

— DIARIO DE SESIONES — DE LA — ASAMBLEA DE MADRID —



Número 367

7 de enero de 2009

VIII Legislatura

COMISIÓN DE ESTUDIO DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS

PRESIDENCIA

Ilma. Sra. D.^a Beatriz Elorriaga Pisarik

Sesión celebrada el miércoles 7 de enero de 2009

ORDEN DEL DÍA

1.- C 501/08 RGEP. 8196, Comparecencia del Sr./Sra. Presidente/a de la Plataforma 10 minutos, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, al objeto de conocer su opinión 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).

2.- C 506/08 RGEP. 8213, Comparecencia de la Sra. Dña. Rocío Alarcón, Gerente Hospital Aljarafe-Sevilla, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre los diferentes sistemas de gestión de servicios sanitarios públicos. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

3.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

-Se abre la sesión a las 10 horas y 11 minutos.

Página 10259

— **C 501/08 RGEF. 8196, Comparecencia del Sr./Sra. Presidente/a de la Plataforma 10 minutos, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, al objeto de conocer su opinión 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).**

Página 10259

-Exposición del Sr. Coordinador de la Plataforma Diez Minutos.

Página 10259-10262

-Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. García Álvarez, el Sr. Fernández Martín y el Sr. Rodríguez Rodríguez.

Página 10263-10269

-Interviene el Sr. Coordinador, dando respuesta a los señores portavoces.

Página 10269-10272

-Se suspende la sesión a las 11 horas y 25 minutos.

Página 10272

-Se reanuda la sesión a las 11 horas y 45 minutos.

Página 10272

— **C 506/08 RGEF. 8213, Comparecencia de la Sra. Dña. Rocío Alarcón, Gerente Hospital Aljarafe-Sevilla, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre los diferentes sistemas de gestión de servicios sanitarios públicos. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).**

Página 10272

-Exposición de la Sra. Gerente del Hospital Aljarafe-Sevilla.

Página 10272-10276

-Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. García Álvarez, el Sr. Fernández Martín y el Sr. Rodríguez Rodríguez.

Página 10276-10281

-Interviene la Sra. Gerente, dando respuesta a los señores portavoces.

Página 10282-10285

— **Ruegos y preguntas.**

Página 10285

-No hubo ruegos ni preguntas.

Página 10285

-Se levanta la sesión a las 12 horas y 45 minutos.

Página 10285

(Se abre la sesión a las diez horas y once minutos.)

La Sra. **PRESIDENTA**: Buenos días. Vamos a dar comienzo a la sesión de la Comisión de Estudio del Funcionamiento de los Diferentes Sistemas de Gestión de Servicios Sanitarios Públicos convocada para hoy a las diez de la mañana. Pasamos al primer punto del orden del día.

C 501/08 RGE. 8196, Comparecencia del Sr./Sra. Presidente/a de la Plataforma 10 minutos, a petición del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, al objeto de conocer su opinión 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).

Está con nosotros el primer compareciente, don Javier González Medel, que es el Coordinador de la Plataforma 10 minutos.

El Sr. **COORDINADOR DE LA PLATAFORMA DIEZ MINUTOS** (González Medel): Buenos días a todos. Gracias por la invitación a la Comisión. Supongo que todo el mundo conoce la Plataforma 10 minutos; yo soy su coordinador. Es una estructura de ámbito autonómico y vengo aquí en representación de la misma. La Plataforma 10 minutos comenzó su andadura hace más de ocho años y es un movimiento fundamentalmente de los profesionales de atención primaria de los servicios públicos de salud del Estado. Ha tenido diversas fases o etapas, no me voy a extender en esto, pero sí querría comentarles que en estos momentos la estructura es autonómica.

Voy a centrarme en lo que mejor conozco, que es la situación de la atención primaria en la Comunidad de Madrid. Para ello me voy a ayudar de una presentación que será proyectada en la pantalla. Desde mi punto de vista, y del de la organización que represento, la situación de la atención primaria en la Comunidad de Madrid es una situación de deterioro progresivo que se ha acentuado en los últimos años. Yo trabajo en la atención primaria y constato día a día esta situación, al margen de las cifras que ahora

les voy a presentar. A mi modo de entender, quizás éste es el resultado de diversos factores. El primero y fundamental es la evolución del gasto sanitario de la Comunidad de Madrid, que queda reflejado en la siguiente diapositiva en la que, "grosso modo", el gasto sanitario total aumenta de una manera considerable entre 2005 y 2009, mientras que el presupuesto para atención primaria -descontados los gastos de farmacia, por supuesto- disminuye, pasando, entre 2005 y 2009, de 843 a 740 millones de euros. Es decir, estamos en una situación de insuficiencia presupuestaria y de recursos que es crónica y cada vez más acentuada. Como consecuencia de esto ha aumentado la masificación en los centros de salud y, desde hace varios años, ha aparecido un fenómeno desconocido hasta ahora que son las listas de espera en atención primaria, tanto para pediatría como para medicina de familia.

Por otra parte, en los últimos años hemos asistido a un déficit importante de profesionales, fruto de distintas situaciones, tanto a nivel de médicos como de enfermería y administrativos, y esto ha sido puesto de manifiesto por distintas organizaciones, incluidas sus propias sociedades profesionales. Dentro de esta insuficiencia de recursos llama especialmente la atención lo relativo a pediatría, donde hay un número creciente de plazas que están siendo ocupadas por médicos de familia, lo cual no es ni bueno ni malo, pero pone de manifiesto la carencia de este colectivo en concreto; en las cifras aparece reflejado de una manera, pero la realidad es muy acuciante.

Un segundo factor, a mi modo de ver, fundamental es la relegación de la atención primaria en la agenda política y organizativa de la Consejería de Sanidad. La atención primaria ha sido relegada en el discurso del Gobierno regional y de la propia Consejería, que se ha centrado fundamentalmente en los nuevos hospitales. Por otra parte, las gerencias de atención primaria de antaño, que habían mantenido una actividad importante y deberían ser un referente de iniciativas y liderazgo en la organización del servicio, han ido perdiendo progresivamente peso en el seno de la organización y, en el momento actual, son en la mayoría de los casos meros transmisores de las órdenes y directivas de la Consejería, alejada del día a día de los profesionales.

Un tercer factor es la inquietud que la expectativa de privatización y cambio de modelo a

corto o medio plazo crea en el colectivo sanitario, lo que provoca una insatisfacción profesional y un desconcierto ante el futuro, que se acrecienta por la falta de diálogo y la actitud ambigua, en este sentido, de la Consejería de Sanidad, que, por otra parte, ha convocado en escasas ocasiones a la mesa sectorial y no ha abierto un debate público sobre la situación y el futuro de la atención primaria en Madrid, lo cual pone de manifiesto la tradicional ausencia de canales efectivos de participación profesional y ciudadana, que, aunque están recogidos en la Ley General de Sanidad y en la propia LOSCAM, no se han reglamentado de manera adecuada, y en el devenir de estos años la sensación es de que ha ido a menos.

Ésta es, a grandes rasgos, la situación, a mi modo de ver, de cómo nos encontramos ahora. Se puede insistir en algunos aspectos, ampliar otros, pero les voy a comentar cuál es nuestra situación en función del estudio que la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid publicó en abril del año 2008, actualizado con datos recientes, siempre provenientes del barómetro sanitario y del sistema de información de atención primaria del Ministerio de Sanidad. Madrid gastó 102 euros por habitante en el año 2008, y va a gastar 107 euros en el año 2009; pero ese porcentaje del año 2009 disminuye con respecto al año 2008 y pasa de casi el 12 al 10,5 por ciento, aproximadamente. Si nos comparamos con la media, en los dos casos, tanto en el año 2008 como en el año 2009, la media de las Comunidades Autónomas está francamente por encima; es decir, que el déficit financiero relativo aquí se pone de manifiesto. No me quiero extender en este sentido, pero sí quiero señalar que el presupuesto aprobado para el año 2009 en atención primaria tiene un crecimiento prácticamente de cero; en términos absolutos, un 0,13 por ciento, frente al 2,7 por ciento del presupuesto total, lo que evidentemente nos va a poner una vez más, y esta vez de manera un poco más intensa, por debajo de la inflación, como viene sucediendo de manera secular.

Con respecto a los recursos que tenemos, los últimos datos publicados, que son de finales del año 2007 -del año 2008 desconocemos cuál es la situación exactamente-, ponen de manifiesto otra vez nuestra situación por debajo de la media de las Comunidades, tanto en habitantes por médico de familia como de niños por pediatra, y de habitantes por enfermera como de personal no sanitario. Hay un

dato importante que es el tanto por ciento de médicos generales con más de 1.500 tarjetas sanitarias individuales. En este sentido, estamos en el 72,3 por ciento, cuando la media está cercana al 60, que es un índice de masificación; es decir, si partimos de la base de que 1.500 tarjetas sanitarias, con la organización que tenemos ahora, es un número importante -el límite es alto y casi todas las organizaciones y sociedades que se dedican a esto están de acuerdo-, más del 72 por ciento de los médicos de atención primaria de la Comunidad de Madrid están por encima de eso, lo cual da lugar a unas condiciones de trabajo que no son las mejores y, por lo tanto, no con la mejor calidad.

Cuantificando un poco esto, y con todas las excepciones que ahora les voy a comentar, podríamos decir, a la vista de estos datos, que en la Comunidad de Madrid, para estar en la media, faltan 353 médicos de familia, 7 pediatras, 604 enfermeras y 960 auxiliares administrativos, matizando que son datos que habría que multiplicar, sobre todo teniendo en cuenta que si los pediatras vieses esto dirían: no, no, en la Comunidad de Madrid faltan muchos más pediatras y, de hecho, tenemos un estudio que así lo demuestra. ¿Por qué ocurre esto? Porque son datos brutos en los que no se cuantifican a las personas que están en cargos de dirección, y sus plazas siguen figurando como disponibles; por otra parte, cuentan las plazas, no los profesiones que las ocupan. Por tanto, hay muchos equipos de atención primaria en los que en este momento hay 1, 2, 3 plazas no ocupadas, especialmente en el ámbito de la pediatría, y también en el de medicina de familia. Por tanto, yo diría que, al menos, y en el caso de los pediatras de una manera muy clara, aunque la estadística no lo refleje, pero sí el día a día, habría que multiplicar esto por 3 ó 4. Es decir, en la Comunidad de Madrid faltan bastante más de 7 pediatras y médicos de familia; probablemente estamos hablando de que faltan más de 500.

¿Todo esto tiene alguna relación con la oferta de servicios que hacemos? Pues sí. Así lo refleja la encuesta sacada del mismo sitio, el SIAP, sobre la oferta de procedimientos. En todos los casos estamos por debajo de la media -excepto en la vacunación gripal, que estamos un poquito por encima- en la oferta de servicios, procedimientos terapéuticos y oferta de medios diagnósticos; es decir, en cuanto al índice de productividad, de calidad de los servicios que damos y, en definitiva, de la

oferta estamos por debajo de la media también de las Comunidades Autónomas. ¿Qué pasa con eso? Pues que cuando esa oferta de servicios es baja aumentan las urgencias, tanto en los propios centros de salud como en los servicios de urgencia y en los hospitales, porque si no se resuelven los problemas en atención primaria se recarga el siguiente nivel asistencial.

Aquí hay algunos datos que me parecen también reveladores del gasto farmacéutico en la Comunidad de Madrid. Es un gasto bastante controlado, pero con una alarmante tendencia a crecer en los últimos años. Por tanto, en este capítulo, que estábamos cumpliendo, si seguimos con esta tendencia, probablemente nos pasaremos, y eso tiene especial relieve en atención primaria, porque, en definitiva, el gasto que se computa en farmacia es el gasto que está haciendo atención primaria. El gasto de los hospitales se controla mucho menos, aunque parece ser que son cifras incluso mucho más importantes. En definitiva, en este punto yo pondría una señal de alarma para no seguir por esta senda.

En términos generales, ¿qué opinión tienen los ciudadanos, con todas las salvaguardas que las encuestas de opinión tienen? Las encuestas de opinión son utilizadas por todo el mundo tanto para conocer su intención de voto como para conocer la satisfacción de los servicios que se les ofrecen; en este caso, es información sacada del parámetro sanitario. A pesar de todo, la opinión de los ciudadanos sobre el sistema que tenemos en atención primaria y el tipo de organización sigue siendo buena, aunque un poco por debajo de la media; más del 80 por ciento de la población cree que ha sido atendido bien. En ese sentido, creo que, para hacer cualquier cambio organizativo, se debería tener muy en cuenta la opinión de los ciudadanos puesto que podríamos entrar en una deriva en la que esa situación de bonanza, de opinión favorable, empezase a deteriorarse gravemente. Cuidado, porque la opinión de los ciudadanos en este sentido es que está funcionando de una manera aceptable y que están recibiendo -con todos sus problemas y con todas sus listas de espera- una atención que consideran buena en la inmensa mayoría de los casos.

En el poco tiempo que me queda me gustaría detenerme en un aspecto, que es el de las expectativas generadas por los nuevos modelos de

gestión en atención primaria que se han presentado en la Comunidad de Madrid. Con toda la ambigüedad que ha tenido esa presentación, porque se ha dicho en distintos foros de manera parcial por parte de las autoridades sanitarias, lo primero que quiero señalar es que el modelo español de atención primaria, del que Madrid es una muestra, como no podía ser de otra manera, actualmente goza de una buena reputación entre los sistemas sanitarios de nuestro entorno, es alabado y envidiado en algunos casos en muchas partes del mundo, y su buen funcionamiento está ampliamente reconocido por expertos, incluida la propia Organización Mundial de la Salud, y sobre todo ha dado buenos resultados en salud a un coste razonable. En segundo lugar, este modelo, que parece que funciona, se caracteriza, en atención primaria evidentemente, por ser público, tanto en su financiación como en su gestión y en su provisión; está planificado, como ustedes conocen, en función del trabajo en equipo, la zona sanitaria adscrita y goza, como hemos visto, de un alto aprecio entre los usuarios y los ciudadanos desde su implantación hace más de 25 años.

A pesar de esta situación, como decíamos antes, desde hace un tiempo se vienen planteando por parte de la Consejería de Sanidad, por parte del Gobierno regional, cambios en el modelo de gestión; se apunta que se van a empezar a implantar para el 2009, y se han planteado un poco a modo de globo sonda para ver cómo era recibida esa nueva organización; yo creo que estaban más dirigidos a las organizaciones que a los ciudadanos, que están bastante al margen de este debate, pero todos estos modelos que se nos ofrecen tienen una característica fundamental: rompen, digamos, el carácter público cien por cien del modelo tradicional e introducen el mercado y el ánimo de lucro dentro de la atención primaria, los beneficios económicos; buscan la rentabilidad económica. Aparte de intentar dar un servicio, hay un intento claro de rentabilidad económica, que a nadie se le oculta, y cuando se nos habla de posibilidades de negocio dentro de la sanidad pública por parte de la Consejería de Sanidad se nos está hablando ni más ni menos que de esto, un poco al hilo de los nuevos hospitales que han sido construidos en la Comunidad de Madrid.

Estas propuestas han sido de distinto tipo; por un lado, tenemos los llamados equipos de base asociativa, las EBA, que tienen una experiencia desde hace ya diez años en la Comunidad catalana.

Como ustedes saben, está organizado en torno a un pequeño grupo de médicos empresarios, el resto de los trabajadores están asalariados, y es un modelo tipo pequeña o mediana empresa, tutelado por la propia Administración pública, que en último extremo asume las cargas económicas más importantes, como es la farmacia y eventualmente las pérdidas. Evidentemente, es un modelo privatizador, con escaso futuro -según mi opinión-, puesto que, en el actual panorama de economía de escala y a medio plazo, sería probablemente absorbido por empresas de mayor tamaño. Es una hipótesis, pero yo creo que en esta circunstancia es bastante probable lo que estoy comentando. A pesar de llevar diez años, cuando ha sido evaluado -que tampoco ha sido mucho-, sus resultados no han sido mejores que los modelos tradicionales, y para la Comunidad de Madrid tampoco se nos dice si va a ser exactamente el modelo catalán; se habla de determinados sitios, de pruebas, etcétera, pero es un modelo que ha sido presentado como factible.

Otro modelo es el de gerencia única de área, tipo modelo Alzira, que, como ustedes saben, es un modelo ligado al hospital. Esto tiene que ver con otro concepto de la sanidad en el que el hospital vuelve a ser predominante y la atención primaria se convierte en puerta de entrada y en filtro, creemos que fundamentalmente económico, de los ingresos hospitalarios; pierde un poco su autonomía y se convierte en un servicio más del hospital, con objetivos y actividades diseñados desde instancias ajenas a la misma y donde la promoción y la prevención realmente se resienten mucho.

Otro modelo posible que también se nos ha comentado -y van tres- es el de área única de atención primaria, con gerencias funcionales pero cambiando un poco esa estructura. Se ha ofrecido con la expectativa de la libre elección de médico de atención primaria, de pediatra y eventualmente de enfermera; es decir, el argumento es éste. Y hay que decir, en primer lugar, que la libre elección de médico de atención primaria ya existe, la Consejería de Sanidad la lanzó hace ya unos años; al menos a nivel de centro se ejerce de hecho y en algunos casos se ejerce a nivel de distrito desde hace años. Por otra parte -y esto es lo fundamental a mi modo de ver-, la idea de la libre elección de médico nos remite una vez más al mercado económico y es propia de un pensamiento en el que la planificación sanitaria es de bajo perfil -lo que funciona es el mercado, no la

planificación- y concibe a los ciudadanos como clientes al estilo de la empresa privada. Esto choca con los resultados de las encuestas que hemos visto hace un momento y no tiene en cuenta lo que a mi modo de ver es el principal interés de los ciudadanos, que es tener un servicio de calidad accesible y cercano; evidentemente, la cercanía es la que da, en primer lugar, la accesibilidad, que es lo que fundamentalmente hay que garantizar, junto con la calidad.

La Sra. **PRESIDENTA**: Don Javier, tiene que ir acabando porque ya ha sobrepasado su tiempo.

El Sr. **COORDINADOR DE LA PLATAFORMA DIEZ MINUTOS** (González Medel): Sí, señora Presidenta. Si quieren, puedo hablar un poco más de los inconvenientes de este modelo, pero no querría terminar sin referirme a la última de las posibilidades, que es el modelo PFI. A semejanza de lo que ha sucedido con los hospitales, la iniciativa privada de financiación o concesión administrativa -se llama de muchas maneras- que ha sido sugerida por la Consejería de Sanidad para diversas zonas que en la actualidad carecen de centros de salud cercanos o cuyos centros están masificados es, a mi modo de ver, el modelo que se podría aplicar en algunos casos, como en los nuevos centros de salud anunciados, si finalmente se construyen en esta Legislatura. Son como los demás centros con capital privado en los que el personal, como ustedes conocen, tiene distintos regímenes laborales y está en movimiento en los nuevos hospitales.

Por último, como no puede ser de otra manera, cabría una coexistencia y mezcla de los distintos modelos. Quedan en el tintero algunas cuestiones y algunas preguntas que me han planteado ustedes en los documentos que me han hecho llegar, a las cuales, si puedo, responderé en el turno de respuesta. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, don Javier. Vamos a pasar a las intervenciones de los representantes de los Grupos Parlamentarios por tiempo máximo de diez minutos cada uno. Tiene la palabra la representante de Izquierda Unida.

La Sra. **GARCÍA ÁLVAREZ**: Buenos días. Bienvenido, señor González Medel. Antes de continuar con el debate, permítame manifestar mi felicitación por el nuevo año a todos los componentes de esta Comisión; aunque ya lo haya hecho a nivel particular con algunos de ustedes, creo que lo puedo hacer extensivo a todos los que estamos aquí, incluidas las señoras taquígrafas, que amablemente nos acompañan.

Como usted sabrá, hace ya algún tiempo, en otra Legislatura, se constituyó una Comisión de Estudio de la Listas de Espera Diagnóstica y a la misma, como no podía ser de otra manera, acudieron muchísimas sociedades científicas relacionadas con atención primaria, así como profesionales del ámbito de la atención primaria. Además, era lógico puesto que estábamos hablando de un tema relacionado con las listas de espera en el ámbito diagnóstico, en el ámbito más especializado, pero en el que la atención primaria también tenía que jugar, como era lógico suponer, un papel importante, puesto que, como ya se ha manifestado, es la puerta de acceso a todo el ámbito médico.

De aquella Comisión, por lo menos este Grupo Parlamentario sacó algunas conclusiones interesantes, como, por ejemplo, cómo desde una atención primaria adecuadamente dotada en todos sus aspectos se podría hacer una labor que evitara precisamente la presión asistencial en el ámbito hospitalario, centrando y poniendo mucho énfasis en el papel que debería jugar la atención primaria en todo este ámbito.

Nosotros, precisamente cuando se habla del Plan de Mejora de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, con todas las retenciones que pusimos -y no vamos a decir que no- porque consideramos que podría ser mejor, confiábamos en que precisamente de lo que se había hablado en aquella Comisión de estudio sirviera para dotar suficientemente a la atención primaria de forma que jugara, en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid, el papel que considerábamos que debería jugar en todo aquello que en su momento se dijo en aquella famosa Comisión, y en lo que estábamos de acuerdo. Por tanto, a pesar de las cautelas que pudiéramos tener al respecto, confiábamos en el desarrollo de ese plan, y por eso preguntábamos qué opinaba usted al respecto. Nos gustaría que en la siguiente intervención incidiera en el asunto ya que

pensamos que eso podría ayudar.

La realidad presupuestaria nos ha venido a manifestar que lo que existe es un práctico estancamiento en el ámbito de los recursos dedicados a atención primaria. Consecuentemente, eso no facilita precisamente aquellos objetivos que considerábamos que tenía que tener o deberían llegar a atención primaria para cumplir con esa función que se mencionaba en el Plan de Mejora.

Usted lo ha puesto aquí de manifiesto con los cuadros que nos ha traído, pero es que además en el capítulo presupuestario de 2009 nos hemos encontrado con que el aumento, por ejemplo, de equipos de médicos de familia nuevos es de uno. Evidentemente, con eso no podemos conseguir aquellos objetivos que en aquel momento nos planteábamos. Se nos ha dicho en muchas ocasiones, y creo que todos los compañeros aquí presentes lo hemos escuchado muchas veces, que ha habido nuevas contrataciones de profesionales, que hay más profesionales de atención primaria contratados por esta Comunidad para cubrir las necesidades reales en atención primaria. Sin embargo, los presupuestos dicen lo que dicen; yo no niego que estén y hayan sido contratados, pero lo que no sabemos es cómo, dónde y de qué manera, para que luego los resultados de la propia memoria de la Comunidad de Madrid nos diga que solamente se ha presupuestado un equipo más de atención primaria. Esperemos que esos contratos sigan aumentando, que usted lo pueda visualizar en el ámbito en el que profesionalmente ejercer y que sea una realidad. Confiamos y lo deseamos porque eso irá solucionando los problemas que ahora mismo tenemos en este apartado.

También se nos hablaba de que había mucho interés en el plan, aunque aquí se ha cuestionado y se decía un poco irónicamente que por qué diez minutos, no once, no quince, no dieciséis u ocho. Es evidente que todo depende de las necesidades del propio usuario, del propio paciente que acude a la atención primaria. Lo que no puede ser es que el profesional no tenga tiempo suficiente para prestar la atención debida porque la ratio de tarjetas sanitarias que tiene sea todavía muy elevada, como usted ha dicho aquí. Se decía que se había conseguido un éxito porque ya teníamos siete minutos, frente a los que teníamos anteriormente. Aquellos que acudimos a los centros sanitarios

sabemos cómo está la cuestión. En cualquier caso, menciono esto porque supone un avance tener esos siete minutos de posible atención para aquellos usuarios que acuden a los centros, y me gustaría que usted hablara un poco de este tema.

También usted ha manifestado aquí que se sienten relegados en atención primaria porque la Consejería se ha volcado mucho en los nuevos centros hospitalarios. Yo creo que a nivel mediático se ha volcado mucho en ellos, pero a nivel de profesionales no crea usted que tanto. Sigue habiendo problemas con los profesionales en los nuevos centros hospitalarios como consecuencia lógica de la reorganización de efectivos que se hizo en su momento y que no ha dado para cubrir las necesidades de los centros, no sólo de los llamados tradicionales sino tampoco de los nuevos, lo que ha nos ha llevado a situaciones como alguna que usted conoce, como por ejemplo la provocada en el ámbito de la ginecología del hospital de Arganda, que ha tenido repercusiones también en otros centros hospitalarios.

Todos compartimos con usted las inquietudes que ha manifestado aquí respecto a la privatización de los servicios. Yo sé -y supongo que usted también lo sabrá- que una y otra vez se nos habla sobre la privatización de los servicios; que le digan cuáles porque cualquier usuario entra en cualquier sitio -el señor Rodríguez lo hace muy gráficamente- con la tarjeta sanitaria y no con la tarjeta de crédito, como la malvada oposición en su momento manifestó. Evidentemente, tiene que entrar con la tarjeta sanitaria porque, por el momento, así tiene que ser y porque, que yo sepa, la Constitución Española así lo manifiesta y pone claramente, negro sobre blanco, cuál es el modelo sanitario que tenemos no solamente en la Comunidad de Madrid sino en el conjunto del Estado español. Por tanto, cualquier usuario del centro entra con su tarjeta sanitaria y, con ella, tienen la obligación de recibirlo y atenderlo. También es curioso que, dicho esto, sin embargo desde la Consejería de Sanidad se ofrezca a las empresas a través de publicidad, la oportunidad de negocio en el ámbito sanitario madrileño. Yo, por oportunidad de negocio, entiendo lo que entiendo; a lo mejor hay otra forma de entenderlo, pero yo, como cualquier ciudadano al que pregunten, entiendo oportunidad de negocio desde el punto de vista

económico. En cualquier caso, me gustaría que usted profundizara sobre el tema.

Ya termino, señora Presidenta. Sin lugar a dudas, los ciudadanos tienen buena opinión de los profesionales porque los profesionales hacen grandes esfuerzos para que así sea, no porque ellos cuenten, a nuestro entender, con suficientes medios. También se ha introducido últimamente un elemento que concretamente a nuestro Grupo, a Izquierda Unida, le preocupa mucho, y es que se ha empezado a hablar del copago. Éstas son otras cuestiones en las que entra el tema económico, y me gustaría conocer su opinión al respecto. Nada más y muchas gracias, señora Presidenta, por su amabilidad.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doña Caridad. Ahora tiene la palabra el señor Fernández en representación del Grupo Parlamentario Socialista.

El Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: Muchas gracias, señora Presidenta. Señor González Medel, bienvenido a esta su Comisión, en la que vamos a hablar de temas que tienen que ver nada menos que con la estructura sanitaria de la Comunidad de Madrid; es un tema importante en tanto que afecta a más de seis millones de ciudadanos, y tenemos que pasarle revista. Me adhiero, como no puede ser de otra manera, a la felicitación de mi buena y querida amiga. Nos felicitaremos los unos a los otros durante todo el día y luego el resto del año a ver cómo nos llevamos, pero de momento hoy nos felicitaremos los unos a los otros.

La verdad, señor González Medel, es que ha sido usted muy claro. Creo que a las preguntas que hemos presentado en el cuestionario y que usted nos ha ido respondiendo han quedado perfectamente aclaradas. Para resumir, diría que estamos ante una atención primaria con una baja presupuestación y con una pérdida importante de prioridad de los niveles asistenciales y organizativos. Creo que más que una baja prioridad hay simplemente una marginación en la concepción de lo que significa la estructura sanitaria dentro de la Comunidad de Madrid. Yo creo que el Partido Popular sabe más bien poco qué hacer con la atención primaria en la Comunidad de Madrid.

Hace unos días estuve hablando, por necesidades personales, con un alto cargo de un área sanitaria y lo que me transmitió como portavoz, y por tanto como enterado de estas cosas, es que realmente la confusión es total dentro de las capacidades organizativas que tienen las estructuras jerarquizadas de las áreas sanitarias de atención primaria. Si eso es así, imagínese como estará el resto del personal de atención primaria tanto de medicina como de enfermería y auxiliares. Rara es la vez que no te preguntan cada vez que vas a visitar un centro qué va a ser de ellos, si van a ser gerencia única, biúnica, triúnica, si los EBA o los consorcios, porque realmente no hay canales de explicación, no ha habido ningún debate serio establecido con las organizaciones científicas serias; ha habido rumorología, mucha rumorología y muchos balones de prueba para ver por dónde iba esto.

La atención primaria sigue teniendo prácticamente los mismos problemas que tenía hace cuatro años. Hace aproximadamente tres años los Grupos Parlamentarios firmamos en Madrid, a iniciativa de mi Grupo Parlamentario, una proposición no de ley sobre la que hay una transaccional pactada con Izquierda Unida y con el Partido Popular que dio lugar a la elaboración del Plan de Mejora de Atención Primaria, en el que los políticos lo único que hicimos fue dinamizar el hecho en sí de la proposición no de ley para que diera lugar a un trabajo que se alejara de los términos políticos y entrara completamente en los niveles técnicos, y eso hicimos con escrupulosa neutralidad sin preguntar ni opinar nada hasta que el plan estuvo terminado. Nos pareció un buen plan que fue defendido de forma unánime en el Pleno de la Asamblea, y empezó a funcionar. Hace escasamente unos meses he leído una carta de denuncia de nueve de las diez asociaciones, con excepción de Semergen, que sí firmó el plan de mejora pero no ha firmado ahora esto -ellos sabrán sus razones-; las otras nueve opinan que el Plan de Mejora está paralizado y que está impidiendo en sí mismo su propia resolución. Nosotros a eso le damos una importancia trascendente porque ha supuesto una baja presupuestación -este año el presupuesto de primaria baja todavía más que el año pasado en el que ya bajó notablemente-, una falta de análisis de las necesidades de personal y sobre todo lo que a mí me preocupa más por la propia concepción de la

atención primaria: una disminución de la calidad asistencial consecuencia también de la falta de resolución mantenida por parte de primaria. Desconocer lo que son los distintos escalones sanitarios, cuáles son las competencias, las capacidades de cada uno y, sobre todo, cómo interaccionan entre sí es ignorar el sistema sanitario, y a mí eso me parece tremendamente importante porque me da la impresión de que hay mucha improvisación y muy poco rigor en los planteamientos asistenciales que estamos haciendo en un aspecto tan importante como éste.

Me gustaría que me explicara algo que no entiendo. Atención primaria, como usted bien ha dicho, es un modelo que está suficientemente sedimentado; es un modelo que, como sabemos todos los que estamos aquí, nace de la experiencia de la declaración de Alma-Ata, empieza a cambiar en los años ochenta, se va estableciendo y tiene una concepción de equipo muy importante. Oyendo hablar aquí, no hace mucho tiempo, al director de hospitales Antonio Burgueño de la concepción tan clara y preclara que tiene sobre la atención primaria, uno se empieza a explicar muchas cosas. Es un hombre que ahora la consulta de medicina general de los años ochenta, que dice que probablemente uno de los males que tiene atención primaria actual es la cita previa porque eso dificulta la espontaneidad entre el paciente y el médico; lo que dice yo no lo voy a calificar porque me parece que se califica solo, pero podemos entender perfectamente cuál es la deriva.

Hemos escuchado aquí a Patricia Flores, que me parece una mujer mucho más sensata que Antonio Burgueño, y nos planteó retos organizativos que nacen de la sensación de querer mejor algo ignorando qué se quiere mejorar. Me parece que no hay criterios preestablecidos ni objetivos ni siquiera un mapa de necesidades, sino que se quiere entrar en una especie de aceleración de cambios de modelo, y no sé cuál es la razón. No me voy a quedar en una razón tan elemental como la búsqueda del negocio; vamos a conceder el beneficio de la duda y vamos a pensar que la jerarquía de la Comunidad, de la Consejería de Sanidad, no está satisfecha con el modelo. No sé por qué no está satisfecha con el modelo, porque no hemos leído un solo texto de evaluación de ese modelo. Primero, sería conveniente que nos demostraran por qué ese

modelo es malo, por qué ese modelo es mejorable. Todos los modelos son mejorables, es evidente; por tanto, no me cuenten esto porque es un poco aburrido escuchar todos los días lo mismo; ya sé que todo es mejorable. Tenemos un modelo que está bien, que funciona razonablemente bien y que hay que mejorarlo; además, hay un plan pactado para que se mejore. ¿Por qué antes de entrar en experimentos no desarrollamos ese modelo? Es una pregunta muy sencilla y de sentido común que no he conseguido que se me contesten nunca.

No voy a criticar las EBA ni los consorcios, no voy a criticar nada porque no vengo aquí a criticar nada, vengo a buscar soluciones, y la solución en Madrid en este momento es intentar mejorar el sistema de atención primaria que tenemos, que me parece que es capaz de asumir las necesidades que la sociedad madrileña genera. En primer lugar, me parece que hace falta más personal -eso es evidente- de una forma planificada y planteada. En segundo lugar, me parece que hace falta incrementar la capacidad resolutive. Asimismo, están sin solucionar la interacción entre especializada y primaria. No sé cuál es el papel que la atención primaria tiene como puerta de entrada real al sistema; de qué manera habría que trabajar para articular un sistema de compartimentos que evitara que en los hospitales en estos momentos estén colapsados, como, por otra parte, pasa todos los años. En definitiva, hay una serie de problemas.

Tampoco sé de qué manera -lo planteo aquí porque está previsto el Plan de Mejora- los equipos de atención primaria deberían ser cada vez más equipos y menos una concatenación de despachos cercanos que de vez en cuando se preguntan por curiosidades, como, por ejemplo, cómo funciona el OMI. Es decir, cómo podrían funcionar de una manera coordinada. Me pregunto cuál es la organización que debería tener atención primaria, desde la estructura gerencial hasta la estructura de cada centro de salud; me pregunto cuáles son las funciones que debería cubrir la enfermería y cómo coordinarla con el médico; me pregunto si es posible instaurar en atención primaria métodos de competencia entre centros en vez de métodos de coordinación y colaboración entre centros. No entiendo lo que significa eso en términos sanitarios, como tampoco entiendo exactamente cuál es el pago

per cápita en los centros de salud, que está sometido a flujos bastantes complejos y, además, no sé qué beneficio tiene.

Éstas son cuestiones que me gustaría que alguien me explicara; sé que usted ya lo ha dicho pero, como queda reflejado en el diario de sesiones... Me gustaría que me respondiera a estas dudas y, sobre todo, por qué es necesario cambiar el modelo organizativo madrileño, si es un modelo que al 83 por ciento de la población le parece que es un modelo adecuado. Claro que también es verdad que un 86,7 por ciento de los españoles piensan que la gestión pública es la mejor; solamente el cuatro y pico por ciento de la población, en general, opina que la gestión privada es mejor y, sin embargo, estamos discutiendo esto aquí. Por tanto, las encuestas, como usted sabe, se pueden utilizar como los guantes, dependiendo del calor o frío que tengas, te pones guantes o te los quitas. Me gustaría que ahondara un poco más en esos temas. ¿Cómo arreglar los temas que tienen que ver con la pérdida de calidad? ¿Cómo incrementar la capacidad resolutive de la atención primaria? ¿Qué cambios organizativos introduciría usted en los centros de salud? Me gustaría saber cuál es su opinión -aunque ya lo ha explicado también; no obstante, si es posible, me gustaría que profundizase un poco más- sobre las gerencias únicas de área, que es el último rumor de los diez o doce que hemos tenido; gerencias únicas de área en las que el hospital pasaría a ser el centro gravitatorio de todo el área y todo funcionaría de una forma centrípeta alrededor del hospital, que creo va en contra de las tendencias más modernas desde que Alma-Ata existió. Creo que dio un buen resultado e hizo que la atención primaria se convirtiera en una puerta específica del sistema, que ahora se está trasladando a toda velocidad a las urgencias; por tanto, los factores de prevención, promoción de salud, trabajo en equipo, salud comunitaria, están pasando a mejor vida a marchas forzadas.

Estamos dejando de practicar una asistencia sanitaria social y, cada vez más, estamos empezando a practicar una asistencia sanitaria estrictamente técnica. Desde luego, si hay alguna profesión que no sea sólo técnica, ésa es la sanitaria. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el representante del Grupo Popular.

El Sr. **RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, señora Presidenta, y muchas gracias, doctor González Medel, por la información que nos ha facilitado y, en especial, por la deferencia que ha tenido de venir a esta Comisión para ilustrarnos acerca de sus puntos de vista sobre la atención primaria y lo que cree que hay que modificar.

He oído a un portavoz decir que hay que mejorar el sistema y cómo hacerlo. Si hay que mejorar, quiere decir que hay que cambiar; por lo tanto, no se puede estar inmovilizado; no conozco ninguna forma que se pueda mejorar sin cambiar nada. En consecuencia, algo habrá que hacer; ahí hay alguna contradicción en el discurso. Y, sobre todo, si dicen qué cambios organizativos hay que hacer, serán cambios; si hay que tener más resolución, habrá que hacer cambios. Esos cambios pasarán por hacer alguna modificación del sistema, y habrá que contar con los profesionales y con quien haya que contar, pero algo habrá que hacer, porque parece ser que no funciona bien, a pesar de que la valoración que hacen los ciudadanos de la atención primaria es positiva. Hace poco ha comparecido en esta Comisión el Presidente de una asociación científica de médicos de familia y nos ha dado los resultados de una encuesta en la que los ciudadanos es verdad que valoraban muy bien el sistema sanitario de atención primaria, pero los profesionales no estaban contentos. Por lo tanto, hay una distonía que habrá que arreglar de alguna forma. En consecuencia, creo que ésa es una de las mejoras que hay que hacer.

Es verdad que se han presentado algunos datos estadísticos, pero la estadística es como los biquinis; es decir, dan ideas, pero la verdad la ocultan. En consecuencia, creo que hay que analizarlo, porque yo también puedo hacer estadísticas y hacer números; es decir, si yo cojo los presupuestos y en vez de dividirlos por 6.200.000 ciudadanos que hay en Madrid los divido por los que en realidad nos reconoce el Estado, los porcentajes que me salen son bastante más elevados en cuanto al dinero que se dedica a la atención primaria;

bastante más elevados. Como ahora, si no nos ha engañado, el Presidente del Gobierno de España, señor Zapatero, ha dicho que nos va a reconocer esa población, estoy seguro de que todo eso se va a mejorar, porque además dice que esa mejora irá dedicada a sanidad, educación y servicios sociales. Por lo tanto, nos van a reconocer la población.

En cuanto a que hay pocos profesionales, quisiera oír la opinión del señor González Medel respecto a si es cierto o no. Puedo estar equivocado, pero no hace mucho se resolvió un concurso por el cual se asignaban plazas en propiedad a los llamados "mestos", y en la Comunidad de Madrid se quedaron 565 sin plaza porque las habían obtenido médicos que estaban en otras Comunidades Autónomas. Pero, que yo sepa, esos 565 médicos de Madrid no se fueron, siguen en Madrid; por lo tanto, por lo menos ya hay 565 más, ¿no? Eso es lo que yo entiendo; puedo estar equivocado, pero hay 565 más. Si no me equivoco, el día 20 de enero de 2009, es decir, dentro de unos días, hay una convocatoria en la que se van a resolver 1.900 plazas de médicos de asistencia primaria. No sé si será cierto o no, si alguno vendrá de fuera, pero son 1.900 más; digo yo que también aumentará algo la plantilla, que es algo que parece ser que está desajustada, según la opinión del señor González Medel, que supongo que sabrá de lo que habla porque si está en esto sabe lo que está diciendo. Claro, nos presentan datos que ha elaborado la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. Tengo que decir aquí -y lo lamento- que a la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública se la ha invitado a comparecer en esta Comisión y todavía estamos esperando a que conteste. No sé cuál será la razón, pero estamos esperando a que conteste; a lo mejor es que podemos demostrar que sus datos no son como ellos dicen, sino que son de otra forma.

Es verdad, todos los datos que usted dice me los tengo que creer; es decir, yo me creo los números, lo único que hago es discutirlos porque los números son interpretables, es lo que tiene la estadística: la verdad estadística no tiene nada que ver con la verdad real. Quisiera que me dijera -y ése es un dato que a nosotros nos interesa mucho-, de todos los pacientes que se ven en atención primaria, qué porcentaje de ellos van a un acto burocrático en lugar de a un acto meramente sanitario. Ése es un

dato importante y habrá que modificarlo también, pero hay que conocer ese dato para arreglarlo. Dicho de otra forma, ¿qué porcentaje de pacientes de los que acuden a la atención primaria lo hacen para recoger un parte de baja, un parte de alta, un parte de confirmación o una receta clínica? Lo cual se podría resolver, entiendo yo, al margen de la presencia del médico. Me gustaría saber ese porcentaje porque no lo sé. ¡Claro!, cuando uno analiza la estadística, como yo la analizo, ve el número de pacientes que se atienden en la Comunidad de Madrid y el número de médicos que hay; divido y, calculando una jornada laboral de cinco horas y media, que es el tiempo que estimo que deben estar pasando consulta, porque el resto lo dedicarán a otras cosas -y esto también es estadística- habrá alguno que estará siete horas o más pasando consulta y otros, tres horas o menos, porque depende de la distribución. La ratio del número de cartillas no creo que sea un buen indicador porque 1.500 cartillas en una población muy envejecida son muchas, y 1.500 cartillas en una población de entre 30 y 40 años son muy pocas, y lo mismo pasa en pediatría; es decir, en una zona donde hay muchos ciudadanos jóvenes ese número de ciudadanos por pediatra me parecen muchos, pero en zonas con población muy envejecida me parecen muy pocos. Es decir, es irregular, ése es el inconveniente que tiene el sistema tradicional, en el que ustedes parecen empeñarse en anclarse. Pero, lógicamente, si esto tiene alguna medida para resolver los problemas, tendrá que ser escuchando a todos los que tengan que ver y puedan opinar sobre esto.

Ustedes dicen -es el dato que yo he tomado- que el porcentaje de capacidad resolutoria en cuanto a diagnóstico y terapéutica en la Comunidad de Madrid está muy por debajo del de las demás Comunidades Autónomas, y echan la culpa de ello a los nuevos hospitales. ¡Hombre!, algunos de los nuevos hospitales no llevan ni siquiera seis meses funcionando, y este problema digo yo que vendrá de más antiguo; es decir, da la impresión de que hay alguien que está en contra de la apertura de nuevos centros sanitarios. Probablemente por esa razón nadie protestó cuando del año 1982 al año 1995 se cerraron 3.000 camas hospitalarias y 19 centros en la Comunidad de Madrid. Por lo tanto, conviene añadir

que a lo mejor resulta que lo que hay que hacer es cerrar centros sanitarios asistenciales de atención especializada para que todo se pase a atención primaria. Puede ser una solución, si los de atención primaria son capaces de resolver más temas, y yo creo que sí, porque los médicos de atención primaria de ahora no tienen nada que ver con los de hace 25 años; desde que existe el MIR de médicos de familia, sale gente muy preparada porque están preparados en hospitales, y creo que son capaces de resolver muchos más problemas.

Le voy a hacer una pregunta y quiero que me responda sinceramente; se la he formulado también a otros comparecientes. Ésta no es mi opinión, pero yo me dedico a mirar las cosas y veo que los actuales médicos de familia, durante su período de formación, durante un período no inferior a seis meses, rotan por pediatría. Digo yo que tendrá como finalidad que luego tendrán que atender a niños porque, si no, no tendría sentido enviarlos allí. Quisiera saber su opinión. ¿Usted cree que pediatría debe ser una especialidad más médica y que los médicos de familia deberían atender a niños, jóvenes y mayores, que son los que conforman todos los miembros que componen una familia, o, por el contrario, los niños deben ser vistos exclusivamente por pediatras? En ese caso, tendrá que explicar por qué no protestan, porque los médicos que se están formando para médicos de familia tienen que perder tiempo en aprender pediatría. Éste es un tema sobre el que me gustaría saber su opinión. De hecho, usted nos ha dicho que en Madrid sólo faltan siete pediatras, pero eso puede no ser cierto porque hay muchas plazas de pediatría que están siendo ocupadas por médicos de familia. Me gustaría saber si, en su opinión -estoy seguro de que usted la tendrá-, hay diferencia en cuanto al trato y la asistencia entre los médicos de familia y los médicos que están haciendo pediatría; es decir, si hay quejas de los ciudadanos, que probablemente las haya, a nosotros no nos han llegado. Cuando digo a nosotros me refiero a los miembros de esta Comisión, no quiere decir que no lleguen otro sitio. Por lo tanto, me gustaría que me respondiera a esto.

No estoy en absoluto de acuerdo con usted cuando habla de privatizar, aquí no se privatiza nada; aquí no se privatiza nada porque es público todo lo que se paga con dinero público. Me extraña que a

usted le parezca mal que haya rentabilidad económica. ¿Le parece mal? Eso es lo que tendría que hacer la Administración del Estado, porque cuando la Administración del Estado no obtiene rentabilidad económica, eso va en perjuicio de los ciudadanos. ¿Sabe usted cuál es la consecuencia? Más impuestos. Por lo tanto, la obligación del que administra los dineros públicos es obtener rentabilidad. Esto hay que hacerlo y hay que conseguirlo.

No me hablen de capacidad de negocio, porque les podría mencionar las jornadas y lo que opinan los máximos líderes del socialismo gobernante sobre lo que debe modificarse. Vaya usted a Cataluña, y en las jornadas que se han hecho últimamente se ha visto que Cataluña quiere hacer también muchos hospitales, muchos centros de salud y los quieren hacer por el sistema PFI. No sé si será bueno o será malo, pero en Cataluña desde luego no gobierna el Partido Popular.

Hay otras formas de hacerlo. Nosotros hemos recibido aquí a gerentes de otras zonas y nos han dicho que, por ejemplo, en Toledo se está haciendo un hospital, y para hacer ese hospital se tardará más de cuatro años; los que se han hecho en Madrid algunos no han llegado a trece meses. Hay algunos que dicen que para que un hospital esté en marcha y funcione perfectamente se necesitan siete años; a los de Madrid, a los seis meses, se les está exigiendo que funcionen al cien por cien. Algo habrá que hacer.

Lo que me preocupa sobre todo es que cuando se habla de privatización de servicios y cuando uno ve los centros sanitarios tradicionales, por llamarlos de alguna forma, todos los servicios que están en manos de empresas privadas en los nuevos hospitales son exactamente los mismos que tienen otras empresas en los hospitales tradicionales. Todos. Hay hospitales como, por ejemplo, el de Leganés, en el que desde que se abrió el "catering"; es decir, la comida de los enfermos está adjudicada a una empresa privada, no lo hace el servicio público. No tengo yo conocimiento de que los pacientes que hay en Leganés coman peor que, por ejemplo, los que hay en el "Marañón", cuya administración se hace directamente. Si hay diferencias, me gustaría conocerlas. Quisiera que me contestara a esas

preguntas porque, indudablemente, sí estoy de acuerdo en que hay que mejorar la atención primaria, pero la mejora pasa por hacer cambios; ya me explicará cómo se puede mejorar sin cambios porque sólo con personal no se solucionan los problemas. Nada más y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señoría. Para terminar esta comparecencia, voy a dar la palabra al señor González por tiempo de diez minutos.

El Sr. **COORDINADOR DE LA PLATAFORMA DIEZ MINUTOS** (González Medel): Muchas gracias. Intentaré contestar a sus preguntas de la mejor manera posible, aunque han sido muchas y no sé si el tiempo de que dispongo que me va permitir contestar exactamente con la precisión que me gustaría a todas ellas.

En primer lugar, y creo que con esto contesto a algunas de las preguntas planteadas por dos de los Grupos aquí presentes, creo que el Plan de Mejora de Atención Primaria es algo muy sencillo. Uno se pregunta: ¿estoy mejor ahora que hace cuatro años? La respuesta es: sí, no o igual. No hay más. Luego podemos hacer todos los números que queramos, pero si usted pregunta a los profesionales y a los ciudadanos si están hoy mejor atendidos que hace tres o cuatro años, desde el año 2006 al año 2009, la inmensa mayoría dice que no. Ustedes mismos han reconocido que hay una gran cantidad de profesionales representados en sociedades de las cuales una ha estado aquí, como ustedes me han comentado, que no están contentos. Por tanto, el objetivo de mejora del Plan de Atención Primaria me parece que ha fracasado, y les voy a explicar por qué. Volvemos a lo de siempre; hay poco dinero de manera tradicional, es poco probable que algo mejore si no se hace una mayor inversión económica, no solamente en sueldos, sino también en infraestructuras, en cambios organizativos que exigen dinero, en aumentar los servicios, en aumentar la resolutivez.

Ustedes han comentado que los médicos de primaria, los médicos de familia, en este momento están muy bien formados, desde hace ya un montón

de tiempo salen ya con una especialidad desde el MIR y que tienen los conocimientos científicos y técnicos suficientes para resolver gran cantidad de cosas, y eso no da de sí todo lo que podría, entre otros motivos, por la masificación, es decir, la falta de tiempo -los famosos diez minutos que como eslogan puso la entidad que yo represento- es una condición "sine qua non"; todo lo demás es imposible de aplicar. Después de casi treinta años, según las estadísticas oficiales -aunque todo es discutible; como usted dice, señor Rodríguez, las estadísticas se pueden interpretar de muchas maneras-, hemos llegado a los siete minutos; todavía no hemos llegado al mínimo de los diez minutos. Es que a veces da vergüenza decir: yo lo que quiero son diez minutos para poder atender a la gente. Esto es de media, porque, evidentemente, hay un porcentaje -ahí toco otro aspecto que es el de la burocratización- muy importante, en algunos casos hasta del 30 por ciento, que puede ser achacable a la burocracia y que debería estar fuera de las consultas. Ése es uno de los cambios organizativos que se necesitan, pero no hay que olvidar que las personas, los ciudadanos, cuando acuden a la consulta del médico de atención primaria, preguntan varias cosas o van por varios motivos, y la consulta múltiple, es decir, en la que se junta una consulta meramente administrativa con una consulta clínica, está a la orden del día. Es muy difícil diferenciar esos dos aspectos. Entonces, habría que hacer un esfuerzo organizativo importante para sacar toda esa burocracia fuera de la consulta, y desde la Plataforma 10 minutos lo hemos apuntado como uno de los principales problemas de la organización actual, pero eso se puede hacer sin tirar la casa. Puede haber soluciones bien establecidas como la historia clínica informatizada o como puede ser la receta electrónica u otros circuitos de derivación de partes de baja, etcétera, multitud de aspectos sobre los que se debería trabajar seriamente sin tirar la casa o ir a otro modelo que probablemente tendrá otro tipo de burocracia y otros problemas, como ya ha sido constatado en otros lugares del mundo donde ese modelo funciona.

Respecto al famoso Plan de Mejora de Atención Primaria, para terminar, a mí, como digo, me parece que ha sido un fracaso, no ha sido dotado de recursos, y las propias sociedades que en su momento lo firmaron lo han denunciado, y no fueron

todas las organizaciones implicadas en el asunto porque los ciudadanos no estaban especialmente representados en ellas y son una parte muy importante; las organizaciones profesionales, los sindicatos u otras organizaciones como nosotros mismos, que también creemos que tenemos algo que decir en todo esto, no fueron convocadas, y ha sido denunciado por las sociedades que en su momento lo firmaron. Si a esto unimos que en el devenir de la propia Consejería de Sanidad ha habido un cambio de planes importante; con el cambio de Consejero las políticas han cambiado en este aspecto y yo creo que el plan ha sido incluso abandonado por la propia Consejería de Sanidad, que no se ha sentido especialmente interesada en un plan que no había elaborado la actual Consejería y que en estos momentos no cumplían las expectativas que creían que debería tener la atención primaria y que ya hemos comentado aquí.

En cuanto al copago, mi opinión en ese sentido es muy clara. La enfermedad, en general, no la elige nadie y, por tanto, el copago es un impuesto a la enfermedad. Hacer pagar a alguien por su enfermedad me parece algo impresentable en términos filosóficos o éticos. Por otra parte, en los sitios del mundo donde se ha instalado el copago, a menos que sea un copago de verdad, es decir, que pagamos de la primera a la última peseta de lo que consumimos, ocurre como en Estados Unidos donde hay 50 millones de ciudadanos excluidos del sistema. El país más rico del mundo, con el mayor PIB del mundo, tiene excluidas a 50 millones de personas, y dicen que ahora, a lo mejor, con las nuevas políticas entra alguno más dentro del sistema; es decir, una cuarta o quinta parte de su población está fuera del sistema por el tema del copago. Si se hace un copago en esas condiciones, ya sabemos a qué nos lleva, y si se hace en las condiciones de intentar disminuir la presión asistencial, la frecuentación, hay que decir en primer lugar que la inmensa mayoría, más del noventa y tantos por ciento, de las consultas que se atienden están inducidas por los propios profesionales. El copago habría que ponérselo a los profesionales en este caso y no a los ciudadanos, cuya mayoría hace lo que se les dice. Cuando se ha puesto copago -y en este modelo nadie ha inventado la pólvora-, han aumentado los gastos transaccionales, los gastos de control, y ésa es la

primera crítica que se ha hecho a las nuevas iniciativas por parte de Cataluña y de la propia Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que hoy cuesta más el collar que el galgo. Entonces, ni ha dado los resultados esperados ni ha sido un modelo eficiente económicamente. He oído a doña Esperanza Aguirre decir que el modelo americano le gusta mucho; es una alternativa, pero habrá que decirlo claramente. Por tanto, vamos a ese modelo de copago total, es decir, privatización completa y derecho a la salud para el que tiene dinero, o si no, habrá que matizar y ver los argumentos porque las ocurrencias en el tema de la salud suelen ser malas, y está comprobado que esto en los términos en que se plantea, ni en Cataluña ni en Madrid va a dar buenos resultados a la luz de las experiencias en otras partes del mundo.

¿Cambios organizativos? Claro que son necesarios, pero vuelvo a decir que no hay que tirar el agua con el niño dentro. Es decir, estamos ante un modelo que da buenos resultados en salud, y no hay más que mirar las estadísticas sanitarias -bien es cierto que eso viene acompañado por una mejora del nivel económico general, que también influye-. Es un modelo bien valorado por los ciudadanos, en el que los profesionales se sienten muy presionados, y quizás ahí es donde, como hemos dicho antes, en temas burocráticos y organizativos, hay que hacer cambios, que se pueden hacer y se deben abordar. En mi opinión, este modelo ha sido abandonado, y aquí tiene que echarse la culpa todo el mundo porque el modelo ha sido abandonado casi desde el principio. Es un modelo que no ha sido desarrollado, que estaba bien en su planteamiento pero que no ha sido desarrollado ni profundizado; que se empezó con mucho voluntarismo y que 25 ó 30 años después necesita arreglos. No hay que tirar la casa sino simplemente hay que mejorarla, y en algunos aspectos de manera muy importante. ¿Qué sucede si no hacemos estos cambios? Sucede lo que estamos viendo ahora, que la calidad y la resolutivez que podría conseguirse porque existe suficiente calidad científico-técnica no se alcanza. Estamos en un impás en el que la organización no mejora porque sus propios responsables en estos momentos han desertado de alguna manera de sus responsabilidades, y en el que se habla de abolir la propia primaria, pero es un mal que viene de hace

mucho tiempo. Por otra parte, las potencialidades de la primaria no se han desarrollado. Me temo que con los nuevos modelos, estos modelos en los que antes se ha dicho que habría que considerar la rentabilidad económica en todos los aspectos, incluso en el modelo actual. Claro, rentabilidad económica desde el punto de vista social y estatal, no de la rentabilidad económica privada. Eso es a lo que yo me refiero: rentabilidad económica; es decir, que un modelo sea eficiente. Somos nosotros los primeros que lo estamos diciendo: el modelo de atención primaria es un modelo muy eficiente; con el poco dinero que se destina da muy buenos resultados en salud. Eso es rentabilidad económica y social, pero, claro, si esa rentabilidad la cambiamos para que termine en manos privadas, me temo que la eficiencia va a caer por los suelos. Por tanto, vuelvo otra vez donde estábamos antes: estamos ante un modelo bueno, con unas potencialidades que no han sido explotadas ni exploradas de la mejor manera posible, con ciertos déficit a veces importantes, pero, con una capacidad de crecimiento que se debe impulsar, y no cambiar a un modelo que no ha sido evaluado y del que cuando se han obtenido resultados en salud no los ha dado mejores de los que tenemos, y con el cual ni los ciudadanos ni los profesionales estamos demasiado de acuerdo.

Hay algunas cuestiones más. El tema de la gerencia única de área ya lo he comentado antes. A mí me parece que la gerencia única de área puede ser una buena o mala idea, depende de cómo se utilice. Si se utiliza como parece que se hace en el ámbito de la Comunidad valenciana con los centros de salud, que son apéndices, un servicio más del hospital, es una mala idea, porque, como he dicho antes, trastoca completamente el fin, el contenido y la filosofía de la atención de la atención primaria y la supedita a la atención hospitalaria, que se ha demostrado por expertos internacionales desde hace muchísimo tiempo que la calidad de los servicios sanitarios de un país descansa sobre la atención primaria y que los mejores resultados en salud se dan en las sociedades que tienen una atención primaria más eficiente, más autónoma, con más capacidad de resolución. El punto de vista del hospital es el final de la cadena, no el principio; la medicina preventiva, la salud comunitaria, todo eso, el hospital, por definición, por su propia estructura,

lo ignora. Por tanto, ligar la atención primaria al hospital bajo ese sistema parece malo. Otra cosa distinta sería que la gerencia única fuese capaz de integrar -pero para los tiempos que corren me parece difícil- esos dos intereses: lo asistencial con lo preventivo, lo resolutivo, la continuidad asistencial; eso sería muy de desear. Pero me temo que eso, con la estructura, con el planteamiento que se nos hace ahora realmente es muy poco probable. Sin embargo, como digo, es un modelo posible, pero tendría que partir de la base del consenso, de la discusión, del debate amplio y de una organización que potenciase las dos estructuras y no una en detrimento de la otra.

Se ha hablado de plazas y de falta de recursos. Ahora mismo va a haber una convocatoria de plazas pero son para plazas que ya están cubiertas, y eso no aumenta los recursos, simplemente consolida a las personas en las plazas que tienen; les da estabilidad en sus puestos de trabajo, pero no son nuevas plazas. Eso hay que tenerlo claro porque no cualquier convocatoria significa un aumento sobre lo que hay, teniendo en cuenta que la interinidad es bastante alta.

La Sra. **PRESIDENTA**: Tiene que ir terminando, señor González.

El Sr. **COORDINADOR DE LA PLATAFORMA DIEZ MINUTOS** (González Medel): Muy bien, señora Presidenta. No les quiero aburrir más. Pienso que, hoy por hoy, el debate sobre la atención primaria está pendiente. La conclusión y lo que me gustaría dejarles claro es que se necesita un debate amplio sobre esto porque nosotros, la organización que yo represento, no nos negamos a los cambios; evidentemente, si no cambia nada, esto no puede continuar de esta manera, deteriorándose porque el cambio siempre va hacia mejor o hacia peor, es decir, el cambio sigue sucediendo. Yo creo que hay que impulsar un cambio constructivo, un debate, pero, eso sí, con todos los implicados, teniendo en cuenta cuáles son los hechos, que son que tenemos un sistema de atención primaria que está funcionando, que da buenos resultados y está bien valorado, y que cambiar eso por otra cosa, insisto, tiene que estar apoyado primero en el consenso de todos, no solamente de una parte o

solamente de la Administración sino también de los ciudadanos y de los profesionales y, por otra parte, teniendo en cuenta cuál es ese modelo, qué es lo que ofrece y qué es lo que cuesta; es decir, que tiene que ser evaluado. No se pueden dar saltos en el aire, y sobre todo cuando para algunos de nosotros la famosa oportunidad de negocio está por detrás de todo esto, y no lo digo yo porque a mí se me ocurra sino porque así se ha explicitado de alguna manera; la rentabilidad económica por encima de la rentabilidad social. Creo que ése no es el debate, y creo que no es ésa la atención primaria que necesita la Comunidad de Madrid. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, don Javier. De esta manera damos por terminada esta comparecencia, y vamos a hacer un receso por unos minutos.

(Se suspende la sesión a las once horas y veinticinco minutos.)

(Se reanuda la sesión a las once horas y cuarenta y cinco minutos.)

La Sra. **PRESIDENTA**: Se reanuda la sesión con el tratamiento del segundo punto del orden del día.

C 506/08 RGEP. 8213, Comparecencia de la Sra. Dña. Rocío Alcorcón Medina, Gerente del Hospital Aljarafe-Sevilla, a petición del Grupo Parlamentario Popular, al objeto de informar sobre los diferentes sistemas de gestión de servicios sanitarios públicos. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

En primer lugar, dado que ha sido convocada por el artículo 211, voy a dar la palabra a la compareciente por tiempo de quince minutos. Doña Rocío, muchas gracias por estar aquí. Tiene usted la palabra.

La Sra. **GERENTE DEL HOSPITAL ALJARAFE-SEVILLA** (Alarcón Medina): Muchas

gracias, señora Presidenta. En primer lugar, quiero decir que no soy la gerente actual del hospital del Aljarafe; fui gerente desde el año 2003 hasta enero de 2008, compatibilizándolo con mis funciones como gerente de la Provincia Bética de la Orden de San Juan de Dios, y actualmente sólo estoy en la Provincia Bética, pero sigo muy de cerca el Hospital de San Juan del Aljarafe y les podré explicar un poquito el modelo que hemos seguido allí.

Quiero empezar dándoles las gracias por esta oportunidad que me dan de participar en esta Comisión en la que se está estudiando el funcionamiento de los diferentes sistemas de gestión de los servicios sanitarios públicos. Voy a hablarles del funcionamiento del consorcio sanitario público del Aljarafe. Su origen empezó en el año 98, con la intención que tenía la Orden de San Juan de Dios de incrementar su actividad en la provincia de Sevilla; empezó planteando a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía una ampliación del hospital que tienen en Sevilla capital, en la calle Eduardo Dato, y en esta colaboración conjunta que llevamos manteniendo desde hace más de 20 años nos dijeron que en Sevilla capital no era necesaria una ampliación del hospital. En aquella fecha teníamos una actividad concertada, y nos propusieron que, dado que la comarca del Aljarafe era una comarca de expansión de Sevilla, por qué no planteábamos un proyecto en esa comarca. Concretamente fue en el municipio de Bormujo, y a lo largo de todo el año 2002 estuvimos negociando la fórmula jurídica que podría dar vida a ese proyecto. Empezamos hablando primero de un convenio singular de vinculación y terminamos como un consorcio.

El Consorcio empieza con un acuerdo de Gobierno de la Junta de Andalucía que se firma el 25 de noviembre de 2003, en el cual se autoriza al Servicio Andaluz de Salud a la creación del consorcio por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, con el objetivo de prestar la asistencia sanitaria especializada en la comarca del Aljarafe. En dicho acuerdo de Consejo de Gobierno se aprueban los convenios y el estatuto del consorcio. El 1 de diciembre de 2003 es cuando se suscribe el convenio entre el Servicio Andaluz de Salud, la Consejería de Salud y la Provincia Bética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios para la constitución del consorcio sanitario público del Aljarafe, y el 4 de

diciembre de 2003 entra en funcionamiento el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe como hospital que presta un servicio público con gestión privada, como a nosotros nos gusta denominarlo.

¿Cómo fue posible? Este consorcio fue posible porque la Ley de Salud de Andalucía, la Ley 2/1998, en su artículo 66 establece la posibilidad de que el Servicio Andaluz de Salud cree consorcios de naturaleza pública con entidades privadas si ánimo de lucro y con intereses comunes cuando se entienda que así convenga a la gestión y ejecución de los centros y servicios adscritos al mismo. Asimismo, en dicho artículo se recoge que los consorcios podrán dotarse de organismos instrumentales para la prestación de dichos servicios. Por tanto, aquí tenemos cuatro figuras o personalidades jurídicas distintas. Por un lado, está la Consejería de Salud, representada en el Servicio Andaluz de Salud, y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios; las dos entidades son las que constituyen el consorcio sanitario público del Aljarafe. Eso es posible porque San Juan de Dios es una entidad privada sin ánimo de lucro, que a su vez tiene intereses comunes con la Administración pública en cuanto a la prestación del servicio sanitario.

El consorcio sanitario público del Aljarafe tiene naturaleza pública, forma parte del sistema sanitario público desde el mismo momento de su constitución. Este consorcio encarga a una cuarta entidad jurídica: el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, la prestación de la asistencia sanitaria. Este hospital es un organismo instrumental de gestión y tiene naturaleza privada. Éstas son las cuatro figuras que constituyen esta prestación de servicio y dan forma al consorcio.

Si repasamos brevemente los estatutos, por entender un poquito la forma de actuación que llevamos a cabo, ya hemos dicho que desde el momento de su constitución está adscrito funcionalmente a la administración sanitaria de la Junta de Andalucía; que el objeto del consorcio es la prestación de la asistencia sanitaria especializada a la población de la zona del Aljarafe; que dicha asistencia sanitaria se llevará a cabo a través del organismo instrumental de gestión que denominamos en los estatutos entidad eclesíástica Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, de acuerdo con la

capacidad técnica del mismo. El término entidad eclesiástica hace referencia a la entidad jurídica, y hospital San Juan del Aljarafe se refiere exclusivamente al edificio. Pero aquí siempre diferenciábamos tanto el edificio, que lo construye la Orden de San Juan de Dios, como la entidad jurídica que lleva a cabo las relaciones contractuales con profesionales y con terceros.

Hemos dicho que el consorcio sanitario público es una entidad jurídica pública de carácter asociativo y voluntario dotado de personalidad jurídica propia independiente de la de sus entidades consorciadas. La participación de las dos entidades consorciadas es la siguiente: por un lado, el SAS contribuye con la financiación necesaria para la prestación de la atención sanitaria y la Orden de San Juan de Dios contribuye con la totalidad de la capacidad asistencial del hospital de su titularidad y con la entidad eclesiástica Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

El consorcio se constituye por un tiempo indefinido, con un mínimo de veinte años. El consorcio cuenta con un consejo rector, como órgano superior de gobierno y administración, y con una Presidencia y Vicepresidencia. El consejo rector está formado por ocho miembros designados paritariamente por las dos entidades que lo integran: un presidente, un vicepresidente y seis vocales.

Los acuerdos se acuerdan por unanimidad de las dos partes, y ante empates el Presidente no dispone de voto de calidad. La presidencia del consorcio se ejerce de manera rotatoria por cada una de las dos entidades consorciadas, por un plazo de dos años cada uno.

Con carácter anual, la Consejería de Salud establece un contrato programa al que se adecuará la actividad del consorcio y las condiciones en que se debe desarrollar la misma. Este contrato programa es similar al resto de los contratos programa de los treinta hospitales públicos de Andalucía y contiene los mismos términos. En su artículo 20 obliga a la aplicación de políticas de salud y dice que el consorcio y el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe aplicarán, en sus respectivos ámbitos de actuación, las políticas propias del sistema sanitario público de Andalucía. La Consejería de Salud determinará la cuantía de la financiación del mismo, de manera que

se garantice la actividad asistencial a desarrollar, teniendo en cuenta la población asistida, la cartera de servicios que se defina y, además, considerando como nivel de referencia el del hospital más eficiente del sistema sanitario público de Andalucía. La Orden se comprometía a que no fuera un hospital más costoso que los actuales del sistema sanitario público.

Con respecto a lo que se hace referencia al organismo instrumental de gestión en los estatutos, la entidad eclesiástica, dotada de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, tiene a su cargo la gestión integral del hospital, asume la gestión de aquél, con plena autonomía en todos los órdenes, sin perjuicio del contenido de los presentes estatutos. La entidad eclesiástica realizará todos sus actos o contratos conforme al ordenamiento jurídico que le sea aplicable.

En cuanto a la financiación, el consorcio transfiere a la entidad eclesiástica hasta un mínimo de un 65 por ciento de la citada financiación, por doceavas partes, a meses vencidos, y hasta un máximo del 35 restante en dos libramientos de igual importe en los meses de marzo y septiembre. Las partes integrantes del consorcio tendrán capacidad de decisión al 50 por ciento sobre los resultados económicos anuales de la entidad eclesiástica, que será la que ejecute estas decisiones, considerando: primero, que si el resultado es positivo debe ser reinvertido en el propio hospital y, en el supuesto de que fuese un resultado negativo, tendrá que ser amortizado por las dos entidades consorciadas, además de establecer un plan de viabilidad.

Respecto al personal, la relación contractual de los profesionales y directivos que prestan sus servicios en el hospital, se entenderá efectuada entre éstos y la entidad eclesiástica. Todas las relaciones laborales y prestaciones de servicio de carácter no laboral que se presten en el hospital se entenderán celebradas entre los interesados y la entidad eclesiástica. Éste sería un resumen de los principales artículos de los estatutos. Conforme a esto, se pone a disposición un hospital que cuenta con 192 camas de hospitalización, todas ellas en habitaciones individuales; 12 camas de UCI, actualmente hay 8 funcionando; ocho quirófanos; 2 quirófanos de cirugía menor; 48 despachos de consulta; 23 gabinetes de

cura y exploración; 16 camas en urgencias de observación; 7 camas de observación pediátricas; 16 puestos de tratamientos cortos y todo ello para dar servicio a una población de 250.000 habitantes. El hospital está catalogado como un hospital básico de nivel tres y los servicios que no tiene serían obstetricia -sí tiene ginecología pero no tiene obstetricia- y pediatría, aunque tiene urgencias pediátricas.

En este modelo, ¿qué es lo que aportan los Hermanos de San Juan de Dios? Los Hermanos de San Juan de Dios es una institución que tienen más de 500 años, que está presente en los cinco continentes y que tiene un modelo de trabajo centrado en el paciente. Esto es lo que nos lleva a compartir intereses comunes con la Administración pública. Los Hermanos de San Juan de Dios trabajan en los hospitales por su vocación, por dedicación al enfermo y al necesitado y dan un servicio permanente en los centros puesto que ellos tienen su vivienda física en el propio hospital. El servicio que se da al enfermo es un servicio sin distinción por su raza, sexo o de su poder adquisitivo. Existe un modelo de trabajo con los profesionales que permite llegar a un compromiso y a un sentido de pertenencia al centro. Es una entidad sin ánimo de lucro pero se nos obliga a ser sostenibles para permanecer en el tiempo, y al final lo que nos hace ser diferentes es, a mi juicio, cuidar los pequeños detalles en el trato de las personas, el confort de las instalaciones, la limpieza y el mantenimiento, el tipo de construcción en el que se busca la luz y la confortabilidad, porque no vamos a hacer cosas distintas, lo único que estamos intentando apuntar es cómo hacemos las cosas desde el compromiso de todos los profesionales.

Nuestro modelo de trabajo se basa en la dirección por valores. Los valores que se defienden son valores universales, estamos hablando de acogida desde el aspecto de la humanización; del respeto, tanto a la dignidad de las personas como al medio ambiente; de la calidad, es un centro que lleva cinco años funcionando y ya está acreditado en calidad por la Agencia Sanitaria de Andalucía; de la equidad, la justicia social del respeto a la ley y al derecho de los trabajadores y de los usuarios. También estamos hablando de la eficacia y la eficiencia, no sólo desde el punto de vista de los

costes, sino desde el punto de vista de los servicios. Se busca un modelo de continuidad asistencial que esté dotado de elementos de gestión que permitan atender las expectativas de los usuarios y de los profesionales, que aporte beneficios para el paciente y los profesionales y, por supuesto, para el sistema sanitario. También buscamos la potenciación del trabajo entre niveles en primaria; ya se han creado comisiones de seguridad, se han creado comisiones de continuidad en la asistencia, de formación; de acuerdo con enfermería y dentro del área de primaria se ha puesto en marcha el informe de continuidad de cuidados al alta de enfermería con el hospital de referencia y con la empresa pública de emergencia sanitaria. Esta eficacia y eficiencia también se traduce en un hospital que sea flexible, con una estructura innovadora en la que se han definido en el organigrama tres áreas: el área médica, el área quirúrgica y el área diagnóstica. Dentro del área médica se incluyen los servicios de urgencias, cuidados críticos y médicos con la idea de que hubiera una mayor continuidad dentro del hospital y se favoreciera la mejora de la atención al paciente.

En definitiva, nos estamos preocupando no sólo de hacer las cosas, sino de cómo las estamos haciendo, que va a ser nuestro elemento diferenciador en el tiempo. Todo esto se consigue con un alto compromiso de los profesionales. El compromiso de los profesionales es un trabajo del día a día que hemos tenido que ir ganando, en el que entendemos que nuestros profesionales tienen autonomía de gestión, que participan en el desarrollo del modelo, en el que buscamos más su iniciativa, su desarrollo profesional y el reconocimiento. Tenemos una organización que facilita el trabajo en equipo, el trabajo interdisciplinar, la formación, la docencia y la investigación.

Al ser una empresa de servicios entendemos que si los profesionales trabajan a gusto y desarrollan su vocación en un entorno agradable el enfermo es el que se ve beneficiado de este mejor servicio. En San Juan de Dios también tenemos servicios externos subcontratados como pueden ser la limpieza, la restauración, la seguridad, el mantenimiento, el archivo o la jardinería, pero este personal también comparte los valores de la institución, participa del proyecto del centro, y también trabajamos con ellos para conseguir

alcanzar su compromiso a través del ejercicio de su profesión de la manera más adecuada posible. Con este compromiso cada profesional laboral o subcontratado, dentro de su ámbito de actuación y responsabilidad, cuenta con autonomía de gestión. Todos tienen claro el objetivo del hospital y del servicio, sus motivos personales y los criterios que se utilizarán para la evaluación. De esta forma, conseguiremos ser cada vez más eficientes y alinearlos hacia un frente común. En este proceso influye mucho que existan unos sistemas de información fuertes. Actualmente el hospital cuenta con un HIP que le permite ser un hospital sin papeles, pero, como tenemos voluntad de seguir siendo mejores y continuar construyendo, estamos en un proceso de desarrollo de un nuevo HIP conjuntamente con una empresa de desarrollo que es Telvem. La innovación que incorpora este HIP es la centralidad en el paciente trabajando por procesos y no sólo por episodios. ¿Qué es lo que buscamos con este nuevo desarrollo informático? Buscamos incorporar herramientas de ayuda a la toma de decisiones para el profesional; herramientas que nos ayuden a mejorar los resultados en salud, a evaluar y a conocer los costes de la asistencia. La evaluación es un aspecto que es necesario para el profesional, para el equipo directivo, para el consejo rector y para cualquier accionista en general. Contamos con indicadores similares al resto de hospitales públicos de Andalucía; estamos en sus estadísticas y en sus publicaciones como un hospital público más. De estos indicadores, que sirven para medirnos a todos, aparte de las listas de espera quirúrgica y los tiempos de demora, están las encuestas de satisfacción que realiza directamente el servicio regional de salud. En estas encuestas de satisfacción, en los últimos años, casi desde que hemos empezado a funcionar, estamos en los primeros puestos de la lista. Esto es muy satisfactorio para nosotros, pero nos parece que llevamos poco tiempo; son cinco años los que llevamos funcionando y, por tanto, tampoco significa que hayamos conseguido el objetivo, aunque sí es verdad que de cara a la satisfacción de los pacientes y de los familiares el hospital está bien valorado. En una encuesta que hizo el hospital, que no fueron hechas desde el SAS, los profesionales de atención primaria también tenían una valoración alta. Entendemos que no competimos con otros hospitales

porque hay que dar respuesta a las necesidades del enfermo dentro del sistema; por tanto, es necesaria la colaboración y favorecer la continuidad. Pero sí existe una sana competencia entre profesionales; el reconocimiento es necesario para el ser humano y bien encauzado es una herramienta muy motivadora para la dirección. Llegados a este punto, ¿podríamos decir que ya está todo hecho en el hospital de San Juan de Dios del Aljarafe y que, además, se han conseguido los objetivos? Desde mi punto de vista creo que no, que queda mucho por hacer; evidentemente, estamos satisfechos con los resultados actuales, pero somos conscientes de que se pueden mejorar además de mantenerse en el tiempo.

La Sra. **PRESIDENTA** : Por favor, señora Alarcón, vaya terminando. Gracias.

La Sra. **GERENTE DEL HOSPITAL ALJARAFE-SEVILLA** (Alarcón Medina): Sí, señora Presidenta. Termino. Después de mucho recelo respecto a este nuevo modelo por parte tanto de la Orden como de la Administración Pública, creemos que es una experiencia positiva. Es verdad que todavía estamos salvando obstáculos, puesto que es un modelo nuevo, pero quiero concluir diciendo que nosotros lo vemos como algo positivo. A mí no me corresponde hacer la valoración de la Administración pero, por lo que hemos escuchado en algunas intervenciones públicas, también está satisfecha con el modelo.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias. A continuación, doy paso a la intervención de los representantes de los Grupos Parlamentarios por tiempo máximo de diez minutos. Tiene la palabra doña Caridad García por parte del Grupo Parlamentario Izquierda Unida.

La Sra. **GARCÍA ÁLVAREZ**: Muchas gracias, señora Presidenta. Agradezco a doña Rocío Alarcón haber tenido la amabilidad de trasladarse a esta nuestra Comunidad para explicarnos la situación concreta del hospital, aunque ahora usted no sea la gerente del mismo, pero nos ha demostrado que,

evidentemente, tiene un conocimiento en profundidad de lo acontecido. Como usted ya sabrá, desde mi Grupo Parlamentario abogamos, insistimos y luchamos por un modelo sanitario en su totalidad público, aunque no negamos la colaboración -porque nunca se ha negado- con otras entidades de carácter privado. De hecho, en Madrid, durante mucho tiempo, y se ha mantenido, a pesar de tener un sistema con un modelo claro, nítido y único, ha mantenido la colaboración con otras entidades privadas, incluso con la propia Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Al respecto, le voy a hacer a usted directamente dos o tres preguntas nada más, pero me va a permitir -y le ruego que me disculpe por ello- manifestar una cuestión que se ha comentado y que a mí me parece de interés. Esto de las estadísticas, como ustedes saben, si nos vienen bien, son favorables y son buenas, y si no nos parecen tan buenas, ya empezamos a buscarle los matices. En cualquier caso, siempre hemos comentado al respecto de las estadísticas una cuestión relacionada más campestre, que es aquello de que si hay dos vacas en el campo, resulta que las tiene el dueño de las vacas, el dueño del campo, pero que, según la estadística, al menos una me corresponde a mí puesto que estoy en el mismo sitio. Eso es lo que, en plan de broma, hemos manifestado siempre. Ahora resulta que hemos pasado de las estadísticas campestres a las estadísticas playeras en las que se visualiza a través de la ropa playera que lleve cada cual. La verdad es que a mí nunca se me había ocurrido -y eso es lo que quería decir a mi amigo señor Rodríguez- encontrar la verdad detrás del calzón de baño masculino de nadie. Me parece que la verdad la podemos encontrar en otro lado, aunque estadísticamente sea complejo encontrar las verdades.

Yo tampoco puedo entender quién ha exigido que funcione su centro. Usted decía, refiriéndose a su centro hospitalario, que lleva ya un tiempo funcionando, pero que todavía queda mucho por hacerse en el mismo porque evidentemente necesita todo un proceso de desarrollo para que se consolide. Eso es lo que le pasa a su centro hospitalario y a todos los centros hospitalarios en cualquier sitio allí donde se ubiquen. El problema es que, aunque de manera constante desde las

Administraciones, porque les interese en algún momento, se diga que los centros van a estar a pleno rendimiento, todos sabemos que no es cierto porque tiene toda una serie de problemas y de deficiencias que hay que ir subsanando en el tiempo, y es absolutamente lógico que así pase.

Desde luego, nosotros creemos que para poder ir avanzando y mejorando la calidad de un sistema a lo mejor hay que reorganizar y reformar comportamientos internos de los propios centros para hacerlos más eficaces. Yo creo que eficientes lo son en su inmensa mayoría, sin lugar a duda; pueden tener problemas -estoy refiriéndome a los llamados centros tradicionales-, pero seguramente habrá que mejorar cuestiones organizativas, y eso probablemente requiere cambios que no signifiquen, como decía el anterior compareciente, tirar la casa sino reformar la casa desde dentro para reorganizar nuestra eficiencia en este sentido. No tiramos nuestras casas cuando algunas cuestiones van mal en el ámbito de la misma sino que intentamos adecuar lo que disponemos a lo que tenemos que gastar, etcétera. En definitiva, se trata de reorganizar todas estas cuestiones. Además, nosotros somos de los que pensamos que la fiscalidad, es decir, recaudar dinero de los contribuyentes es algo positivo, siempre y cuando desde las Administraciones Públicas se reinvierta precisamente para que el contribuyente pueda acceder de cualquier manera a los centros y a los recursos que desde las Administraciones les proporcionan.

Yo leí no hace mucho en un medio de comunicación una entrevista que se le hacía a un alto cargo de la Administración norteamericana en la capital de España, por ser donde se tiene que ubicar, y había algo que era curioso porque en esta liberalidad que nos invade este señor decía que en Estados Unidos todo el mundo tiene la oportunidad y el derecho a ser rico o a ser pobre. La verdad es que yo no he conocido a nadie en esto del derecho a ser pobre, no he visto a nadie que tuviera ese ansia por tener el derecho a ser pobre. Como eso es una absoluta tontería manifestada por este señor, desde luego nosotros lo que creemos es que desde la Administración Pública precisamente lo que se oferta es la posibilidad de que todo ciudadano o toda ciudadana tiene derecho a acceder a los recursos públicos tutelados, si se me permite la expresión,

aunque puede ser que se me considere como antigua, desde la Administración Pública.

Las preguntas que yo le quería hacer en concreto con respecto al centro que usted tan bien nos ha descrito son las siguientes. ¿De quién es la propiedad del hospital? Usted nos ha hablado de un consorcio que no tiene nada que ver, es otro modelo distinto al que tenemos en la Comunidad de Madrid, a los diversos que se quieren poner en la Comunidad de Madrid. En cualquier caso, quisiera que me dijera de quién es la propiedad del hospital.

Usted nos ha comentado que hay un consejo rector -también nos ha dicho que el consorcio tiene un tiempo de duración de 20 años, que se podrá renovar o no, ver lo que se hace, supongo- que está compuesto por ocho miembros, donde están representadas las entidades que usted nos ha comentado más la Administración Pública andaluza. Usted nos ha dicho que es así, y las preguntas que le quiero hacer al respecto es si existen más centros bajo el mismo modelo en la Comunidad andaluza que usted conozca, y si usted sabe si son las mismas personas las que componen ese consejo rector, porque en la Comunidad de Madrid, y se lo digo, existe una cosa curiosa con los nuevos hospitales, y es que el Consejo de Administración son los mismos en todos los nuevos hospitales, con lo cual, desde luego, tienen que tener una agenda alternativa para poderse reunir e ir tratando los diferentes problemas que puedan surgir en los mismos, o no ir a ninguno y fiarse única y exclusivamente de lo que se constituye dentro del propio hospital entre el personal sanitario que depende directamente de la Comunidad y el personal de la empresa concesionaria, que pertenece a la misma. Pero el consejo rector no va por ahí.

La última pregunta que le hago se refiere a lo que usted ha dicho de que si hay resultados económicos se reinvierten, y si no hay resultados económicos se asumen por ambas partes las pérdidas; me ha parecido entenderlo así. A mí me gustaría que usted nos aclarara esto mucho más porque a lo mejor nos ayuda a visualizar de otra manera los diferentes modelos, y que nos dijera, por si se ha dado el caso -o no- en ese centro o en otros, cómo se logran esos resultados económicos, qué hacen ustedes para lograr que haya resultados

económicos o para conseguir esos resultados económicos, así como, en el caso de que en algún momento haya habido pérdidas, cómo han gestionado ustedes las mismas. Nada más y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señoría. Ahora tiene la palabra el representante del Grupo Socialista don Lucas Fernández.

El Sr. **FERNÁNDEZ MARTÍN**: Muchas gracias, señora Presidenta. Doña Rocío Alarcón, en efecto, a mí me extrañó que viniera usted aquí citada como Gerente del hospital San Juan de Dios de Aljarafe porque desde el 14 de enero de 2008 llevaba usted las responsabilidades de la Provincia Bética -los citantes, desde luego, podían ponerse un poquito al día, no estaría mal-, y a don José Luis García Garmendia dígame que desde aquí lamentamos mucho que haya habido esta forma de citarlo, lo que pone de manifiesto más prisas que meditación para el Grupo que haya sido.

La Ley General de Sanidad dice concretamente que el Sistema Nacional de Salud está formado por tres modelos diferentes. El primero lo constituyen aquellos centros de salud directamente gestionados por la estructura pública, y además lo hacen jerárquicamente en cuanto a importancia de mayor a menor y, por tanto, por tener mayor presencia en cuanto a configurantes del Sistema Nacional de Salud. El segundo, aquellos centros sanitarios sin ánimo de lucro. Y el tercero, aquellos centros sanitarios con ánimo de lucro. Por tanto, dentro de estas tres posibilidades, usted está perfectamente en un término medio. Y cuando hablamos de la gestión tradicional de los centros sanitarios, ¡hombre!, si hay alguien más tradicional que ustedes, es difícil encontrarlo. Llevan ustedes 500 años prestando este tipo de asistencia, por tanto, son una autoridad asistencial sin duda alguna, más allá del hecho de que sean ustedes una orden religiosa, y, además, es un consorcio.

Decía antes doña Caridad algo que tiene gracia porque en Madrid tenemos casi todas las cosas que se pueden tener, menos consorcio. Fíjese, tenemos una fundación sanitaria pública, que es

Alcorcón; tenemos una fundación privada, pseudoprivada y pseudofundación, una fundación pre UTE en la que el patronato está formado por dos miembros de una empresa privada y por uno que no es de la empresa privada; por lo tanto, es una fundación entre comillas, que, como sabe, es la Fundación Jiménez Díaz, el hospital de la Concepción, que tiene un contrato "sui generis", que se amplía en la oscuridad, sin transparencia y sin meditación suficiente y que, además, nos cuesta muy caro. Es un convenio singular. Después tenemos una empresa pública, que es la de Fuenlabrada. Y luego tenemos lo que ha pasado en estos tiempos, que son cosas curiosas: todos los hospitales que se han construido hasta ahora -y nosotros no lo hemos criticado por eso, ni mucho menos- se han construido de acuerdo a una fórmula de gestión y explotación que sí hemos criticado, lo que llamamos método PFI, y lo hemos criticado fundamentalmente porque nos parece que son hospitales que habría que haberlos evaluado mucho más y haber puesto encima de la mesa cuáles eran los riesgos de esa forma de financiación y de explotación a largo plazo, sobre todo porque, además, tenemos la suerte de conocer la evolución de ese modelo a lo largo del tiempo en el Reino Unido, que ha sido el lugar donde surgió esto.

Antes se ha dicho que en Cataluña todos los hospitales se hacen prácticamente con PFI, y eso no es verdad; eso forma parte de los chistes parlamentarios que se dicen muy a menudo, como si oye usted decir que los perversos socialistas cerramos 3.000 camas en Madrid; eso es otra tontuna, como sabe usted muy bien, que no tiene nada que ver con la realidad, pero forma parte del juego parlamentario y no tiene mayor importancia.

Todos estos hospitales han sido dotados como empresa pública en la parte clínica, que, como bien decía doña Caridad, tiene exactamente el mismo número de ciudadanos, exactamente el mismo, sin una sola diferencia; está formada por el mismo número de ciudadanos, que son todos los altos cargos de la Consejería. Por tanto, la capacidad de participación, de cambios en la estructura sanitaria, adaptación al medio, que digo yo que será diferente en el hospital de Parla que en el hospital de Arganda, digo yo, porque tendrán una distinta morbilidad, etcétera. Hemos criticado, por tanto, esas empresas

públicas -a las que nosotros no nos oponemos, sino que nos parece que son una forma moderna de solucionar la gestión- porque nos parece que tal y como está planteado son pseudo- empresas públicas. Realmente cogen lo que es más cómodo para la Consejería, no hacen mucha política, en cambio no cogen lo que es más incómodo para la Consejería: vivir los problemas, solucionar los problemas "in situ" y, por tanto, diseñarlos, más todos los problemas que pueda tener la financiación y explotación PFI, que, por simplificarlo, son la convivencia entre dos formas tan diferentes de ver sus objetivos empresariales, como son una unión temporal de empresas formada por constructoras, etcétera, más todos los gastos de explotación de todos los servicios comunes. Pensamos, por tanto, que es una forma compleja; lo hemos visto en la apertura de los hospitales, donde ha habido algo más que problemas y lo seguiremos viendo a lo largo de estos días.

Tenemos una concesión administrativa, el hospital de Valdemoro, que es una concesión administrativa modelo Alzira I, por simplificarlo y para que nos entendamos bien, y tenemos los próximos hospitales, que son concesiones administrativas tipo Valdemoro, más financiación y explotación método PFI. O sea que, como verá, no tenemos ningún consorcio. A nosotros nos gustan los consorcios porque cuando el señor Leguina era Presidente de la Comunidad se hizo uno de los primeros consorcios de Madrid, el Consorcio Regional de Transportes, por ejemplo, del que hemos obtenido sólo beneficios a lo largo de los tiempos.

En este caso, hay más razones. En primer lugar, están formados por representantes de ambas estructuras en número paritario. Por parte de la Administración pública están presentes el Director General de Gestión Económica, el Subdirector General de Gestión Sanitaria, el Subdirector Técnico Asesor, el jefe del servicio de prestaciones complementarias, y por parte de la Provincia Bética, el Superior de la Provincia, el Primer Consejero Provincial, la señora Gerente Provincial y el señor Director Asistencial. Por tanto, la participación en la gestión y gerencia es muy importante entre ambas estructuras. Eso es algo que a nosotros, en Madrid, nos produce bastante envidia porque la participación de la Administración está fuera de los hospitales que

funcionan por concesión administrativa, tal y como están planificados en Madrid. Ahora mismo no con las empresas públicas, que, como digo, son gemelas la una de la otra, exactamente iguales, pero sí pasa en la Fundación Jiménez Díaz y en el Hospital de Valdemoro, donde hay un delegado de la Consejería que, por tanto, no participa en los organismos de gestión directa, pero sí en el control, teóricamente al menos.

El segundo tema que también nos interesa mucho es que ustedes han modificado la estructura del planteamiento de construcción de este hospital en Sevilla, acordando, desde el punto de vista de planificación, con la propia Consejería. El término planificación, en la Comunidad de Madrid, es un término exótico; aquí vino un compareciente que dijo que él no planificaba porque no era marxista. Eso está bien como entretenimiento, pero supongo que usted sí planificará. ¿Qué ha sido para usted la planificación? Esto es lo que quiero que me conteste. ¿Por qué eligieron ustedes la comarca del Aljarafe y no impusieron Sevilla? Supongo que fue por una correlación mutua entre la Comunidad y que ustedes pensarían que era algo interesante. Por tanto, la planificación forma parte de la evaluación del consorcio.

¿Hicieron ustedes una cartera de servicios autónoma o hicieron una cartera de servicios de acuerdo con la Consejería, teniendo en cuenta el nivel de población y los problemas que hay? Cuando ustedes hicieron esta cartera de servicios, ¿pensaron con criterios de competencia o con criterios de colaboración? Es decir, competir con otros hospitales para quitarles pacientes o colaborar y coordinar con otros hospitales para completar una asistencia más homogénea.

¿Son ustedes partidarios de que el dinero siga al cliente o son partidarios de que el dinero sirva al paciente, como digo yo? Ésa es una de las cosas más interesantes para nosotros -lo hemos estado debatiendo todos los días- porque modifica la forma de entender todo lo que supone la distribución del mundo sanitario, posiblemente incluso más que la fórmula de gestión. Es pura filosofía, pura ética, lo que permite el planteamiento político de estas características.

No voy a decirle mucho más porque, con lo que le he preguntado y lo que usted ha contestado, estamos muy satisfechos con lo que podemos extraer de esta comparecencia. Muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Popular señor Rodríguez.

El Sr. **RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**: Muchas gracias, señora Presidenta. Muchas gracias, señora Alarcón, por la información que nos ha dado. Como yo he sido el culpable de haberla citado como Gerente, le pido disculpas. En cualquier caso, al Gerente lo habrá nombrado usted o habrá intervenido en su nombramiento, por lo tanto, nos va dar más información. Le pido disculpas si en algún momento la degradé profesional o jerárquicamente. Entono el "mea culpa", pero es el único que entono; las otras cosas que ustedes dicen, yo no las he dicho. Yo no he dicho nunca que detrás del traje de baño de un ciudadano se encuentre la verdad, lo que he dicho es que la estadística es estadística; que la estadística lo único que hacer es sacar una aproximación de lo que son las cosas, pero podemos equivocarnos. Estadísticamente, se nos puede decir que algo es de una forma o de otra, pero la realidad no la cuenta. Si estamos 100 personas para comer y 50 comen absolutamente todo y otros 50 no comen absolutamente nada, diremos que el 50 por ciento del alimento se reparte entre el 50 por ciento de la población. Ésa es una verdad estadística, pero no es la realidad. Por tanto, la realidad nos la esconde; eso es lo que he dicho.

Yo tengo que reconocer que sí conozco personas que han decidido ser pobres; yo conozco muchas personas religiosas que deciden hacer voto de pobreza, que viven en sistemas de clausura; conozco personas que han sido anacoretas, que han sido ascetas, por lo tanto, yo sí conozco a gente que ha tenido la libertad de decidir que quieren ser pobres porque no tienen una visión materialista de la vida. Probablemente el que no cree en Dios, que no es mi caso, no puede entender que alguien no quiera los bienes materiales, pero, indudablemente, hay gente que no los quiere, serán muchos o serán pocos.

También se ha comentado que una de las muchas tonterías que nosotros hemos dicho es que en Madrid se han cerrado tres mil camas; y es que se han cerrado. Volvemos a la relación de dónde está cada una. También se ha dicho que Cataluña no va a construir con el sistema PFI, y yo tengo aquí un documento: Infraestructuras sanitarias en Cataluña. Inversiones que se van a hacer hasta el año 2012, por importe de 3.300 millones de euros. Este documento es de unas jornadas que preside la honorable señora Marina Geli i Fàbrega, Conseller de Salut de la Generalitat de Cataluña; es una carta que se dirige a los participantes, que dice así: Estimado amigo: la Generalitat y su red sanitaria prevé realizar 799 actuaciones incluyendo obras de reforma, ampliación y construcción de 14 hospitales, 178 ambulatorios, 17 centros de salud mental y 18 áreas sociosanitarias. Las nuevas infraestructuras se financiarán siguiendo distintas fórmulas, entre ellas se prevé el adelanto por parte de las ICF Equipaments que actuarán como banca pública, la inversión será devuelta al departamento de salud a través de un pago de un alquiler mensual. Yo no me lo invento, está escrito en una carta que firma doña Marga Martínez Garriga, directora de programas. Entre otras cosas, en el último punto dice respecto a uno de los objetivos que tienen estas jornadas: ¿Qué oportunidades de negocio se abren al mercado para los diferentes implicados en su grado de implicación? Yo no me invento nada, esto está escrito, está publicado y puede tener acceso cualquier diputado.

Dicho todo esto, que no tiene nada que ver con su comparecencia, yo sí que le tengo que dar las gracias, primero por la asistencia sanitaria que llevan prestando las personas de su organización durante muchos años, por tanto es una labor que está reconocida y por el valor que han tenido al querer concertar o hacer un consorcio con una Administración en la que todo lo religioso les sienta mal; entonces, le hago la primera pregunta: ¿existe alguna posibilidad o hay garantía de que el consorcio no se pueda romper? O, ¿qué criterios hay que exigir para que ese consorcio se pueda romper? Porque, claro, ustedes firman un consorcio, y supongo que ustedes no serán tontos y habrán atado bien las cosas para que no pueda llegar uno dentro de cinco años y decir: esto ahora yo rompo y me quedo con el hospital. En segundo lugar, al cabo de los veinte

años, ¿el hospital es de su propiedad o es un hospital de la Junta de Andalucía? En tercer lugar, ¿el personal que tienen ustedes contratado en el hospital es personal de su organización, de la Entidad Eclesiástica, o son trabajadores que pertenecen al Servicio Andaluz de Salud? Me gustaría saber si todo el personal pertenece a esta organización o tienen externalizados servicios con terceras empresas. Porque ésta es la cuestión; aquí se está discutiendo que si todo aquello que no presta directamente la Administración es privado y lo que presta la Administración es público, y eso no es verdad; es decir, nuestro concepto es que es público todo aquello que se financia con dinero público y la Administración tiene obligación de velar por su cumplimiento. Porque, doña Caridad, los servicios no pueden ser eficientes y ser eficaces; es al revés, se ha equivocado, ha tenido un lapsus. Eficacia quiere decir que las cosas hay que hacerlas y eficiencia significa hacerlas al menor costo posible; por lo tanto, es muy difícil que sean eficientes sin ser eficaces, entonces, primero tienen que ser eficaces y después hay que intentar que sean eficientes. Al menos eso es lo que me enseñaron a mí porque yo he estudiado poca pero alguna estadística sí he tenido que estudiar.

También me gustaría saber si los profesionales que trabajan en este hospital están mejor igual o peor pagados que el resto del personal sanitario que cobra directamente del Servicio Andaluz de Salud, me gustaría que lo aclarara. Por último, quiero, una vez más, felicitarle y agradecerle muy sinceramente su asistencia, porque a aquellos que vienen de Madrid se lo agradecemos, pero a los que vienen de otras Comunidades Autónomas se lo tenemos que agradecer doblemente y, desde luego, consideramos muy interesante la información que nos ha dado sobre cómo se ha desarrollado todo el proceso de formación de este hospital para el que han elegido la fórmula del consorcio, que, por cierto, es una fórmula que se acuerda con el Gobierno de la Junta de Andalucía pero no con el Parlamento de la Junta de Andalucía. Digo esto porque cuando crean empresas públicas de salud en Andalucía las crea el Parlamento no las crea la Junta de Gobierno, y tendrían que explicarnos por qué eso lo hicieron así y cambiaron el modelo. Nada más y muchas gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señoría. Para terminar esta comparecencia, tiene la palabra doña Rocío Alarcón por tiempo diez minutos.

La Sra. **GERENTE DEL HOSPITAL ALJARAFE-SEVILLA** (Alarcón Medina): Gracias, señora Presidenta. Nosotros defendemos otra definición de servicio público; defendemos que servicio público no tiene que ser igual a propiedad pública, sino que debe estar en función de los atributos de ese servicio que se presta, y por eso de nuestro hospital nos gusta decir con la boca muy grande que es un servicio público. Es un servicio en el que cualquier persona que entra por la puerta con su tarjeta sanitaria tiene que recibir los servicios en términos de equidad, en términos de calidad y en términos de universalidad, que son atributos que la orden de San Juan de Dios siempre ha cumplido y que comparte con la Administración pública. Nuestra pelea, y enlace con la propiedad del edificio, era que el hecho de que el edificio fuera propiedad de la orden de San Juan de Dios no significaba que no se pudiera dar un servicio público, y es un poco lo que a lo largo de estos cinco años estamos intentando demostrar. El usuario que viene al hospital, viene a un hospital adscrito al sistema de la red pública, no sabe quién está detrás ni cuál es la historia del hospital, pero exige un servicio en los mismos términos que en cualquier otro hospital del sistema. Por eso siempre hemos dicho que servicio público con gestión privada es posible, que lo que es importante es velar por cómo se desarrollan esos atributos y por cómo se hacen.

El hospital fue construido por la orden de San Juan de Dios; es propiedad de la orden de San Juan de Dios; el consorcio está constituido por tiempo indefinido; el mínimo es de 20 años, pero la voluntad de ambas partes -así lo definieron- fue carácter indefinido. Cuando llegó el momento de su aprobación fue la asesoría jurídica de Presidencia quien dijo que había que poner al menos un mínimo de tiempo para garantizar que se estabilizara, y por eso se habló de 20 años, pero la voluntad de las dos partes era tiempo indefinido y así lo manifestamos. También es verdad que era posible, por la trayectoria que tenía la orden de San Juan de Dios y por la Junta de Andalucía, durante tanto tiempo. No estaban

hablando con una entidad que buscara la especulación, sino con una entidad que quería dar un servicio público, y ahí es cuando entramos en esa incompatibilidad. Pasados esos 20 años, si se disuelve el consorcio, el edificio sigue siendo propiedad de la orden de San Juan de Dios; no se transmitiría. No me he parado en los artículos del estatuto, los que van del 40 en adelante, que indican cómo se disolvería en caso de que hubiese discrepancia entre las partes; es verdad que el planteamiento ha sido desde el principio de absoluta complicidad y de que fuera un proyecto conjunto. También tengo que ser franca y decir que han existido muchas dificultades y a día de hoy todavía tenemos algunas ¿Por qué? Porque es un modelo nuevo para la Administración Pública y también para la orden de San Juan de Dios. Estábamos en terreno de nadie porque ni era un hospital público a la antigua usanza ni era un hospital típico de la orden de San Juan de Dios, con lo cual, por las dos partes teníamos que tener cierta generosidad para llegar a entendernos, y, evidentemente, cuando hicimos los estatutos y cada parte quiso atarlo todo para garantizar sus intereses llegó un momento en el que decidimos que teníamos que dejar que el camino nos fuera enseñando cuáles iban a ser nuestras disposiciones. Ahí es donde estábamos.

Respecto a los miembros del consejo rector, ya se ha dicho antes que son cuatro del equipo directivo del SAS y cuatro del equipo directivo de la orden de San Juan de Dios, que no son del equipo directivo del hospital de San Juan de Dios; eran figuras jurídicas distintas. Una manera de salvaguardar la gestión del hospital era que tuviera un órgano de control constituido tanto por la Orden como por el SAS, y ahora el hospital tiene su propio equipo directivo. El gerente da parte, informa, pero no participa del consejo rector. El consejo rector es el que marca las estrategias, el que define un poco las líneas a seguir, el que evalúa y el que controla.

Éste es el único modelo que existe en Andalucía, como digo, nos ha costado mucho esfuerzo y nos sigue costando porque las cosas que son nuevas necesitan su tiempo de andadura. Como digo, es el único modelo que existe en Andalucía y vamos acostumbrándonos a él. Al principio existían celos de ambas partes, porque a la entidad eclesiástica, también en los estatutos, se le habla de

autonomía de gestión. Es decir, al sistema público se le exige que tenga una serie de estrategias, que las debe cumplir, y le da plena autonomía de gestión en su organización y en su desarrollo. ¿Cómo encajaba esas cuatro figuras jurídicas que intervenían ahí? ¿Cómo encajaba el consorcio, la Orden de San Juan de Dios, la SAS y, encima, la propia entidad jurídica del Aljarafe? Ése ha sido el rodaje que hemos hecho en estos cinco años. Creo que a día de hoy vamos en la dirección de un buen entendimiento; en el entorno hay una aceptación del hospital, no sólo por los ciudadanos, sino también por el hospital de referencia, por la atención primaria, por las distintas empresas de emergencia pública. En definitiva, hay un buen entendimiento entre todos, poquito a poco. Nos queda mucho por hacer en ese camino, pero trabajamos desde la complementariedad, siempre diciendo que entre los profesionales hay una ardua competencia, no sólo dentro del hospital sino también hacia fuera.

Cuando hablábamos del traspaso de enfermos, de si la financiación iba destinada al paciente o a la población, el modelo de financiación del SAS sí contempla que los pacientes que se hayan ido de su área, o que vayan más a nuestra área, estén beneficiados dentro del modelo. Es decir, no está directamente relacionado pero sí está contemplado en el modelo.

También hemos hablado de la planificación con la Consejería. En este sentido, la Orden tenía la ambición, puesto que en Europa había experiencias de una mayor relación y un mayor compromiso con la Administración Pública, de que Andalucía pudiera tener ese grado de mayor complicidad; ahí es donde se empieza a hablar de un proyecto conjunto con la Administración Pública. En ese proyecto conjunto con la Administración Pública fue cuando nos propusieron la zona del Aljarafe como hospital comarcal y por acercarlo a la población. Es una área de mucha expansión de Sevilla, motivo por el cual proponen esa ubicación. La cartera de servicios la define la Consejería de Salud, nosotros no la definimos, y por eso cuando en un hospital comarcal básico de nivel 3 tenemos que tener obstetricia, la tenemos, y cuando en Sevilla dicen que no hace falta obstetricia, no la tenemos. Hay un disponible, porque uno es consciente de que los hospitales van creciendo; por tanto uno dice: por lo menos tengamos los servicios

previstos; pero no lo hay. Igual que no había pediatría; en función de las necesidades que tienen. Es una cartera que poquito a poco se va desarrollando.

Respecto a la retribución de los profesionales, cuando se crea, como es una entidad privada, la entidad jurídica Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe, que es la que contrata a los profesionales al constituirse, se adscribe al convenio provincial de empresas sanitarias privadas de Sevilla. Al cabo de los tres años, en 2007, se constituye el comité de empresa del hospital y se acuerda tener un convenio propio de hospital, porque, evidentemente, un hospital de esas características no es comparable con un hospital privado de unas dimensiones mucho menores. Nuestra línea respecto a la retribuciones es tener como referencia lo que están cobrando los profesionales del sistema público, pero no el modelo. Nuestro modelo retributivo tiene que estar en función del compromiso, los logros, los objetivos, los resultados, la formación, la competencia profesional, en definitiva. No quiero utilizar la carrera profesional porque es un concepto que también está, pero nosotros hemos definido la carrera profesional objetivándola mucho más, pero el nivel retributivo tiene que ser el mismo, y, evidentemente, estamos trabajando en esa línea con un convenio propio y con unos objetivos propios que tiene cada servicio, cada profesional y el propio centro, porque sí buscamos el compromiso de todos los profesionales con los objetivos del centro, con los objetivos de sus servicios y después con sus objetivos personales, pero si no lo hacemos en ese escalafón, podemos tener pequeños reinos de taifas por el hospital; eso es lo que se ha oído en todo momento: que se viera como un proyecto único interdisciplinar de todos los profesionales en el que todos los profesionales de cada estamento son necesarios; así estamos trabajando.

Se ha favorecido mucho la promoción interna; de hecho, el gerente actual era el director del área médica; ha habido tres jefes de servicio que a lo largo de estos cinco años han dejado el hospital, y los tres jefes de servicio han sido sustituidos por promoción interna. Entendemos que la promoción interna, primero, es porque profesionalmente son competentes, porque, si no, no tendríamos que hablar más, pero desde el momento en que son

competentes profesionalmente también es una manera de motivar a los profesionales, que es lo que vamos buscando; siempre es una política orientada hacia las personas, orientada hacia el compromiso con el proyecto, al compromiso con el enfermo.

Por último, hablábamos de los resultados económicos. Ése es el caballo de batalla que ahora mismo tiene el hospital encima de la mesa, y es el único fleco que nos queda. En los Estatutos, el modelo de financiación del hospital estaba definido de una manera abierta; se hablaba de tres variables, que son las que definían el modelo de financiación: la población que tenía asignada el hospital, la cartera de servicios, y una referencia hacia el hospital más eficiente del sistema. Así se calculó para el primer año que empieza a funcionar, que fue el 2004. A partir del 2004 se hizo una valoración de incremento de ésta con el IPC; evidentemente, el crecimiento con el IPC exclusivamente es muy difícil en los hospitales, y más en un hospital que está naciendo y en desarrollo. En el primer año se obtuvo un resultado equilibrado; en el segundo año, en 2005, tuvo pérdidas; en 2006 se equilibró porque hubo un aumento de la financiación en seis millones de euros; en 2007 tiene pérdidas, y en 2008 tiene pérdidas porque seguimos con el crecimiento del IPC. Ahora mismo hay una comisión que está viendo cuál va a ser el modelo de financiación que se va a seguir donde se cumplan todos los objetivos, se cumplan los objetivos que tienen que ser eficientes porque, de lo contrario, no tiene sentido establecerlo en el sistema, y además que la Administración Pública tenga la seguridad de que está pagando por un servicio lo que tiene que pagar, y en ese modelo es en el que estamos. Pero, claro, eran parámetros que no estaban totalmente cerrados, y es el fleco que tenemos abierto. Por lo tanto, hasta la fecha actual, cuando ha habido pérdidas las está soportando la Orden, y en esas pérdidas que está soportando la Orden, en 2006 nos pusimos de acuerdo, y yo entiendo que en 2007 ó 2008 nos pondremos de acuerdo y tendremos un modelo que nos permita asumir nuestras responsabilidades porque, si fuéramos a pagar conforme a gastos, la Orden no asumiría responsabilidades, con lo cual tampoco tiene sentido, sino que tengamos un presupuesto definido a priori, asumamos nuestras responsabilidades, y podamos garantizar un buen

funcionamiento.

Cuando se discutieron estos estatutos, la propuesta que elaboró la mesa negociadora fue que los beneficios eran los que se repartían al 50 por ciento y las pérdidas las asumía al cien por cien la Orden de San Juan de Dios. Cuando pasó por la asesoría jurídica de Presidencia, fue allí donde dijeron que, para ser justos, había que asumir el 50 por ciento de los beneficios, pero también las pérdidas, pero la voluntad de la Orden en la negociación es decir no, no estamos tan seguros de que el hospital va a ser eficiente, que lo vamos a hacer bien, que las pérdidas las asumimos nosotros, y ahí es un poco donde está el modelo.

¡Hombre!, con respecto a la financiación, cuando hablamos de pérdidas estamos hablando de 195 euros por habitante, que es lo que se está cobrando al día de hoy. Para conseguir un resultado equilibrado tendríamos que hablar de 210 euros por habitante, es decir, que no estamos en unas cifras astronómicas, pero en esos términos es por lo que tenemos cierta tranquilidad de que vamos a llegar a un acuerdo y que seremos capaces de tener un punto de encuentro.

Las estadísticas son como son, pero es un proceso muy lento que nos ha permitido encontrar nuevas fórmulas de gestión. Yo creo que son necesarias, pero no porque lo público sea malo y lo privado sea bueno, y viceversa, sino porque la sociedad es cambiante y todas las empresas -esto no deja de ser más que una empresa de servicios- tienen que ir buscando nuevas fórmulas que nos permitan adaptarnos a las necesidades, que nos permitan ser ágiles en la toma de decisiones y ser eficientes. Esto es lo que nos ha permitido esta fórmula de gestión: nos ha permitido tener un organigrama novedoso, tener una total autonomía entre los profesionales de allí; los jefes de servicio han seleccionado a su equipo, y los equipos funcionan, pero tienen un nivel de compromiso fuerte. La gente va más allá de lo que se le puedes exigir, por horarios, por dedicación, y ven el hospital como propio. Eso es lo que permite trabajar en unos resultados asistenciales, no el resultado de la Dirección, que algo ha puesto, pero no es sólo la Dirección, sino el conjunto de una serie de estrategias orientadas hacia el enfermo y hacia esos

profesionales. Creo que no me he dejado nada pendiente. Gracias.

La Sra. **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doña Rocío. Con esto termina la comparecencia. Le agradezco en nombre de todos que haya aceptado venir. Muchas gracias y buenos días. Pasamos al tercer punto del orden del día.

———— **RUEGOS Y PREGUNTAS** ————

¿Alguna de SS.SS. tiene algún ruego o pregunta que formular a la Mesa? (*Denegaciones.*)
No habiendo ruegos ni preguntas, se levanta la sesión.

(Eran las doce horas y cuarenta y cinco minutos.)



**SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA
SERVICIO DE PUBLICACIONES**

Plaza de la Asamblea de Madrid, 1 - 28018-MADRID Teléfono 91.779.95.00 - Fax 91.779.95.08

Web: www.asambleamadrid.es

e-mail: publicaciones@asambleamadrid.es

TARIFAS VIGENTES

B.O.A.M. Suscripción anual:	54,09 € .	Número suelto:	0,84 € .
D.S.A.M. Suscripción anual:	78,13 € .	Número suelto:	0,84 € .
CD-ROM Suscripción anual	12,00 € .	CD-ROM semestral	6,00 € .
SUSCRIPCIÓN ANUAL CONJUNTA B.O.A.M. - D.S.A.M.	112,39 € .		
SUSCRIPCIÓN ANUAL CONJUNTA B.O.A.M. - D.S.A.M. EN CD-ROM	16,00 € .		

- IVA incluido -

FORMA DE PAGO

El abono de las tarifas se realizará mediante:

- Talón nominativo a nombre de la Asamblea de Madrid.

- Giro postal.

- Transferencia bancaria a la cuenta núm. 2038 0603 28 6006392382, de Caja Madrid, Pza. Celenque, 2.

SUSCRIPCIONES (CONDICIONES GENERALES)

1. La suscripción será anual. El período de suscripciones finalizará el 31 de diciembre de cada año. Las altas que se produzcan durante el año, a efectos de cobro se contarán desde la primera semana de cada trimestre natural, sea cual fuere la fecha de suscripción dentro del trimestre.
2. El envío de los Boletines comenzará una vez se hayan recibido el importe correspondiente y la tarjeta de suscripción debidamente cumplimentada.
3. El suscriptor que no renovase la suscripción antes del 31 de diciembre será dado de baja.
4. La Administración del Boletín podrá modificar en cualquier momento el precio de la suscripción. El incremento o disminución comenzará a aplicarse a los abonados dados de alta a partir de la siguiente renovación de la suscripción.

C

TARJETA DE SUSCRIPCIÓN O RENOVACIÓN:

Nombre o razón social:	CIF/NIF:
Domicilio:	Núm.:
Distrito Postal:	Localidad:
Teléfono:	Fax:

DESEO SUSCRIBIRME AL B.O.A.M. D.S.A.M. Conjunta B.O.A.M. y D.S.A.M.
De acuerdo con las condiciones establecidas a partir de y hasta el 31 de diciembre de 2009,
a cuyo efecto les remito la cantidad de Euros.

Mediante: Giro postal Talón nominativo Transferencia bancaria a la c/c citada.

En, a de de 2009.