaciones de pacientes que sufren este tipo de patologías.

Y quiero terminar insistiendo en que estamos hablando de la fase aguda de la enfermedad. En marzo tuvimos ocasión de plantear en el Pleno el problema que queda luego, en aquel caso lo

hicimos en relación también con los daños cerebrales sobrevenidos, el problema de rehabilitación emocional, cognitiva, etcétera. Este es un tema menos glamuroso y que más fácil se olvida. Se lo hemos preguntado antes al Consejero de Sanidad, pero no hemos tenido respuestas muy satisfactorias.

Termino dándole de nuevo las gracias a usted y a la asociación, que han hecho posible que hoy discutamos esto, que es importante. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Freire. Para terminar las intervenciones de los Grupos Parlamentarios, tiene la palabra don Diego Sanjuanbenito en representación del Grupo Parlamentario Popular.

El Sr. **SANJUANBENITO BONAL**: Muchas gracias, Presidenta. También, muy brevemente, quiero agradecer la presencia de un destacadísimo neuropediatra, como es el doctor De Castro, con más de 30 años de experiencia en uno de nuestros grandes hospitales públicos de la Comunidad de Madrid como es el Gregorio Marañón y su compromiso, como decía el señor Freire, con el abordaje terapéutico del ictus pediátrico. Yo no quiero repetir tampoco, por no alargar, los argumentos que ya ha expuesto el doctor De Castro, que además son argumentos médicos y científicos y no nos corresponde como parlamentarios cuestionarlos, pero tampoco los de los portavoces de los Grupos de la oposición. Yo creo que todos conocemos la situación; evidentemente, la presentación del doctor de Castro ha sido todavía más aclaratoria, pero sé que todos hemos trabajado en lo que era la proposición no de ley que luego vamos a debatir, hemos conocido los pros y los contras que han impedido hasta el momento el desarrollo de un Código Ictus dirigido a los menores de edad o que hayan motivado –si es más correcta la expresión- la decisión del grupo técnico de no implementarlo dentro de nuestro sistema.

Desde luego, señora Presidenta, la postura del Grupo Popular es favorable a apostar por una visión preventiva, por investigación y, en definitiva, por todas las fórmulas que favorezcan un diagnóstico lo más ágil posible, sabemos que es clave en este caso que permita a su vez tratar de manera inmediata y reducir así las posibles secuelas del ictus en niños, independientemente -y eso también lo quiero dejar claro- de su incidencia; aquí no estamos hablando de estadística, estamos hablando de salud pública y de salud pública, además, en un entorno de igualdad de derechos y en el que todo el mundo tiene que tener una garantía, sean dos casos en cien mil o sean diez casos en cien mil. Yo creo que Madrid no merece menos y por eso agradezco la comparecencia. Esta es nuestra postura. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Sanjuanbenito. Para concluir esta comparecencia, tiene la palabra el doctor De Castro por un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **FACULTATIVO ESPECIALISTA DE NEUROPEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN Y COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE ICTUS PEDIÁTRICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID** (De Castro de Castro): Muchas gracias a todos por sus palabras. En cuanto a lo que me ha preguntado el portavoz de

Ciudadanos en relación con las redes de atención al ictus infantil, realmente hoy por hoy no hay hecho nada. Dentro del ictus infantil, como no está protocolarizado, no hay nada hecho. Como decía el doctor Freire, hay un hospital en el que se hizo Código Ictus Infantil, en La Paz; no un Código Ictus sino que sería una especie como de vía clínica. Nosotros también hicimos una en nuestro hospital lo que pasa es que no se pudo llevar claramente a efecto, pero evidentemente los hospitales que estén interesados deben hacer una especie de vía clínica. Creo que es importante que existan neuropediatras de alerta. Es importante porque hasta ahora ha habido cardiólogos de alerta, pero no neurólogos infantiles de alerta. Yo creo que es importante.

Por otro lado, en cuanto a las resonancias magnéticas, no todos los hospitales... No sé cómo se podría hacer, no sé si podría ser una resonancia magnética en un hospital de la red de los hospitales de Madrid que esté de alerta o que tenga ese día el técnico, de tal forma que se vaya directamente a ese hospital o que haya un hospital con alerta, no solamente en resonancia sino en todo, con neuropediatra y con todas las posibilidades.

En cuanto a la experiencia, realmente en ictus infantil casi nadie tiene, porque hay pocos niños, porque eso no se ha trabajado, porque no se ha utilizado y porque incluso para muchos pediatras lo del ictus infantil no les suena y por eso hablaba yo de crear esto que hemos comentado de los FAST, para que los pediatras de atención primaria tengan conciencia de que esto existe y de que es importante.

Yo soy el coordinador del Grupo de Ictus de la Sociedad Española de Neurología Infantil y de la Sociedad Madrileña de Neurología Infantil, también saben que soy un poco el coordinador y, efectivamente, si ustedes quieren, se puede formar un grupo de trabajo, no sé cómo, porque no me he metido en cómo se puede hacer, pero yo creo que sí se puede hacer algo. En relación a lo que hay en Cataluña, lo que yo sé y lo que me han dicho, es que se hizo una idea, pero fue un esbozo, y no hay nada concreto en ese sentido. No se ha hecho.

En cuanto al transporte pediátrico, efectivamente, tiene que estar compuesto por personal especializado. Yo creo que en las UVI cada vez hay más personas dedicadas a los niños. En cuanto a dónde deben estar, pues creo que los niños evidentemente deben estar en un hospital infantil no en una unidad de ictus de adultos, porque no puedes mezclar a un niño de 5 años con un señor de 70. Tienen que estar en hospitales infantiles y, hoy por hoy, creo que el sitio ideal para manejar estos tratamientos es la UVI pediátrica.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor De castro, por su comparecencia hoy aquí. Esperamos verle de nuevo cuando corresponda. También quiero agradecer la presencia de doña Paloma Pastor, de los neuropediatras que le acompañan y las personas de la Asociación de Pacientes de Daño Cerebral Sobvenido. Supongo que nos va a acompañar a la PNL, a la proposición no de ley que se va a tramitar en el último punto del orden del día y por tanto, le pido que deje en este momento el estrado y que nos acompañe al fondo de la sala. Muchas gracias. Pasamos al siguiente punto del orden del día.

PCOC-123/2016 RGEF.527. Pregunta de respuesta oral en Comisión, a iniciativa del Ilmo. Sr. D. José Manuel Freire Campo, diputado del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, al Gobierno, sobre los planes del Gobierno para implantar la CIE-10 en el Servicio Madrileño de Salud.

Llamo al estrado a comparecer al Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, don César Pascual. (*Pausa.*) Muchas gracias, señor Pascual; bienvenido una vez más a esta Comisión. Tiene la palabra el señor Freire para formular esta pregunta.

El Sr. **FREIRE CAMPO:** Gracias, señora Presidenta. Bienvenido, doctor Pascual. La pregunta que le formulo en nombre de mi Grupo tiene que ver con los planes del Gobierno para implantar la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 en el Servicio Madrileño de Salud. Le agradecería que fuera al grano: los planes, los problemas, que no me comentara en qué consiste la CIE-10, que lo sabemos. ¿Cuál es la diferencia entre la CIE-10 y la CIE-9? Puede comentar algunas cosas respecto a la complejidad que implica y la necesidad adicional de recursos. En definitiva, que responda a lo que le preguntamos como suele usted normalmente hacer, aunque no todos los comparecientes lo hagan, y perdone que le haya hecho esta salvedad. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchas gracias, señor Freire. Don César Pascual, tiene usted la palabra.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Muchas gracias, señora Presidenta. Señoría, voy a ser concreto respecto a lo que me pregunta. En realidad, la transición a la CIE-10 es un proyecto en el que este país lleva embarcado desde hace cuatro años, cuando el grupo de trabajo del Ministerio llegó a la conclusión o al consenso de que 2016 debía ser el año en el que se implantara en todas las comunidades autónomas y ya se ha comenzado. Es un proyecto que, como saben sus señorías, es muy complejo porque implica una enorme remodelación de los sistemas de información y, sobre todo, especialmente implica un elevado número de sistemas y de integraciones de distintos programas que se han visto impactados por el cambio en la versión de codificación.

Básicamente estamos pasando de un sistema de codificación de unos 70 códigos diagnósticos habituales, aunque había más, a uno mucho más complejo, mucho más difícil, que requiere además de una formación mucho más concienzuda y especializada en los codificadores, porque lo que sí tengo que decir ya rotundamente es que los sistemas de codificación automática no están funcionando como se esperaba de ellos, ni aquí ni en ningún sitio. Quizás deberíamos haber aprendido la lección de Estados Unidos, donde no funcionaron y que llevan ya años intentando implantarlos y haber planteado unas fechas más realistas, pero lo cierto es que la Comunidad Autónoma de Madrid decidió cumplir con la fecha e implantarlo este año, sabedores de las dificultades y los riesgos que entrañaba esta decisión.

Hemos empezado ya la implantación de CIE-10 a distinta velocidad y con distinto resultado en distintos hospitales. Puedo decirle que hay hospitales que están a estas alturas codificando ya al 90

por ciento, y hospitales que están codificando al 2 por ciento. En ese rango nos estamos moviendo a fecha de mayo. Esperamos, con la nueva aplicación, la última versión que hemos incorporado y los últimos codificadores, tener alineados todos los hospitales allá por julio y recuperar toda la información, que se está codificando en papel, que luego hay que pasarla; es decir, no es información perdida. Se están codificando doblemente el CIE-9 y el CIE-10, guardando este último en papel para, luego, tratar de incorporarlo.

El objetivo era que el CMBD fuera de calidad, porque, si no, al final, podíamos habernos lanzado a una aventura peligrosa si no hubiéramos garantizado la calidad de la información. Además, había que mantener todas sus utilidades en marcha. De hecho, algunas comunidades autónomas han retrasado la implantación en nuestro país. Pusimos en marcha la codificación y, a partir de un grupo de trabajo que se había creado ya con anterioridad en la extinta Dirección General de Sistemas de Información, en la que participaban todas las direcciones generales, que estuvo trabajando desde hace tres años hasta ahora con un grupo técnico asesor para la codificación, donde se formaron los seis expertos de referencia que tenemos en este momento, que han estado formando al resto de codificadores.

En estos momentos estamos recuperando el ritmo de la codificación. Le digo ya que hay hospitales que están llegando al 90 por ciento de la codificación; como está el doctor Álvarez Cabo, le digo que el Ramón y Cajal es uno de ellos, que está a unos niveles de codificación muy altos, de los mejores que tenemos, y hay otros hospitales que, sin embargo, se están quedando en el 2 por ciento, como uno que está cerquita y que es La Paz, y no me importa decirlo, porque lo sabe su señoría.

Hemos tenido dificultades añadidas por el cambio de profesionales y la dificultad que hay ahora de encontrar personal de codificación preparado porque es tremendamente complicado; los grandes codificadores se han ido a las empresas privadas que están haciendo sistemas de codificación y no encontramos gente cualificada para trabajar en el CIE 10. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Pascual. Tiene la palabra, para la réplica, el señor Freire; adelante.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señor Director General. Le he planteado este tema precisamente porque es extraordinariamente vital para el buen funcionamiento del sistema. La información es como la sangre de la organización. Ciertamente, usted ha comentado que el cambio es complejo.

Ha caído en mis manos una presentación del Sermas de abril de 2015 en la que se detallan bien las cosas, pero es de abril de 2015, cosa que he tenido que ver por los metadatos porque no estaba la fecha arriba. Y, claro, abril de 2015; si este cambio tan importante tiene que empezar en enero de 2016, es demasiado tardío. Conociendo la complejidad del tema, hay varios asuntos importantes en esa presentación; por ejemplo se decía que codificar una historia en la CIE 9 llevaba una media de 12 minutos o 12 minutos y medio, pero en la CIE 10 sería de 25 minutos y medio. Las medias de altas al día que podía hacer un codificador pasaban de 34 a 16. En ese informe se venía a

decir que se necesitaría un refuerzo de codificadores de casi un 60 por ciento. Me ha recordado el Portavoz de Ciudadanos, el doctor Álvarez Cabo, que ellos incluyeron la categoría de codificador, que es una de las cosas claves entre los perfiles profesionales.

El Ministerio de Sanidad, no suele ser frecuente, pero esta vez ha hecho su trabajo; cualquiera que mire en la página web, la transición, desde hace ya cuatro años puede ver cursos on-line que se pueden seguir y presentaciones muy educativas. Claro, ustedes –si lo recuerdo bien- hablaban exactamente de 130 profesionales de codificación, teniendo en cuenta que en algunos centros la codificación está externalizada, por ejemplo, me comentan que en el Puerta de Hierro, en Getafe, en El Escorial y en Fuenfría. Pero, le pongo por comparación Irlanda –la República de Irlanda- que tiene menos habitantes que Madrid, cuyo modelo de paso a la CIE 10 fue presentado al Ministerio de Sanidad y hablan de más de 200 codificadores. Entonces, aquí hay un problema y, claramente, una falta de recursos. Ustedes acaban de llegar, pero el partido en el Gobierno está en el Gobierno desde hace muchos años y no parece que en Madrid se haya planificado con suficiente rigor este dato. De hecho, los profesionales, los jefes de servicio, creo recordar que en noviembre, escribieron una carta al Consejero para aplazar la fecha, como ha hecho Cataluña y como hizo Valencia. No han tenido en cuenta esa sugerencia y lo que me preocupa, lo que nos debe preocupar –y a usted me consta que le preocupa, aunque quizás aquí no lo pueda decir- es que la codificación está extraordinariamente deslavazada: la CIE 10 ha sido cargada en los sistemas, en algunos casos hace 15 días, en otros todavía no está cargada; hay problemas con lo que se ha cargado, que codifican los dos sistemas a la vez y chupa códigos que no debiera de chupar; en fin, el número de hospitales que han pasado información sobre CMBD de enero que se cuentan con los dedos de media mano. Entonces, para la lista de espera quirúrgica me dicen que se sigue utilizando CIE 9. Luego hay otro tema que es más grave porque afecta al dinero, ¿qué pasa con la codificación y las tarifas? Este tema es importante.

En definitiva, y aprovecho la anécdota en la medida en la que CIE-10 es anécdota al hablar de categoría, hay un enorme vacío en la sanidad y en el Gobierno de Madrid en la tecnoestructura, una tecnoestructura competente... Ustedes han hecho demasiados cambios al llegar y algunas de las personas clave que estaban llevando esto no están llevándolo, y las personas en una cosa tan especializada como esta son críticas. Este es el comentario que le tenía que hacer.

La Sra. **PRESIDENTA**: Señor Freire, vaya acabando, por favor.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Sí. Deseo que les funcione bien, pero para ello tienen que poner más recursos y tienen que poner, fundamentalmente, más recursos de todo tipo, y me hace que, hasta ahora, por lo que fuere, no los han puesto. Quizá no todo sea responsabilidad de los que acaban de llegar, pero estos son los hechos. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Para terminar la réplica, tiene de nuevo la palabra don César Pascual.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Gracias, Presidenta. Tengo que decirle, señoría, que sí estamos poniendo

recursos. Los primeros recursos que se han puesto han sido informáticos: comprar todas las versiones, instalarlas y probarlas. Le he dicho anticipadamente que no están funcionando como debieran, pero hemos probado todas las versiones que había en el mercado de codificación automática y las de ayuda a la codificación. Efectivamente, el número de codificadores en Madrid es pequeño porque Madrid tiene mucho personal de enfermería codificando en admisión. Estamos transicionando este personal, formándolo también, pero queremos incorporar también a técnicos en codificación propiamente en los hospitales y, de hecho, estamos contratándolo, lo que pasa, insisto, es que en el mercado hay muy poca gente para contratar la que estamos buscando. A pesar de todo hemos incorporado, afortunadamente, seis nuevos técnicos. Es verdad que además tenemos la evaluación de los que necesitaría cada uno de los hospitales y se ha creado un grupo director, donde están participando aquellos profesionales que más sabían de codificación.

Efectivamente, recibí a todos los jefes de servicio que escribieron aquella carta y tuvimos una larga reunión en Sollube donde les comuniqué que teníamos que cumplir el compromiso de 2016. Ellos me expusieron todas las pegas que veían en el panorama, pero al final llegamos al consenso de que lo íbamos a aplicar este año. Desde nuestro punto de vista, insisto, creo que para julio o agosto podremos llegar a recuperar el nivel de codificación cien por cien y recuperar eso que estamos que estamos codificando en papel e incorporarlo a los planes informáticos. Ya tenemos diseñado el plan de auditor de calidad de la codificación, que pondremos en marcha ya con las que están codificando para validarlo, lo mismo que se validó...

La Sra. **PRESIDENTA**: Le tengo que pedir que vaya concluyendo.

El Sr. **DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA** (Pascual Fernández): Terminó ya, Presidenta. Es lo mismo que se puso en marcha en su momento, un estudio piloto previo, en el Doce de Octubre, en el Clínico y en Fuenlabrada, con los distintos modelos informáticos.

Por cierto, seguimos también con dificultades en la integración con distintas plataformas, lo que funciona con una plataforma con otra nos da problemas y, por tanto, no es fácil poderlo acoplar, pero creo que el compromiso del Sermas es que esté funcionando porque precisamente estamos facturando a mano, transformando CIE-9 en CIE-10 para poder facturar con CIE-10 y, entre otras cosas, lo necesitamos también para gestionar el propio Sermas. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Pascual. Ya sabe que será bienvenido la próxima vez que tenga que venir por aquí. Vamos a hacer un receso de cinco minutos a petición de los Grupos Parlamentarios hasta las 18:15 horas.

(Se suspende la sesión a las dieciocho horas y nueve minutos).

(Se reanuda la sesión a las dieciocho horas y treinta y un minutos).

La Sra. **PRESIDENTA**: Pasamos al cuarto punto del orden del día.

PNL-74/2016 RGE.3259. Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, con el siguiente objeto: se insta a la Consejería de Sanidad a: 1.- Realizar un programa de ictus pediátrico que, en analogía con el Código Ictus, regule y protocolice este proceso asistencial en su ámbito extrahospitalario, usando códigos similares a los que ya existen en el ictus de adultos, adecuados a su edad, conectando los sistemas de emergencia con el Hospital e intrahospitalario poniendo en funcionamiento también códigos específicos y un equipo de facultativos que priorice al paciente con ictus y poniendo en marcha actuaciones y procedimientos prefijados. 2.- Que el programa coordine a los especialistas en Urgencias Extrahospitalarias, Pediatría de Primaria, Urgencias Pediátricas, Neuropediatría, Neurología y Radiología Intervencionista, planificando la asistencia de modo que se aprovechen los recursos existentes en los Hospitales de la red sanitaria pública que participan en el Código ICTUS.

Como esta iniciativa incluye votaciones, voy a preguntar a los diferentes Grupos Parlamentarios si hay sustituciones. ¿Por parte del Grupo Parlamentario de Ciudadanos?

El Sr. **ÁLVAREZ CABO**: No, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. ¿Por parte del Grupo Parlamentario Podemos?

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: No, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. ¿Por parte del Grupo Parlamentario Socialista?

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Sí, dos: don Nicolás Rodríguez García sustituye al Vicepresidente de la Comisión y doña Carmen López Ruiz sustituye a doña Carmen Martínez Ten.

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

El Sr. **SANJUANBENITO BONAL**: No, señora Presidenta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Pasamos al turno de las intervenciones. En primer lugar, interviene la portavoz del Grupo Parlamentario Podemos, doña Mónica García, por tiempo máximo de diez minutos.

La Sra. **GARCÍA GÓMEZ**: Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señorías. Venimos a presentar esta proposición no de ley después de la comparecencia del doctor De Castro. Quería resaltar que esta proposición es fruto de un trabajo que hemos hecho en equipo, de un trabajo que viene de la asociación de pacientes, de profesionales y de diferentes asociaciones que están relacionadas con el daño cerebral adquirido; al final es un trabajo conjunto y, en este sentido, me hace especial ilusión presentar esta proposición no de ley. Como hemos dicho antes, seguramente esto sea una proposición no de ley muy marcada en la microgestión, en un concepto muy del día a día de los clínicos y me parece que es también una manera de hacer política basada en la evidencia y de traer a esta Cámara una propuesta en la que los políticos seamos capaces de ayudar a los clínicos.

Creo que muchas veces la Administración, lejos de acompañar y lejos de impulsar el trabajo de los clínicos, tiene trabas. No es la primera vez y supongo que coincidirán los diferentes profesionales que están aquí en la sala hoy en que muchas veces hay cosas que no tienen explicación y que se considera que no se pueden hacer porque administrativamente no se pueden hacer, pero clínicamente sí que tienen una importancia y una relevancia. Entonces, creo que con este tipo de propuestas de política clínica o gestión clínica política, si podemos llamarla así, podremos abrir esta manera de hacer política en la que unimos lo clínico y lo político para marcar una senda común.

Ya hemos hablado de la necesidad de ampliar este Código Ictus a la población pediátrica, ya nos han expuesto cuál es la evidencia científica que existe y cuáles son los requerimientos; verdaderamente, se trataría de aprovechar un sistema que ya está funcionando en cuanto al ictus en pacientes adultos para integrar en todo este proceso a los pacientes pediátricos. Si hablamos de procesos creo que en este momento, dado la comparecencia anterior que hemos tenido sobre las camas de media y larga estancia, hay que señalar aquí que el proceso del ictus o el proceso del daño cerebral sobrevenido no es un proceso agudo, es un proceso que se extiende en el tiempo. Estos pacientes no solamente tienen que ser atendidos en su parte aguda sino en su proceso crónico. El proceso de estos pacientes, como el de muchos pacientes crónicos, no acaba nunca, entonces tampoco se entiende muy bien por qué en estos procesos la Administración o las instituciones sanitarias paran prácticamente de golpe su asistencia en la parte aguda; tienen muchos recursos en lo que es la patología aguda y luego la parte de las camas de media y larga estancia, la parte de la rehabilitación, la parte de la fisioterapia, todo eso, parece que está abandonado. No es el momento, en esta PNL, de remarcar esto, porque esta PNL no va de eso, pero creo que sí es importante saber que, independientemente de que se les integre en este Código Ictus, ese proceso del ictus o del daño cerebral sobrevenido de estos pacientes tendría que alargarse y tendría que considerarse en toda la extensión del proceso de la enfermedad. Ya se ha dicho que la importancia se basa en que el tiempo es cerebro y ya hemos dicho que el cerebro es futuro, y hay una cosa muy importante: que no se sobrepase el tiempo de la ventana terapéutica, pero para que no se sobrepase el tiempo de la ventana terapéutica tenemos que tener muy bien coordinados y muy integrados todos los niveles asistenciales, tanto el extrahospitalario como el intrahospitalario, tenemos también que tener una formación de los profesionales para que sepan que esta patología existe y necesitamos una actuación que sea urgente, protocolizada, me atrevería casi a decir en extremo, por los datos que han dado de los falsos positivos que puede haber del Código Ictus, pero merece la pena por ese 40 por ciento de pacientes a los que podemos dar un tratamiento que verdaderamente puede mejorar su calidad, puede mejorar su morbilidad e incluso su mortalidad, creo que merece la pena poner todos los recursos necesarios en la parte en la que el tiempo es imprescindible y para que no se sobrepase la ventana terapéutica.

Se ha presentado bibliografía que avala por qué es necesaria esta proposición no de ley. Hemos hecho una transaccional con el resto de Grupos políticos para centrar un poquito la propuesta de esta PNL, que al final ha quedado en crear un grupo de trabajo que trabaje para la inclusión de los pacientes menores de 18 años en el Código Ictus, incluyendo, obviamente, a los profesionales que

tienen mayor experiencia y que pueden aportar más a la hora de hablar de estos pacientes pediátricos.

Quiero aprovechar para agradecer, verdaderamente, la disposición que creo que siempre existe de los profesionales a la hora de trabajar en aras de mejorar su asistencia sanitaria a los pacientes; cuando hablo de mejorar, en concreto, me refiero a los profesionales que hoy nos han acompañado y a las diversas asociaciones que se centran en torno a una patología, como es el daño cerebral sobrevenido, y que en cierta manera, como en este caso, han actuado de motor de esta PNL y han hecho que traigamos esta proposición y que podamos debatirla. Muchísimas gracias al resto de los Grupos Parlamentarios también por permitirnos traer estas dos comparecencias. Nada más.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora García. A continuación es el turno del Grupo Parlamentario de Ciudadanos; tiene la palabra el señor Álvarez Cabo.

El Sr. **ÁLVAREZ CABO**: Muchas gracias, señora Presidenta. En primer lugar, yo también quiero agradecer a Podemos la oportunidad de haber debatido esta cuestión, que es muy relevante, lo he dicho en el primer turno de la comparecencia del doctor Castro, y además me congratulo de que hayamos llegado a una redacción que va salir aprobada por unanimidad, eso es señal de que a la cuatro fuerzas políticas presentas en la Cámara nos preocupa esta cuestión y entiendo que el Gobierno de la Comunidad de Madrid, desde el punto y hora en que es una proposición no de ley que apoya el propio el Partido Popular, lo asumirá dentro de sus tareas. Por tanto, estoy muy contento en ese sentido y agradezco la iniciativa de las personas que nos acompañan de la asociación y del doctor Castro que han ayudado a promover esto.

Pero hay determinadas cuestiones que no puedo dejar de mencionar. ¿A qué me refiero? En la redacción original de la PNL, compartiendo el fondo, desde nuestro punto de vista, era, aunque parezca paradójico, prolija e incompleta; prolija, porque era demasiado larga, e incompleta, porque se obviaba la experiencia de las personas que desde hace siete u ocho años, profesionales, están tratando el ictus de adultos. La redacción final incorpora que ese grupo de trabajo, que era el primer paso para dar respuesta desde la Administración, sea un grupo de trabajo que cuente con el refrendo de la Administración, para que no sea solamente una iniciativa muy loable y muy necesaria, y que apoyamos absolutamente, de pacientes y profesionales. Tiene que contar con el marchamo de la Administración, porque estamos hablando de organizar luego una actividad; una actividad que implica recursos. Desde mi posición anterior he estado en la génesis y en la puesta en marcha del Código ictus y de las unidades de tratamiento endovascular y he visto que es complicado, porque en el camino habrá dificultades. Tal como lo ha expuesto el doctor Castro, el horizonte de posibles lugares para atender a estos pacientes, para concentrar los casos... Porque, igual que el tiempo es cerebro, la experiencia es resultado. Habrá que concentrar los pocos casos de niños en uno o dos centros y eso va a dar lugar –y no quiero obviarlo– a conflictos entre profesionales a la hora de decidir asumir esta función. Los requerimientos, que nos parecen absolutamente razonables –y lo he dicho antes–, de resonancia 24 horas, existencia de UVI pediátrica y necesidad de contar con experiencia previa en ictus, hacen que sea muy pequeño el número de centros.

Luego, hay otra dificultad añadida: los ictus neonatales, que se producen en pacientes en los 28 primeros días de vida, son en torno a 29 por año –nos ha puesto un dato-, y los posneonatales, 44 por año. Pues bien, la definición actual del circuito de transporte sanitario urgente neonatal deja a uno de los centros con mayor experiencia en el tratamiento de ictus fuera de este proyecto. El hospital Ramón y Cajal tiene UVI pediátrica pero no tiene neonatos y, sin embargo, tiene una grandísima experiencia en ictus de adultos. Cuenta con resonancia 24 horas y cuenta con buenos neurorradiólogos intervencionistas. Como no está incluido en el transporte neonatal, se le va a dejar fuera. Hay muchos flecos que hay que resolver en el seno del grupo; por tanto, era importante llegar a un acuerdo de mínimos, que la Consejería se comprometiera a dar respuesta a esta necesidad que es muy grave y, como bien ha dicho la doctora García Gómez, no se termina en la fase aguda. La rehabilitación infantil, tanto por ictus como por cualquier tipo de daño cerebral adquirido, debe ser una prioridad y debe incorporarse tanto en los recursos públicos como en los concursos de rehabilitación que se celebren, pero esto hay que tratarlo en el ámbito profesional y entiendo que va a costar, porque la experiencia en adultos, que era una patología mucho más incidente y en la que había más consenso entre profesionales, fue dificultosa.

Espero que el señor Consejero convoque pronto a los expertos en este sector. Seguro que los neurólogos y los neurorradiólogos de hospitales de agudos que ya tienen alguna experiencia en adolescentes... El hospital Ramón y Cajal, sin ir más lejos, en el último año ha recibido dos pacientes adolescentes. A uno se le completó el tratamiento endovascular y en otro caso posible no se hizo porque estaba fuera de la ventana terapéutica. Espero que se aproveche esta experiencia, que se convoque pronto a los profesionales, que salga adelante y, desde luego, que sea una realidad. Es verdad que el entorno internacional, y lo ha dicho muy bien el doctor De Castro, hace que no tengamos ningún referente al que seguir. Estamos abriendo un camino que puede ser muy útil para mejorar las expectativas de vida y la calidad de vida de estos pacientes. Ojalá salga bien. Me encantaría que hubiera un compromiso firme por parte de la Consejería al votar esta PNL unánimemente los cuatro Grupos. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Álvarez Cabo. Seguidamente corresponde el turno de palabra al portavoz del Grupo Socialista, don José Manuel Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Gracias, señora Presidenta. Por mi parte y en nombre de mi grupo, quiero agradecer a Podemos que haya traído esta iniciativa; al doctor De Castro, que ha asesorado en la PNL, y al grupo de pacientes, que ha contribuido a ello. Es extraordinariamente positivo que la resolución sea aprobada con el apoyo de todos los Grupos. No tengo ninguna observación especial que añadir que no sea el hecho de que un trabajo hecho por los profesionales implicados –antes me refería al grupo de La Paz-Ramón y Cajal y a otros grupos-, sin duda alguna, tendrá en cuenta todos los elementos que son claves en esto, porque para eso son profesionales y los conocen. Los matices que puedo hacer son los que, estoy seguro, se harán en el grupo de trabajo.

Para ultimar, deseo que, efectivamente, esto llegue a ser una realidad que haga posible que en la Comunidad de Madrid los casos de ictus infantil estén bien atendidos, con efectividad pero

también con eficiencia, en el sentido de que se pongan las unidades que sean precisas pero no más, y se evalúe el resultado en tiempo y forma, como debe hacerse en toda política pública. Me gustaría que las próximas referencias que pudiéramos ver en esta Comisión o que sean leídas dentro de cuatro años salieran de la evaluación de la experiencia escrita de cómo se hacen las cosas en esta comunidad autónoma, que es relativamente ágrafa en términos de evaluación y de análisis de las políticas sanitarias que hacemos. Es llamativo que todas las referencias que hemos visto se refieren a otros contextos. Por eso llamo la atención y me gustaría que el grupo de trabajo que saliera de aquí pusiera la evaluación de la actividad de la futura unidad de ictus infantil como uno de los objetivos de la misma. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Freire. Para concluir las intervenciones, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, don Diego Sanjuanbenito.

El Sr. **SANJUANBENITO BONAL**: Gracias, señora Presidenta. Seré muy breve también, ya que nos hemos puesto de acuerdo los cuatro Grupos en una redacción definitiva. Simplemente quiero señalar que en el Grupo Parlamentario Popular hemos tenido ocasión también, gracias a la comparecencia del doctor De Castro, de hablar de las circunstancias que hacen del ictus infantil una realidad en la que probablemente no se han puesto todos los medios que existen en el caso de los adultos. Hay tres grandes motivos, los hemos escuchado antes, como son, efectivamente: la supuesta escasa incidencia y, sin embargo, creemos que hay que decir que no es menospreciable en absoluto, yo lo he dicho antes, y vuelvo a insistir en ello; el tema de los diagnósticos falsos, que en realidad no se van a ver perjudicados, sino beneficiados de que exista un plan de ictus pediátrico, y lo mismo en cuanto a las terapias, hace falta más investigación; por lo tanto, hacen falta más centros primarios de ictus pediátrico. Por todo ello, el Grupo Popular suma su apoyo a esta proposición no de ley presentada por el Grupo Podemos, con la idea de que, efectivamente, la Consejería se compromete, además, porque eso es lo que nosotros hemos dialogado con el Gobierno, a constituir ese grupo de trabajo al efecto, un grupo multidisciplinar, que valore esa viabilidad, que esté orientado a implantar el código ictus pediátrico en nuestra Comunidad, estudiando la totalidad de los aspectos que ya hemos venido conociendo esta tarde. Creemos que el plan necesariamente tiene que integrar a todos los especialistas implicados en el proceso, tiene que permitir un abordaje integral, sistemático, multidisciplinar del paciente con ictus pediátrico, capaz de proporcionar una atención y un diagnóstico precoz, terapias urgentes, tratamiento neuroprotector, identificación y tratamiento de las complicaciones, realizar prevención secundaria del ictus e iniciar un programa precoz de rehabilitación. Por todo lo anterior, lo que hemos escuchado, y con ese mismo ánimo de acuerdo, y que también quiero agradecer al resto de portavoces, el voto del Grupo Popular será favorable.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Sanjuanbenito. Procede, entonces, votar la PNL con la transaccional que se ha presentado de común acuerdo por todos los Grupos Parlamentarios. Veo que están presentes 6 diputados por parte del Grupo Parlamentario Popular, 2 por parte del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, 3 por parte del Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid, y veo que no hay más que 3 por parte del Grupo Parlamentario Socialista. Procedemos a la votación. *(Pausa)*.

El resultado de la votación es: 14 votos a favor. Queda aprobada, por tanto, la PNL con la transaccional incorporada. Muchas gracias. (*Aplausos.*) Y, ya para concluir la sesión, pasamos al quinto punto del orden del día.

———— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** ————

¿Desean sus señorías formular algún ruego o alguna pregunta? (*El señor Freire Campo pide la palabra.*) Tiene la palabra el señor Freire.

El Sr. **FREIRE CAMPO**: Por mi parte quería hacer el siguiente ruego, y es de qué manera la Mesa de esta Comisión puede actuar ante la Mesa de la Asamblea para que cuando pedimos información en soporte electrónico nos sea enviada en soporte electrónico. Hoy he recibido aproximadamente tres kilos de papel con los contratos-programa de los hospitales. He de señalar que en anteriores Legislaturas, presuntamente del Antiguo Testamento y menos modernas que esta, se me daba un CD-ROM con el contrato-programa de los hospitales. Es un instrumento básico de trabajo. Lo mismo nos sucede con cantidad de peticiones de información. Creemos que es un retraso, una falta de respeto a los diputados, y, honestamente, que dificultan nuestra labor de control en la Cámara, porque hace muy difícil compartir esta información que debiera ser pública con aquellas personas que fuera de la Cámara nos ayudan en el análisis de una información que nosotros solos nunca podríamos analizar bien. Ruego, por tanto, a la Presidenta, que transmita esto, y, si es necesario presentar alguna moción aquí, que se me diga por parte de la Letrada para hacerlo, y que esta petición sea oficializada, que estoy seguro de que la suscribirán todos los Grupos de la Comisión.

La Sra. **PRESIDENTA**: Queda hecho el ruego y yo haré la consulta pertinente. ¿Algún ruego o alguna pregunta más? (*Denegaciones.*) No habiendo más ruegos ni preguntas, se levanta la sesión.

(*Eran las dieciocho horas y cuarenta y nueve minutos.*)

SECRETARÍA GENERAL DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA

SERVICIO DE PUBLICACIONES

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

Web: www.asambleamadrid.es

e-mail: publicaciones@asambleamadrid.es

TARIFAS VIGENTES

Información sobre suscripciones y tarifas,
consultar página web de la Asamblea.



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

Asamblea de Madrid