

La Sra. **PRESIDENTA**: Continuamos con el segundo punto del orden del día.

2º COMPARENCIAS CON TRAMITACIÓN ACUMULADA

C 481/08 RGEP 8176 Comparecencia del Sr. Presidente de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP), a petición del Grupo Parlamentario Izquierda Unida, al objeto de informar sobre los diferentes modelos de gestión y la incidencia de los mismos en el sistema sanitario público. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

C 508/08 RGEP 8225 Comparecencia del Sr. D. José Rodríguez, Presidente de la SEMAP, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, al objeto de informar sobre los diferentes sistemas de gestión de servicios sanitarios públicos. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Comparece don José Rodríguez Escobar, Presidente de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria, que está ya aquí con nosotros. Muchísimas gracias por aceptar venir a la Comisión. Tiene la palabra por un tiempo de quince minutos.

El Sr. PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE ENFERMERÍA MADRILEÑA DE ATENCIÓN PRIMARIA (Rodríguez Escobar): Muchas gracias. En primer lugar, quiero decir a quién represento y qué somos; en segundo lugar, he agrupado todas las preguntas que he recibido de los tres Grupos Parlamentarios y procuraré darles

contestación. Quiero agradecer que se nos haya llamado a las enfermeras de atención primaria para estar aquí. En mi colectivo utilizamos el genérico femenino enfermeras, entonces, aunque yo sea hombre, utilizaré muchas veces el término enfermeras porque estamos acostumbrados a utilizarlo debido a que la mayoría en nuestra profesión es femenina.

Las enfermeras de atención primaria somos el 42 por ciento de los profesionales de los equipos de atención primaria, y, según la Ley de Ordenación de Profesionales Sanitarios, somos los encargados de dirigir, planificar, llevar a cabo y evaluar los cuidados de los ciudadanos, haciendo énfasis fundamentalmente en los temas de la prevención y la promoción. En el campo de la atención primaria, nuestra labor tiene que ver fundamentalmente con cuidar y enseñar a los padres a cuidar a sus hijos, enseñar a los ciudadanos cuáles son los cuidados en sus enfermedades crónicas y cómo solucionar los problemas cotidianos; trabajamos no sólo con personas sino también en el núcleo familiar, en la escuela, en sociedades, etcétera.

La SEMAP nació en el año 1997 y la sociedad a la que represento -lo que voy a contar aquí son los posicionamientos de la sociedad, no los míos propios- fundó la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria, la FAECAP, y desde entonces ha participado en multitud de foros, con sociedades médicas y en el antiguo Insalud; también hemos trabajado constantemente con la Consejería de Sanidad como SEMAP y ahora seguimos trabajando con ella. De todas formas, no estamos acostumbrados a que se nos llame a este tipo de foros ni a estar en

puestos en los que se deciden cosas para los ciudadanos y nosotros consideramos, puesto que así lo dice la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, que somos los últimos responsables de los cuidados de los ciudadanos y el hecho de que no estemos en órganos de decisión influye, y no positivamente, en que los cuidados de los ciudadanos -esto es lo que quería decir aquí- no se lleven a cabo de forma adecuada. Tenemos una página web y les invito a que la consulten porque tenemos muchos documentos que hemos elaborado nosotros, documentos de la Comunidad de Madrid y documentos que hemos elaborado con otras sociedades. También quiero decir que somos una sociedad absolutamente independiente de cualquier partido político o sindicato, independientemente de que siempre hemos colaborado con cualquier sociedad, partido o sindicato cuando nos han llamado para exponer nuestra opinión en sus reuniones.

He unido todas las preguntas que me han formulado en bloques. Hay un primer bloque que tiene que ver con todos los aspectos de los nuevos hospitales y los nuevos modelos de gestión que se quieren poner en estos nuevos hospitales o que ya se han puesto en alguno de ellos. Con respecto a los modelos de gestión de los hospitales, nosotros, como sociedad, no tenemos ningún posicionamiento pero sí tenemos cosas que decir respecto a la coordinación de la atención primaria y la atención especializada. En primer lugar, con todo lo que hubo de cobertura de plazas, creo que un problema muy grave respecto a los cuidados de los ciudadanos es que nunca se tiene en cuenta la experiencia previa en enfermería primaria o especializada a la hora de ocupar las plazas. ¿Qué hace eso? Eso hace que una enfermera que esté

acostumbrada, por ejemplo, a la educación para el servicio en la escuela de repente esté en una UCI, o que una persona que está acostumbrada a estar en una UCI o en un laboratorio al día siguiente esté en una consulta con un paciente y le tenga que enseñar cómo aplicarse un inhalador o ir a un colegio a dar unas charlas con los profesores para explicar determinadas historias. Creo que eso es un riesgo para los cuidados de los ciudadanos, y es un riesgo que sólo con un sobreesfuerzo y con un estrés profesional bastante grande podemos intentar aliviar a veces. Ése es el principal problema en el tema de los hospitales, y cada vez que hay una nueva apertura suele haber todo un problema. Además, hay que tener en cuenta que, tanto a través de la Comunidad de Madrid como con nuestra propia autoformación, hemos dedicado un montón de horas para formarnos y toda esa formación de repente desaparece, se va a otro sitio y son un montón de horas y dinero tirados a la basura. Creo que eso es algo importante.

Hay otro aspecto que tiene que ver con la coordinación: la continuidad de cuidados. El sistema actual de continuidad que hay entre primaria y los hospitales hace que, por ejemplo, con una persona ha estado en un hospital y se ha operado de un juanete, su médico reciba una información sobre eso, que, bueno, puede ser de utilidad pero ahora mismo no tiene una consecuencia importante, y, sin embargo, se da de alta a un anciano que tiene una necesidad grandísima de cuidados y a lo mejor la única persona que le puede cuidar es su mujer, que también es una anciana, y no tenemos ningún sistema de notificación para, a través de su enfermera de atención primaria, poder preparar la acogida, ponerse en contacto

con recursos sociales, etcétera. Me parece que ése es un problema gravísimo y que repercute mucho en la salud de los ciudadanos. En este sentido, nosotros pensamos que la coordinación no debería ser sólo primaria y especializada, sino primaria, hospital y servicios sociales. Ahí hay experiencias bastante interesantes, que son las enfermeras gestoras de casos, que se han puesto en marcha en Canarias, se han puesto en marcha en Andalucía, y ahora tenemos un documento que acabamos de pactar hace una semana con la Comunidad de Madrid en el que se contempla la figura de la enfermera como gestora de casos, que esperemos que se pueda llevar a cabo. Ése es un tema que nos parece crucial para los ciudadanos.

Respecto a los nuevos hospitales hay un problema que nos preocupa. En el sistema actual no hay nada que garantice que hay un informe de cuidados al alta, como he dicho anteriormente, pero todos los hospitales, a iniciativa propia, han ido haciendo un sistema informático en el cual consta, por un lado, los cuidados de los pacientes y, por otro lado tienen mecanismos de notificación, a veces muy primarios, pero los tiene. Esos hospitales nuevos que se han creado utilizan el sistema Selene, y el sistema Selene, tal y como se ha implantado en nuestros nuevos hospitales, no tiene el módulo de cuidados. Eso quiere decir que los cuidadores de los ciudadanos que están en los hospitales no tienen un sistema de registro y eso dificulta muchísimo que se pueda planificar, evaluar y sobre todo comunicar a primaria. A mí me parece que esto es un error grave teniendo en cuenta, además, que el Selene en el hospital de Fuenlabrada, que conocemos bastante bien, sí que tenía ya desarrollado el módulo de cuidados, sí que tenía un

sistema de notificación de cuidados al alta y creo que se podría haber puesto tranquilamente. Todo esto, como muchas cosas que diremos después, a las enfermeras nos da la idea de que el tema de los cuidados de los ciudadanos no preocupa, no se tiene en cuenta, y pensamos que eso tiene que ver con que, evidentemente, no hay muchas enfermeras que estén ocupando cargos realmente de decisión.

También hay otro tema que nos preocupa mucho con relación a la coordinación, y son los rumores constantes que nos vienen - éste es otro tema que nos preocupa porque la mayoría de las veces, y sobre todo últimamente, la información nos viene por rumores - sobre la desaparición de las áreas de atención primaria y la creación de una única área en Madrid. A nosotros nos preocupa mucho porque creemos que puede repercutir muy negativamente en esta coordinación, es decir, cada centro de salud no puede coordinarse con un hospital, es como intentar coordinar Andorra con Estados Unidos. Entonces, las estructuras de área creo que sí que han servido para intentar llegar a unos acuerdos con los hospitales, para intentar poder controlar mejor las derivaciones, etcétera. Nos preocupa mucho, el momento en que desaparezca y se cree un único órgano centralizado, que haya cantidad de cosas de la atención primaria que se pierda; por ejemplo, nuestra experiencia nos dice que los hospitales tienden a utilizar los profesionales de atención primaria, médicos, enfermeros, todos, como apoyo a sus profesionales, y eso hace que a veces haya circuitos absurdos, es decir, uno va a un hospital y luego, para la receta, tiene que ir al médico de atención primaria, o se utiliza muchas veces a los enfermeros para hacer las extracciones que requiere el hospital. En

el hospital, a veces, no están suficientemente coordinadas las distintas especialidades y, por ejemplo, a uno le hacen cinco veces la misma prueba. Primaria tiene una función muy grande a la hora de integrar todos estos cuidados tanto por parte del médico de familia como de enfermería. Si se pierde la estructura de área, creo que ahí podemos perder algo muy importante para los ciudadanos, y en ese sentido sí que nos preocupa mucho ese tema.

Nos pregunta qué valoración tenemos de la sanidad pública madrileña. Nuestra opinión es que ahora se habla muchísimo de que la atención primaria está en crisis, y nosotros pensamos que, más que crisis, ahora mismo hay un problema de paralización porque, tal y como se llevó el modelo a la práctica, y no sólo en Madrid, desde el principio traía algunos problemas importantes, y estos problemas para nosotros tienen que ver con lo que vamos a llamar un modelo médico centrista. Me explico: tal como está estructurada la atención primaria, cualquier problema de un ciudadano, el que sea, es atendido en primera instancia por un médico; este médico le atiende, intenta resolver el caso como buenamente puede -hay que tener en cuenta que la mayoría de las veces una de sus herramientas básicas es el fármaco-, si se acuerda, si tiene tiempo, si lo piensa, derivar a enfermería. Por ejemplo, la actual Consejería de Sanidad no tiene establecido un sistema de cuáles son las competencias de enfermería y cuáles son los servicios que tiene que realizar enfermería. Eso hace que va a depender de cada médico, de cada enfermera, de cada área, que se puedan o no abordar determinados problemas.

A nosotros nos parece que este sistema que pilota de forma tan grande sobre el médico ha conducido a que el equipo se rompa y no exista un sistema de equipo de atención primaria, no exista ese cuerpo de equipo; el médico está sobresaturado, está agotado, se siente solo, y la enfermera tiene la sensación de que su trabajo no es apreciado, de que está completamente indefinido y de que, dependiendo en cada momento de lo que a ella se le ocurra, tiene competencias sobre unas cosas o no, o depende de cada médico. Nos parece que éste es un problema bastante grave que se está intentado solucionar. Así, en los países de nuestro entorno, en Inglaterra, en los países nórdicos, en Estados Unidos, y en Canadá se está utilizando mucho la enfermera como puerta de entrada, y la mayoría de los problemas de los ciudadanos se pueden solucionar desde enfermería, sin necesidad de un médico. Por ejemplo, el tema de los trastorno del sueño, es uno de los que mayores gastos farmacéuticos tiene, y sin embargo hay medidas higiénicas que pueden realizarse desde enfermería que no se suele utilizar y que suelen ser bastante efectivas. Este tema nos preocupa.

Hemos pactado un documento que nos han dicho que se va a difundir la semana que viene, en el que se incluye todo lo que estoy diciendo aquí, por lo que si ese documento se lleva a cabo, creo que algo se podrá solucionar. Pero la tendencia de los últimos años ha sido la contraria; es decir, si en otras Comunidades de España, como Cataluña, Galicia, Andalucía, se está intentado potenciar a la enfermera como puerta de entrada, en Madrid hemos tenido unos datos completamente inversos. Tengo aquí unos datos que me resultan bastante llamativos, sobre cómo han crecido las plantillas de enfermería en Madrid. En Madrid, tenemos ahora mismo 3.000

enfermeras en atención primaria. En el año 2004 había una enfermera por cada 1.942 habitantes, y en el año 2007, estamos peor, tenemos una enfermera por cada 1.968 habitantes. Pero si tenemos en cuenta que la ratio en España ha pasado de 1.700 a 1.658, vemos que Madrid cada vez está más lejos de la ratio de España en personas por enfermera, que está lejos de la media europea, y tenemos 310 usuarios más por enfermera. En estos tres años Madrid ha contratado 113 plazas más de enfermería, que no han servido para compensar el aumento de población. En Andalucía se han contratado 264 enfermeras; en Cataluña, 481; en Valencia, 378; en Canarias, 162; Castilla-León, 143; Castilla- La Mancha, 140; el País Vasco, 320; Galicia anunciaba ayer que va a contratar 650; Madrid, 113.

En medicina, por ejemplo, Madrid ha pasado de 1.700 paciente por médico a 1.571. Ha contratado 509 médicos más; Valencia, 200; el País Vasco, 200; Galicia, 190; y el resto de Comunidades no llega ni a 90. Esto nos hace ver que el sistema madrileño sanitario sigue pilotando excesivamente desde nuestro punto de vista, en la figura del médico, y eso creo que conlleva la medicalización de cualquier problema, seguir utilizándolo como puerta de entrada, el agotamiento y la soledad del médico, que acaba llevando un peso excesivo, y la infrautilización del potencial que tiene enfermería. De hecho, no ha disminuido la presión asistencial en medicina y se ha aumentado el gasto farmacéutico con esos 500 nuevos médicos.

Otro problema que creemos que tiene la sanidad en la Comunidad de Madrid es que es la Comunidad que menos

presupuesto tiene en atención primaria por habitante de toda España. Tenemos 102 euros per cápita; Extremadura, 190; Andalucía, 141; Castilla-León, 161; Navarra, 181, etcétera. Nosotros creemos que la sanidad pública madrileña tiene un cupo de profesionales, que se han formado desde hace muchísimos años en gestión, muy buenos, creo que ahora mismo nadie puede hacer sombra al núcleo de profesionales que tenemos, y que está formado en Madrid. Cada vez que se nos ha preguntado, hemos dado una y otra vez las mismas soluciones, que están volcadas en un plan que creo que se aprobó en la Asamblea de Madrid, que firmamos con la Consejería: el Plan de Mejora de Atención Primaria 2006-2009, y pensamos que, simplemente haciendo esto, que es lo que siempre hemos dicho, lo dijimos en el Insalud en el año 2000, en el Insalud en los años 2001, 2002 y 2003, que lo hemos dicho con el Servicio Madrileño y lo hemos vuelto a decir ahora, se podría hacer.

¿Qué más nos preocupa de este tema? Que ahora mismo no sabemos qué es lo que quiere la Consejería de Sanidad; es decir, ahora mismo funcionamos con rumores; no tenemos un cronograma, un plan diciendo: se va a hacer esto, lo otro, lo de más allá; este año se va a hacer, hay un presupuesto. Nosotros estamos en coordinación con las sociedades médicas, de farmacia, de pediatría, y la sensación es de incertidumbre. Nosotros tenemos, por un lado, una gran disposición de colaborar; queremos apoyar y colaborar con el Consejero, con los Directores y con los Gerentes para llevar a cabo el plan de mejora, pero no sabemos qué es lo que quieren, y nos llegan rumores; constantemente nos llegan

rumores: parece que han dicho esto, lo otro, y yo creo que es uno de los grandes problemas. ¿Por qué se ha llegado a los profesionales de a pie? ¿A los médicos, a los enfermeros? Porque hay una sensación de cansancio, de desánimo, y de que no se sabe qué va a pasar, y a la vez ha crecido muchísimo una alarma social porque, de esos rumores, la sensación es que se va a destruir el modelo de atención primaria, y eso ha creado muchísima alarma en los profesionales, muchísima alarma, y no hay una buena comunicación.

Por último, quería decir algo sobre las EBA y el modelo Alzira, porque se nos han preguntado muchas cosas sobre esto. Nosotros, en el estudio que se realizó en el año 2003 por la Fundación Avedis Donabedian, hemos utilizado las EBA, y aquí no parece que hubiera mucha diferencia en Cataluña entre los centros públicos, las EBA y los que estaban, digamos, cedidos con entidades ajenas que trabajaban con hospitales. Los resultados son muy similares en muchos indicadores; sin embargo, hay algunos que nos alarman. Por ejemplo, ¿en qué resultados da mejor el Instituto Catalán de la Salud? Por ejemplo, en la ratio de enfermería. Las EBA casi son 3.000 personas por enfermero, mientras que en el Instituto Catalán de la Salud creo que son 1.561. Teniendo en cuenta el grado de envejecimiento, de cronicidad de nuestra población, ese indicador de enfermería nos parece realmente preocupante. Si tenemos en cuenta además que, entre esos datos de la Fundación, se dice que en los programas de salud y preventivos el Instituto Catalán de la Salud superaba con mucho tanto las EBA como las otras entidades, entendemos que el sistema que se está dando allí es fundamentalmente de atención médica puntual y no preventivo ni de

promoción, ni de seguimiento de enfermedades crónicas, y eso se nota mucho en las visitas domiciliarias. Las visitas domiciliarias en el Instituto Catalán de la Salud son alrededor de ocho, mientras que en las EBA son alrededor de cinco, y en las otras entidades, alrededor de tres; es decir, hay muy poca atención domiciliaria en estas entidades. Desde ese punto de vista, a nosotros, como sociedad de enfermería, que entendemos que los cuidados de los ciudadanos dependen mucho de que las enfermeras tengan un papel importante y que puedan realmente cuidar y ayudar a que ellos se cuiden, no nos parece la solución adecuada; creo que no garantiza los cuidados de los ciudadanos, sinceramente pensamos que no los garantiza.

Lo mismo pasa con el caso de la Comunidad valenciana. En el modelo que se ha puesto en práctica la ratio de enfermeras es todavía menor, aparte de que la información que tenemos -que en esto nos ha costado más trabajo encontrarla- es que hay cierta limitación de especialidades y servicios realizados por estos hospitales, muchos de ellos comarcales, y también nos ha llegado mucha información sobre que la lista de espera de estos hospitales es distinta según de donde se venga. Si se viene del sistema público, la lista de espera es más larga; si se viene de mutuas, es más corta, y si se está dispuesto a pagar en el acto, la lista de espera es mucho más corta.

Para nosotros, el resumen final es que en enfermería hay plantillas insuficientes y en retroceso, y entendemos que el problema fundamentalmente es para los ciudadanos, y que lo sufre mucha gente, entre ellos también el médico, que tiene que

sobrellevar una carga que creo que en muchas partes los responsables de llevarla somos nosotros. Por tanto, se ha roto el equipo y el modelo de atención primaria en el sentido de que cada vez hay menos prevención y hay menos promoción. Educación para la salud en la escuela, intervenciones, todo esto es voluntario, lo hacen las enfermeras que quieren; si no quieren, nadie les obliga; no está explicitado, no es un servicio que se ofrezca a la población; nadie lo mide, nadie lo evalúa. Es como un poquito de despropósito; es decir, es una empresa en la que el 42 por ciento de sus profesionales -entre comillas- trabajaban en lo que quieren, cuando quieren y como quieren, si les dejan los médicos. Es una situación que nos parece un poco extraña. En ese sentido, hay muy poca investigación en la efectividad de los cuidados; creemos que se debe impulsar mucho el ver hasta qué punto los cuidados son efectivos, y se utiliza a las enfermeras como chicas para todo; como he dicho antes, hoy en una UCI, mañana educando diabéticos, y demás.

Nosotros tenemos esperanzas en que el documento del plan de enfermería y la atención primaria se lleve a cabo en el trabajo que estamos desarrollando con la Dirección General de Atención Primaria, aunque sí tenemos cierta frustración porque, desde que llegó el nuevo Consejero, hemos intentado hablar con él en tres ocasiones y no lo hemos logrado, y creemos que, si nos recibiera, podría ampliar su visión sobre los problemas.

¿Qué se puede hacer para mejorar? Yo creo que lo que dice el plan de mejora: definición de competencias, diseño de un sistema de evaluación del desempeño en los profesionales, un sistema de

incentivación distinto, y en eso hemos tenido un retroceso. En primaria había un sistema de incentivación ligado a objetivos, pero desde hace cuatro años ya no es así, es ligado a tu estamento: si eres médico, lo hagas bien o lo hagas mal, cobras más incentivos que un enfermero, aunque lo haga bien o lo haga mal, y yo creo que no vamos por ahí. Lo lógico es que el incentivo esté unido a unos objetivos y al cumplimiento de los mismos.

El crear una estructura directiva profesionalizada nos parece algo realmente importante, así como la gestión por procesos y todo este impulso que hemos dicho de enfermería. ¿Qué creemos que se necesita? Aumentar los recursos de enfermería; desarrollar los servicios de enfermería y difundirlos a la población, medirlos, evaluarlos, mejorarlos; repasar cuáles son los roles del médico y del enfermero y hacer un reparto de tareas mucho más equitativo; repartirnos en función de los que estemos más preparados para atender el problema de salud de la población; la libre elección de enfermero, porque en la tarjeta sanitaria figura sólo el nombre del médico, la población no sólo no conoce qué servicio de enfermería sino el nombre del enfermero, no puede elegir a su enfermero y sí a su médico; creemos que es importante que las enfermeras estemos en los organismos de decisión y de gestión porque eso influirá en que los cuidados se den mejor, y la definición de los perfiles y competencias. En este sentido, nada más y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Rodríguez. Pasamos a las intervenciones de los Grupos. Tiene la palabra doña Caridad García en representación de Izquierda Unida.

La Sra. **GARCÍA ÁLVAREZ**: Gracias, señora Presidenta. Buenas tardes y bienvenido a esta Comisión, señor Rodríguez Escobar. No podemos por menos que compartir el análisis que ha hecho en esta primera intervención, como ya hemos hecho en otras ocasiones, sobre cuál es el papel que deben jugar los enfermeros y las enfermeras en el ámbito sanitario; un papel importante que hasta este momento, igual que ustedes, casi todo el que viene y está relacionado con la enfermería así lo manifiesta. Consideran que, dado el nivel y las capacidades que actualmente tiene cualquier profesional de enfermería, está infrautilizado y lo que puede aportar al ámbito sanitario sigue siendo casi como antes, sin que hayan aumentado las posibilidades de dar lo que ellos son capaces de dar. Es más, hace muy pocas horas hemos tenido la posibilidad de escuchar cómo se podrían suplir muchas cuestiones relacionadas con el ámbito de la infancia, teniendo personal cualificado dentro del ámbito de la enfermería que podrían dar esa actividad.

Yo le puedo decir que en muchos centros de salud en los que había enfermeros o enfermeras, mayoritariamente enfermeras, prestando esta atención relacionada con los niños, aunque hubiera un profesional médico-sanitario en el centro, ha desaparecido; no es que haya desaparecido la persona, es que ha pasado a ocupar otro tipo de actividad dentro del centro de salud poco relacionada con la que estaba prestando anteriormente, con lo cual esa presión que podría quitar al profesional médico-sanitario ya no se produce. También se puede comprobar en muchos centros de salud que un

mismo profesional del ámbito de la enfermería está atendiendo a dos consultas al unísono, en un despacho intermedio, en el que lo mismo atiende a lo que le demanda un profesional médico en una de las consultas como a lo que le demanda otro profesional médico en la consulta de al lado. Por lo tanto, no podemos por menos que compartir con usted la situación que se vive en el ámbito de la enfermería o de las enfermeras, como usted dice, en la Comunidad madrileña. Además, según nos manifiesta usted, en el ámbito especializado también se ha visto de alguna manera socavado al tener que reorganizarse los efectivos y tener que irse a otros sitios compartiendo o yéndose a otros espacios, asumiendo aquello que se le quiera dar en el nuevo espacio correspondiente.

Además de todo eso, y aunque nosotros ya lo sabemos, usted ha dicho aquí que como entidad no tiene posicionamiento en cuanto a la gestión; me gustaría que usted profundizara más -si es posible; si no lo es, usted llega hasta donde llega y nosotros, como Grupo Parlamentario, lo entenderemos perfectamente- no sólo en el ámbito más cercano de lo que ha hablado, esa puerta de entrada que es el ámbito de la atención primaria, sino de cuál es la situación que se está produciendo en el ámbito de los nuevos centros hospitalarios y si ustedes, como entidad, tienen opinión respecto a los modelos de gestión, a cómo pueden repercutir o no en la atención que se da en esos centros, y esencialmente cómo repercuten o no en el ámbito de los profesionales; no me refiero a la atención que se preste al ciudadano, que estoy convencida de que cualquier profesional hará el máximo esfuerzo para que la atención sea la adecuada.

Ha dicho que a ustedes les llegan las noticias a través de rumores -algunos sí hemos entrado en su página web- en todo lo relacionado con la posible desaparición de las gerencias en atención primaria. Yo le diré a usted, aunque no es un consuelo, ya se lo anticipo, que la rumorología en lo que se refiere al ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid es algo bastante constante. En muchas ocasiones los Grupos Parlamentarios nos enteramos de que se van a hacer determinadas cosas cuando ya han aparecido en los medios de comunicación; por ejemplo, cuando la remodelación del Gobierno, que, con todo derecho, puede hacer cualquier Gobierno y más cualquier Consejero en su ámbito de competencia, las entidades que representamos a los ciudadanos en el Parlamento, es decir, los grupos políticos, nos enteramos por los medios de comunicación, y enterarse por un medio de comunicación o a través de ellos de que van a desaparecer cuestiones de una importancia, a nuestro entender, sería dentro del ámbito de la Consejería, como es la Dirección General de Salud Pública, llama poderosamente la atención. Yo sé que con esto no le estoy dando a usted ningún consuelo, pero sí le digo que, desgraciadamente, las cosas funcionan como funcionan.

A lo largo de todo este tiempo en el que estamos hablando aquí con el fin de llegar a una conclusión sobre los modelos de gestión y en el que nosotros hemos venido destacando la intromisión de la iniciativa privada, del mercado dentro del ámbito sanitario, como usted comprenderá, hemos podido escuchar de todo. Hemos podido escuchar que es bueno, que no resulta tan malo, muy bien dicho y muy bien argumentado, sin lugar a dudas, que el mercado penetre en el ámbito sanitario. Hemos podido

escuchar también y comprobar que hay quienes defienden a capa y espada, como entiendo que es lógico, que la iniciativa privada tenga un posicionamiento bastante más importante que el que tenía hasta este momento dentro del ámbito sanitario público madrileño. Hasta ahora, por lo que conozco, las entidades privadas, la iniciativa privada sanitaria tenía momentos de colaboración, algunos momentos incluso de concertación, pero no había penetrado de la manera que está penetrando ahora en el ámbito sanitario. Ha llegado a mencionarse aquí incluso Maastricht, que en función de la deuda pública que puede asumir, hasta dónde puede llegar el endeudamiento público, permite que se puedan derivar a través de otros organismos o entidades recursos de forma tal que la obtención de estos recursos no carguen sobre la deuda pública.

Es verdad también que hace mucho tiempo ya que las entidades privadas, que el mercado penetra en todo aquello que es, ha sido o estaba directamente relacionado con el estado de bienestar, no solamente en el ámbito sanitario, que ahora estamos tratando, sino también en el ámbito educativo o en el ámbito de los servicios sociales propiamente dichos, hasta tal punto que en el ámbito educativo fueron creciendo de una manera espectacular los conciertos o los convenios con entidades privadas, llegando los conciertos con entidades privadas ya casi a superar al peso del servicio público puro y duro, y, si hablamos de los servicios sociales, nos encontramos con que allí el porcentaje de prestaciones a través de la iniciativa privada es muchísimo mayor que el propio peso del servicio público puro y duro.

En el tema sanitario ahora nos encontramos con que en Madrid empezamos a tener muchos modelos sanitarios, diversidad de modelos sanitarios en los que la iniciativa privada juega ya un papel. (“Denegaciones por parte del señor Fermosel Díaz.”) Sí; sé que el señor Fermosel me dice que no, pero nosotros manifestamos que sí. Tenemos opiniones diferentes; es así. Entonces, empezamos a introducir una parte del mercado dentro del ámbito sanitario. Hemos hablado por activa y por pasiva del modelo PFI y ya hemos dicho que hay quien opina que es un modelo que tiene éxito y hay quienes opinamos, en base a lo que leemos y vemos, que no tiene tanto éxito. He comentado en la intervención anterior que aquí hay una persona que dice que, en Inglaterra, para el 2014, habrá un déficit cercano a los 114.000 millones de euros, que es bastante dinero, en función de la proliferación de este modelo. Además, aquí vamos a más a más y no solamente tenemos este modelo sino que también tenemos la intromisión de la iniciativa privada pura y dura a través de fundaciones, como la Fundación Jiménez Díaz, que es iniciativa privada pura y dura, o a través del modelo del hospital de Valdemoro, y ahora vamos a ver otros nuevos modelos, como el de los futuros hospitales, que, como ya ha salido publicado por ahí, es mixto, nos encontraremos con el conocido PFI y también con el conocido modelo Alzira, que no sé si será el primero, el segundo o el tercer modelo Alzira, el que fuere, pero que, en cualquier caso, también ha tenido y tiene una serie de problemas al respecto.

Desde nuestro punto de vista, equivocado o no, consideramos que la garantía de calidad, equidad, eficacia y eficiencia, que son todos los términos que se manejan, viene dada por el sistema

sanitario público en toda su amplitud; pero, como no vivimos en un mundo extraño, no negamos la colaboración de entidades privadas dentro del sistema. Como aquí se ha dicho, siempre ha existido y probablemente siempre seguirá existiendo, lo que no queremos es que, pese a que se sigue hablando del tema de la tarjeta sanitaria, quien prime sea la iniciativa privada por encima del sistema público.

Nosotros hemos podido comprobar cómo, a la hora de ejercer un control, es mucho más fácil y no hay ningún problema cuando tú ejerces el control dentro del sistema sanitario público, y tenemos serias complicaciones cuando quieres conocer lo que hace la iniciativa privada; serias complicaciones: pueden estar de viaje en Nueva York, tienen una reunión importantísima o no se sabe qué otras cuestiones, pero es difícil, muy difícil, que puedan comparecer para que podamos conocer en profundidad lo que pasa. Y como tenemos experiencias de lo que pasa cuando la iniciativa privada se hace cargo de determinados temas dentro del ámbito de lo que llamaríamos el estado de bienestar social, la capacidad de reacción que se puede tener desde la Administración y la capacidad de gestión que tienen, lo que se puede hacer y lo que se puede controlar, no queremos, no deseamos y no estamos -eso se lo digo yo a usted- a favor de la intromisión del mercado en el ámbito sanitario, porque creemos en el derecho a la salud de los madrileños más que en el derecho del mercado. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señorita. En representación del Grupo Socialista, tiene la palabra el señor Fernández.

El Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: Gracias, señora Presidenta. Señor Rodríguez Escobar, bienvenido a esta Comisión. Por lo menos nosotros la estamos planteando como una Comisión de conocimiento de los distintos sectores que influyen sobre la sociedad madrileña. Ése era nuestro afán y éstos eran los objetivos que nosotros pedimos en la Mesa; no obstante, votamos a favor de la Comisión porque pensamos que es importante e interesante precisamente eso: conocer el sistema sanitario madrileño desde la visión de todos aquellos que tienen algo que aportar, que trabajan como reflexión económica, como reflexión asistencial, desde el punto de vista médico, desde el punto de vista de la enfermería, desde el punto de vista del paciente, del ciudadano, etcétera. Por tanto, queremos hacer un análisis global de lo que sucede en Madrid, si vamos bien o no, si es mejorable o no, o si estamos en el mejor de los mundos posibles, como decía el doctor Pangloss en "Cándido".

A mí me gusta mucho lo que usted ha dicho porque abunda en algo que para nosotros es muy importante, y es que pensamos que este sistema no es mejorable si no cambia de alguna forma el paradigma asistencial, que creemos que es fundamental. En este momento estamos viviendo casi obsesivamente algo que no es cierto y que al mismo tiempo es verdad, que es la disminución de médicos; no faltan médicos, lo que faltan son especialidades concretas, y ha salido varias veces el tema de pediatría. En ese aspecto, el papel de enfermería es fundamental. Las consultas de los médicos de atención primaria son consultas absurdas ininidad

de veces; enfermería tiene mucho menos que hacer de lo que debería hacer. Ves una consulta de enfermería con cinco, siete o doce pacientes y al lado ves a “tropecientos” en la consulta del médico para determinadas situaciones que no tendrían por qué ser resueltas por un médico, porque, en efecto, la vía de entrada, el cuidado de enfermos crónicos, etcétera, no hay ninguna visión ni ninguna necesidad, desde el punto de vista científico, de que sea asumido por un médico, una vez que el diagnóstico está hecho, el tratamiento indicado y los cuidados permanentes del paciente no son médicos, son de enfermería. Por tanto, ese paradigma existencial tiene que cambiar; se tiene que abrir camino otra mentalidad, que creo que lo va haciendo poco a poco.

Esta mañana ha venido Máximo González Jurado y hemos estado hablando de los temas que tienen que ver con el nuevo papel de enfermería desde el punto de vista docente; naturalmente, eso es fundamental. Ha dicho usted algo que a mí me resulta clarísimo: yo trabajo en primaria. La última enfermera que ha pasado consulta cerca de mí, no conmigo, venía exactamente de la UCI del hospital de la Princesa, y para ella los dos o tres primeros meses fueron una tragedia, tal y como estaba aquello, porque realmente ése no había sido su mundo en los últimos quince años. A mí me parece que es un dispendio absurdo de recursos, sobre todo de conocimiento y, por tanto, de cuidados últimos para el paciente, que es al final donde todo termina, tanto médicos como enfermería; que estamos perdiendo recursos, habilidades y, sobre todo, calidad. Eso también nos preocupa, porque ése es otro de los paradigmas que tiene que mejorar. El tercero es que estamos en una especie de tótem, y esta sociedad se mueve mucho por tótems.

El último tótem dialéctico es que el sistema de atención primaria está en una profunda crisis. Yo creo que no es cierto. Yo creo que hay algún interés en que parezca que la atención primaria está en crisis.

Usted ha enseñado el Plan de Mejora de Atención Primaria 2004-2009, que se firmó gracias a una iniciativa, una proposición no de ley que presentó el Partido Socialista y en la que llegamos a una transaccional con Izquierda Unida y con el Partido Popular, siendo Consejero el señor Lamela. Fue totalmente un plan de mejora que terminamos nosotros, los políticos, cuando dinamizamos el acuerdo, y a partir de ahí entraron en ejercicio todas las sociedades científicas y el mundo que se mueve en el mundo de la sanidad. Todos ellos hicieron un análisis interesante, importante y promovieron lo que se llamó plan de mejora. El plan de mejora contó con el acuerdo de los grupos políticos que estamos aquí representados, y en una comparecencia informativa del señor Consejero todos estuvimos básicamente de acuerdo. Sin embargo, el Plan de Mejora de Atención Primaria está paralizado, quieto, no se mueve nada, hasta estos momentos -¡ojalá empiece a moverse mañana!-; está quieto y frustrado y va a ser difícil que empiece a moverse porque, en efecto, atención primaria este año tiene un presupuesto negativo, crece por debajo del PIB nominal, y esto es importante. Por tanto, es difícil que con 102 euros per cápita el Plan de Mejora de Atención Primaria pueda acercarse a su cumplimiento.

En cuanto a la rotura de los equipos de atención primaria, es subjetiva; es cierto, no la hay. Lo que es verdad es que uno, que trabajó en sus tiempos mozos, hace ya tiempo, allá por los años

ochenta, cuando era más joven que ahora, en la elaboración de los equipos de atención primaria -no sé si están en crisis-, está profundamente decepcionado. El equipo de atención primaria nace como consecuencia de la incorporación comunitaria, desde Alma-Ata hasta aquí; quisimos traerlo a España, se planteó con esa idea, y ha tenido una implantación dura, progresiva, compleja, difícil. En este momento tenemos una distribución de los centros de atención primaria bastante positiva en Madrid, tenemos el 98 por ciento de la población en equipos de atención primaria; sin embargo, los equipos de atención primaria son en estos momentos una sucesión de consultas, que es lo que son; es decir, son médicos de cupo que trabajan más tiempo y les pagan mejor, pero exactamente igual, ni más más, ni más menos. Enfermería ha prosperado desde el punto de vista asistencial porque ha pasado de ser un auxiliar directo del médico que firmaba recetas, y poco más, a tener una consulta mucho más importante en cuanto a evaluación de cuidados, pero con unos déficit de programación espectaculares, porque es verdad que no hay un protocolo de comportamiento, es absolutamente cierto; cada cual trabaja como quiere trabajar y cada cual llega hasta donde quiere llegar. No hay ni un solo protocolo ni coordinación.

Por tanto, si los equipos de atención primaria funcionan mal, la carrera profesional -perdonen que haga aquí otro discurso- no es una carrera profesional. Esta mañana decía Máximo González Jurado, y tiene razón, que es un trienio bis que no premia en absoluto la diferenciación del profesional. No es mejor profesional el que tiene un incentivo objetivo, simplemente te pagan más porque llevas más tiempo trabajando, que está bien y se agradece; al fin y

al cabo son, en vez de trienios, bienios, y está bien, porque a los sanitarios, como a todo ser humano, el asunto del dinero les interesa, pero no tiene nada que ver con la capacidad profesional y no incentiva el estudio ni la investigación ni el comportamiento, ni nada por el estilo.

Siempre me ha parecido mal que enfermería no tenga cargos en la gestión; siempre. Esto lo he venido diciendo desde hace muchos años; también lo plasmamos en el programa electoral, en una conferencia que tuvimos, y lo planteamos en una enmienda que presentó el Partido Popular, entre otras muchas cosas. ¿Por qué no los va a tener? Es un problema de capacidad, ni más ni menos que de capacidad personal y de función, nada que no se adquiriera en un máster de gestión de hospitales. Desde luego, gestionaría mejor que yo, que no lo he hecho, y que otros compañeros que estamos aquí, sin duda alguna. Entonces, ¿por qué? Es un problema de capacidad personal, de formación intelectual, y punto, pero no puede haber una jerarquía de antemano. Es otro paradigma que también tienen que cambiar.

Realmente, el motivo último de esta Comisión, de acuerdo con los objetivos marcados por el Partido Popular, ha sido el estudio de las diferentes fórmulas de gestión que se dan en Madrid, en España, en países del entorno y galaxias cercanas, y eso está bien porque significa que vamos a analizar, como es lógico, todas las fórmulas de gestión con la importancia que tienen, que es relativa. Yo, a las fórmulas de gestión, les doy la importancia que tienen; sólo me preocupan aquellas en las que, como decía el compareciente anterior, entre el mercado, es decir, que los “input”

mercantiles puedan deformar, confundir y añadir incertidumbre a la marcha global de los sistemas sanitarios públicos.

No sé por qué en atención primaria tenemos que empezar ahora a pensar fórmulas originales sin desarrollar la que tenemos. No soy enemigo de las EBA, en absoluto; me parece que son un intento interesante, igual que los colegios concertados, que me parecen bien y no me preocupan en absoluto. En Madrid tenemos un modelo que tenemos que desarrollar, porque no evaluarlo para pasar a otro modelo me parece una crisis de infantilismo.

Cambiar cada Legislatura de modelo alternativo, poniendo modelos alternativos encima de la mesa, me parece un problema de ignorancia sanitaria de mayor cuantía. Si en el año 2004 se firma un acuerdo de un plan de mejora de atención primaria, ¡hombre!, vamos a desarrollarlo, vamos a demostrar hasta dónde se puede llegar, lo evaluamos, lo conceptuamos y lo modificamos, y si tienen que venir EBAs, que vengan EBAs, y si tienen que venir consorcios, que vengan consorcios; que venga lo que sea necesario para la mejora del sistema, pero tendremos que evaluar el que tenemos y desarrollarlo, ¿no? Parece que es de sentido común. Todos votamos un plan; ustedes, las sociedades científicas y asociaciones, lo elaboran y lo avalan, y el plan se termina, y cuando éste se termina empieza un estallido de rumores, pero que no son rumores, siendo rumores, porque ya se sabe que los rumores es la única forma que, en efecto, como decía Caridad, tenemos para enterarnos de las cosas incluso los diputados, porque si le enseñara alguna de las contestaciones que nos manda la Consejería sobre temas importantes, son de pena; pero eso es así. Nos enteramos

ahora por los periódicos y, sobre todo, yendo a las conferencias, a las jornadas que se celebran casualmente siempre en el Ritz, y está bien. Realmente es ahí donde explican lo que puede pasar con la atención primaria, lo que puede pasar con la atención especializada, lo que va a pasar con las fórmulas de gestión, y eso no está evaluado, ni planteado, ni planificado, ni nada por el estilo. De acuerdo que planificar es difícil, claro, planificar para empezar a enseñar lo que quieres hacer. La mejor manera de que nadie se entere de lo que quieres hacer es no escribir una línea, o doce puntitos, como en el programa electoral del Partido Popular, que sirven para lo que usted quiera. De acuerdo, pero un plan de salud, que es obligatorio de alguna manera en la sanidad, hay que plantearlo, y es posible que el plan haya que modificarlo a los tres o cuatro años, pero al menos indica una voluntad y un análisis previo que lleva a una consecuencia sucesiva. Parece que forma parte de la elementalidad -ya estoy terminando-. Eso es lo que nosotros estamos pidiendo hace mucho tiempo, que se plantee y se plasme, pero no lo conseguimos.

Queremos saber por qué se elige una fórmula de gestión. Es de lo que trata esta Comisión, no de que sean buenas o malas, sino por qué se elige una fórmula de gestión; por qué se eligen para los próximos cuatro hospitales una mixtura entre hospitales PFI más concesiones administrativas; por qué el hospital de Valdemoro, por ejemplo, se desarrolla tipo Alzira 1, que ha sido un fracaso objetivo. ¿Por qué? ¿Cuáles son los datos objetivos que llevan a plantear eso? Lo ignoramos por completo; de vez en cuando leemos, eso sí, algún confidencial sanitario, o nos llega de aquella manera, donde desarrollan naturalmente las conferencias que dan en el Ritz. La

mejor manera de saber lo que opina el Consejero es normalmente consultar algún confidencial sanitario, de ninguna otra manera. Entonces, ojalá que de esta Comisión surja un acuerdo al menos de evaluación. Vamos a evaluar los sistemas antes de cambiarlos, porque para cambiar un sistema que no sabemos cómo va, pero sabemos que no va mal, lo que pasa es que, evidentemente, hay que cambiarlo, habrá que saber lo que hay que invertir, lo que hay que desinvertir, qué personal hay que tener, de qué forma, hasta cuándo, de qué manera, qué ratios. En fin, conocer el sistema, dotarlo económicamente de una forma realista; no loca, realista, no comparativa, de acuerdo con las necesidades objetivas que cada región tiene, y Madrid tiene las que tiene; Cataluña las que tiene, y Murcia las que tiene, porque cada cual es un territorio diferente, con niveles sociológicos, económicos, de transporte, de todo, diferentes. Por tanto, cada uno de estos territorios tenemos que analizarlos, y a nosotros nos toca éste. Por tanto, muchas gracias por todo lo que nos ha dicho, porque yo creo que, mucho más que una reflexión, usted nos ha enseñado el espejo. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra don Javier Rodríguez en representación del Grupo Parlamentario Popular.

El Sr. **RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, don José Rodríguez Escolar, por la información que nos ha dado, y le agradezco muy sinceramente que haya venido. Lo primero que lamento es que usted no esté en los órganos de decisión de la

sanidad madrileña; nosotros tampoco. Nosotros tampoco estamos en los órganos de decisión, pero lo que no puedo aceptar es la crítica de que no se habla con la enfermería. De hecho, esta mañana ha estado el Presidente del Consejo General, está pendiente de venir el Presidente del Colegio de Madrid; en otras Comisiones que ha habido han venido otros representantes, bien es verdad que usted no ha venido probablemente porque es imposible hablar con todos los sectores y entonces se intenta hablar con los más representativos. También ha venido gente representante de los sindicatos de enfermería, que también tiene algo que ver y que afectará a primaria y a especializada.

En cualquier caso, su información es muy valiosa, y sobre todo para mí lo más importante es lo que habla usted de la mala relación entre la primaria y la especializada. Yo creo que ése es un tema que hay que resolver, y tomo buena nota de que en los informes que se dan no hay notificación respecto a los cuidados que hay que realizar al paciente. Yo creo que ése es un tema importante y, por lo tanto, tomo buena nota de ello para ver de qué forma eso se puede reconducir.

Por lo demás, ha dicho usted que llegan muchos rumores. Es verdad que llegan muchos rumores, y a veces nos enteramos por los periódicos. Por ejemplo, yo me enteré ayer por los periódicos que en Izquierda Unida hay un nuevo coordinador. Lo podría haber sabido antes si me lo hubieran contado ellos, pero pregunté el día anterior y no sabían los de Izquierda Unida quién iba a ser el coordinador. ¡Todo eran rumores! Es verdad que entre los que se mencionaban en los rumores ha acertado uno. También es verdad

que hace tiempo había rumores de que había una crisis económica; parece que todo el mundo lo sabía menos el Presidente del Gobierno. El Presidente del Gobierno no lo sabía, era un rumor, pero de pronto llega y dice: esto se hace porque no se planifica. ¡Hombre!, ya lo he dicho esta mañana. ¿Quiere esto decir que, cuando se ha planificado en España, se ha planificado el paro como está? Porque hace poco tiempo nos vendieron que la planificación era el pleno empleo; si ahora resulta que el pleno empleo se va a traducir en el pleno paro, quiere decir que la planificación se ha hecho mal o que nos han mentado. Por lo tanto, también son rumores, y esto habría que corregirlo.

Me hubiera gustado que hubiera hablado más de las EBA. No sabía yo que la proporción de la enfermería era tan disparatada. Estoy totalmente de acuerdo con usted; lo digo porque hace poco ha estado aquí un compareciente para hablarnos de las EBA y la verdad es que ese dato no nos había sido transmitido y, por lo tanto, tomo buena nota de él. Pero nos habla del modelo de Alzira como si no existiera el modelo Aljarafe; el modelo Aljarafe se utiliza en Andalucía, tiene asignada una zona de atención primaria y, además, todo el personal que trabaja en atención primaria y en atención especializada de la zona asignada no es estatutario, ni es funcionario, ni es un trabajador público del servicio andaluz de salud. Por lo tanto, a ver si sabemos de lo que estamos hablando aquí, lo que estamos diciendo y lo que se modifica o se deja de modificar.

Yo no tengo constancia -me llegan rumores pero no tengo constancia- de que se vaya a modificar el modelo de atención

primaria, pero a lo mejor yo tengo mal la información; es decir, pueden ser sólo rumores o pueden ser cosas que pueden ocurrir. En cualquier caso, yo estoy atento a los rumores que llegan porque también puede ocurrir que me entere por los periódicos porque ése es un hecho habitual; ya hubo otro Presidente del Gobierno que se enteraba por los periódicos y cuando le decían que había un problema decía: pues yo me acabo de enterar por los periódicos.

Ha dicho usted una cosa con la que yo estoy totalmente de acuerdo, si fuera como usted ha dicho: que, en Alzira, la lista de espera es distinta para unos que para otros. Lo que pasa es que eso no es cierto; desde luego, en Madrid no ocurre. En Madrid no hay ningún hospital así, el único hospital que pudiera parecerse es el hospital de Valdemoro, pero es un hospital que única y exclusivamente trabaja para el sector público, no pueden entrar ciudadanos que procedan de ninguna otra sociedad médica, no pueden entrar ciudadanos que vayan a pagar con dinero, ahí sólo se entra con la tarjeta sanitaria y, por lo tanto, es un hospital que está única y exclusivamente al servicio público; por consiguiente, no puede estar al servicio de entidades privadas. Esto hay que aclararlo porque parece que las cosas que se dicen aquí sientan cátedra, y no es así; si no, que nos demuestren lo contrario.

Estoy de acuerdo con lo que decía el portavoz del Partido Socialista: que hay que evaluar antes de hacer algunas reformas. ¡Hombre!, ya se han evaluado algunas cosas; pero no voy a darle los resultados que se han obtenido, señor Fernández, porque usted los conoce como yo. (“El señor Fernández Martín hace gestos de sorpresa.”) Los conoce usted igual que yo, señor Fernández, no

venga aquí sorprendiéndose. Si quiere, evaluamos por qué faltan médicos. (“Risas por parte del señor Fernández Martín.”) Si quiere, se lo evalúo. Porque del año 1982 al año 1992 se convocaba para formación de especialistas MIR el 15 por ciento de los médicos que acababan la licenciatura, con lo cual en el año 82 había 11.000 médicos fuera del Sistema Nacional de Salud y en el año 1992 había 66.000 médicos del Sistema Nacional de Salud que no podían trabajar en el sector público porque la normativa europea les exigía una titulación; éstos son los médicos que nos faltan ahora, que no es sólo en algunas especialidades, nos faltan en muchos sitios, aunque en algunas especialidades el problema es más grave. También nos falta personal de enfermería. ¡Ya nos gustaría poder encontrar más enfermeras de las que hay! Pero sabe usted que a veces es un problema; el problema es que no existen todas las que debiera haber.

Estoy de acuerdo en que lo primero que habría que definir son las funciones, y esas funciones están definidas en el plan de mejora de la asistencia primaria. ¡Hombre!, usted ha dicho que hace pocos días han llegado a un acuerdo, y espero que ese acuerdo se cumpla. Yo no sé los términos en los que han firmado ustedes ese acuerdo, y le voy a decir lo que le he dicho anteriormente: a nosotros tampoco nos llaman para hacer la gestión, no es nuestra misión. Nosotros lo que tenemos que hacer aquí es conocer la opinión de los expertos y, al final, hacer un dictamen, que ya le adelanto que no es vinculante. Al final, el Gobierno hace lo que tenga que hacer porque él primero tiene que ordenar sus recursos y, con arreglo a los recursos que tenga, ver las necesidades que se pueden cubrir. Todos podemos tener una serie de peticiones que

vayan hasta un máximo y a lo mejor nuestras peticiones, igual que ocurre en cualquier familia, no se pueden cumplir al máximo. Usted en su medio familiar tendrá peticiones de todo tipo y dirá: pues hasta aquí podemos llegar ahora y en otra época podemos llegar a otra cosa porque hay otras prioridades; es decir, no todo lo que hay que hacer es sanitario.

Dicen que los presupuestos bajan. Bueno, los presupuestos no dejan de ser otra cosa que un presupuesto. Yo estoy seguro que tan pronto como la Administración Central del Estado nos pague todo lo que nos debe y reconozca que hay un millón de ciudadanos más atendidos en la Comunidad de Madrid, los presupuestos aumentarán rápidamente. El presupuesto no deja de ser algo que está previsto y que se puede modificar. Le voy a poner un ejemplo para que usted lo entienda. Aquí había un presupuesto, que si los socialistas ganaban las elecciones en la Comunidad de Madrid, gobernarían y tendrían un Gobierno; como no ganaron, tuvieron que modificar su presupuesto y adaptarse a la oposición. Con la economía ocurre igual; con el dinero que hay se piensa hacer unas cosas, pero en el instante que eso mejore indudablemente se pueden hacer cosas mucho mejores. Usted comprenderá, aunque el gasto por ciudadano sea muy pequeño, que si nos pagan 1.600.000 euros más, que en este momento no están contabilizados, eso supone mucho dinerito que se puede aplicar al sistema.

Por lo demás, las cosas que ha dicho usted me parecen muy razonables. Que usted nos diga que se están desaprovechando, la verdad es que lo lamento, y me gustaría que eso no fuera así y,

sobre todo, que algunas funciones que deberían estar bien definidas, y si están definidas no se están aplicando, es mucho más grave. Lo que sí me gustaría escuchar en su segunda intervención es si esa responsabilidad de que no se cumplan esas funciones es del gerente de su área, del coordinador de su centro o si es de la propia Consejería; supongo que usted en eso tendrá opinión. La resolución que haya que tomar no es la misma en todos los casos; si el responsable es el coordinador del centro, habrá que tomarla a nivel del centro; si el responsable es el gerente, habrá que tomarla a nivel del gerente, y si es la Consejería, habrá que tomarla a nivel de la Consejería. Por lo menos, mi obligación es transmitirlo. No tenga usted la menor duda de que toda la información que usted nos ha dado, de la que yo he tomado nota y de la que no he tomado nota, para eso tenemos las taquígrafas y todo quedará perfectamente escrito, podemos revisarlo y transmitirlo a la Consejería para ver si, ya que ustedes no están en los órganos de decisión, por lo menos les pueden escuchar y hacerles caso. Nada más y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señorita. Para terminar la comparecencia, tiene la palabra don José Rodríguez, por un tiempo de diez minutos.

El Sr. **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE ENFERMERÍA MADRILEÑA DE ATENCIÓN PRIMARIA** (Rodríguez Escobar): Muchas gracias a los tres portavoces. En primer lugar quería decir que nosotros, como sociedad, no nos hemos dedicado a hacer evaluaciones de los modelos de gestión. Hay cosas en las que

nosotros sí nos hemos posicionado en cuanto a la repercusión que puede tener aquello que nos compete, que es el ámbito de los cuidados. En el tema de los hospitales que estamos hablando, imagino que habrá muchísimos posicionamientos. En nuestra sociedad hay miles de posicionamientos distintos, de distintos partidos, etcétera. ¿Qué cosas nos parecen a nosotros que son básicas y las analizamos como tal? Son las siguientes: garantizar la equidad, garantizar que no se está produciendo la selección adversa, es decir, que determinados hospitales o determinados grupos eligen a los pacientes menos costosos y van derivando a otros. Eso es lo que a nosotros nos interesa que se garantice.

Yo he contestado aquí a las preguntas sobre el modelo Alzira y sobre las EBA porque son las preguntas que nos han hecho y sobre las que hemos buscado información. Es cierto que, igual que en las EBA hemos encontrado documentación, entre comillas, independiente, en el modelo Alzira no nos ha sido fácil encontrar una evaluación realmente clara.

Respecto al tema de la gestión, la sensación que como sociedad sí podemos decir claramente es que no tenemos claro - voy a repetir lo que ha dicho el señor Fernández porque ésa es la sensación que hay en mi sociedad- por qué se están buscando cosas nuevas si no se está aprovechando lo que hay ahora mismo. Supongamos, en un ideal -que no quiere decir que sea ideal-, que se ponen determinados sectores en la iniciativa privada. ¿Lo público seguiría sin medirse? A mí me parece que hay sistemas de gestión de los que he hablado una y otra vez. En cuanto a las competencias, en Madrid no están definidas; hay Comunidades que

las tienen definidas pero Madrid no. Se comprometió a definir las pero, por las razones que sea, no lo ha hecho. Además, ahí sí que no puedo hacer un análisis de todas las Comunidades, hay Comunidades que las tienen y otras que no. Es cierto que seguramente Madrid es casi la única Comunidad que en su estructura no tiene órganos de gestión de la enfermería, y no me estoy refiriendo a mí sino a que la mayoría de las Comunidades tiene unos órganos donde hay determinados sectores en los que, por ejemplo, enfermeras, de alguna forma están interviniendo en la planificación de los cuidados. Creo que la Consejería de Madrid tiene un defecto desde mi punto de vista, y es que, en ese sentido, es excesivamente médico centrista; es un problema que tiene. Cuando me refería al Consejero, lo decía porque creo que debe informar y decir: mira, es así; creo que sería bueno para él, para nosotros y para todos, y eso sí que mi sociedad lo tiene claro.

Nosotros pensamos que en los últimos años en la Comunidad de Madrid el nivel retributivo de todos ha subido, pero, sin embargo -y ésta es una sensación cada vez mayor-, los profesionales están profundamente desmotivados, y creo que hay que establecer mecanismos y fijar objetivos, decir qué objetivos se van a alcanzar en cada centro, en cada área, medirlos y hacer un sistema de incentivos unido a la consecución de esos objetivos. Eso no se está haciendo de forma clara a nivel central, y no están definidas las competencias ni las funciones de la enfermería en Madrid; tampoco en otros sitios, pero en Madrid no. Y eso hace que la mayoría de las cosas que hacen los responsables de enfermería, los directores de enfermería y demás personal hacia arriba en las estructuras de cuidados sean voluntarias. Un médico no puede decidir

determinadas cosas; un director médico no puede decidir si hace o no un informe con no sé qué hospital, pero un director de enfermería sí. Esa voluntariedad, que puede ser creativa, tiene luego otro componente que, desde un punto de vista poco empresarial, no entiendo, y es que yo estoy contratado por una empresa que me deja hacer lo que quiero; eso no lo entiendo.

Por tanto, desde la sociedad pedimos una cosa que casi es “contra natura”: que nos definan, que nos midan, que nos evalúen, etcétera; lo pedimos una y otra vez. Eso es un cambio de paradigma. Es cierto que es algo que los enfermeros llevamos diciendo hace un montón de años y que cada vez hay más administraciones que nos dicen que sí. En Madrid llevamos diciéndolo desde el principio. Yo recuerdo las primeras reuniones con los sucesivos gobernantes que ha habido aquí, una y otra vez diciéndolo. Hemos tenido siempre la desgracia de que, cuando se ha aprobado una cosa, al final, por las razones que sea, no se ha llevado a cabo, y eso produce desánimo. El documento que nos han dicho que ya se ha aprobado y que se va a difundir entre los gerentes la semana que viene nos parece una maravilla, pero hay cierto desánimo, y vuelvo a lo de los rumores. Para nosotros, el problema de los rumores es que a veces nos vienen de altos cargos. Por poner un ejemplo muy tonto, les diré que la semana pasada se eliminó la palabra área del documento porque nos informaron de que seguramente las áreas desaparecerían; es decir, eso se nos dice desde allí, y entonces dices: pero, ¿van a desaparecer? Entonces, esa sensación sí genera incertidumbre, y es una pena porque la genera a unos niveles muy grandes. Someter a los profesionales a esa sensación, que sí que quema,

creo que no es necesario. Creo que es más fácil decir que se va a hacer esto o lo otro. Lo digo sinceramente, y no estoy buscando ningún enfrentamiento ni nada. Sólo quiero decir que nosotros detectamos un problema e intentamos que no se dé porque es una pena.

Vuelvo a decirles que la atención primaria en Madrid es un tesoro. El nivel de los profesionales en conocimiento, en experiencia, en lo que han hecho y en gestión no tiene parangón en toda España; entonces, es un tesoro. Creo que a veces hay que hacerse escuchar más; a lo mejor se ha escuchado mucho, pues hay que escuchar más, porque creo que los profesionales tienen muchísimas cosas que decir y están deseando tener un liderazgo claro y que se les diga: esto es lo que se va a hacer, de esta forma y demás. Están deseándolo. Creo que ahora mismo lo que más quema es la sensación de incertidumbre absoluta.

Respecto a las EBA y demás siempre nos vamos a fijar en el tema de los cuidados. Cualquier sistema que, desde nuestro punto de vista, garantice la equidad y garantice que se den unos cuidados, es decir, que estén los servicios de enfermería... Por ejemplo, si yo llamo a un médico y le digo que tengo a una persona con gripe, viene; pero si yo tengo a mi padre enfermo en la cama y nadie dice que un derecho mío es llamar a mi enfermera y decirle: venga usted y asesóreme de cómo tengo que cuidar yo a mi padre... Es fundamental que eso se publicite, que se cuente a la gente, que la gente lo sepa, lo exija y se mida. Si las EBA, las que sean -lo digo como sociedad, no como persona- me garantizan que se van a dar los cuidados a los ciudadanos, ¡olé!. Pero que me lo

garantice todo, no sólo las EBA o los no sé qué. El sistema público es el primero que me lo tiene que garantizar; me refiero al sistema público, lo que es de gestión absolutamente pública. Que me lo garantice, que esté bien medido. Creo que ésa es la primera tarea, lo que nosotros sentimos como necesidad. La primera tarea es la evaluación del sistema público. Creo que nada más. Hay mucho deseo de colaboración entre todos los profesionales y entre las sociedades que hay allí, pero también hay un cierto cansancio porque llevamos muchos años diciendo lo mismo. Creo que prácticamente he contestado a todo lo que tenía apuntado. Nada más y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA:** Muchísimas gracias, don José, por haber atendido nuestra petición y por haber comparecido en esta Comisión. Doy por terminada esta comparecencia y pasamos al tercer punto del orden del día.

3º Ruegos y preguntas.

¿Hay algún ruego o alguna pregunta? (“Denegaciones.”) No habiendo ruegos ni preguntas, se levanta la sesión.

(“Eran las diecinueve horas y seis minutos.”)