



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DON FIDENTINO REYERO FERNÁNDEZ

Sesión celebrada el día 14 de febrero de 2014, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Elección de Presidente de la Comisión.
2. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000211, a solicitud del Grupo Parlamentario Mixto, para informar a la Comisión sobre:
 - Proyecto de reestructuración de la atención médico-sanitaria en el medio rural.
3. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000177, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre:
 - Implantación de las Unidades de Gestión Clínica.

SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas cinco minutos.	13347
El Vicepresidente, Sr. Reyero Fernández, abre la sesión.	13347
Intervención de la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista) para comunicar que no hay sustituciones en su Grupo.	13347
Intervención del Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular) para comunicar sustituciones.	13347
Primer punto del Orden del Día. Elección de Presidente de la Comisión.	
La Secretaria, Sra. Martín Cabria, da lectura al primer punto del Orden del Día.	13347



	<u>Páginas</u>
Intervención del Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular) para proponer candidato a Presidente de la Comisión.	13347
El Vicepresidente, Sr. Reyero Fernández, somete a votación la candidatura propuesta. Es elegido don Fidentino Reyero Fernández como Presidente de la Comisión.	13347
Intervención del Presidente, Sr. Reyero Fernández.	13348
Intervención del Procurador Sr. Muñoz Fernández (Grupo Popular).	13348
 Segundo punto del Orden del Día. SC/000211.	
La Secretaria, Sra. Martín Cabria, da lectura al segundo punto del Orden del Día.	13348
Intervención del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad, para informar a la Comisión.	13349
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	13358
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	13358
En turno de Portavoces, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	13361
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular).	13364
Intervención del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	13366
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	13372
En turno de réplica, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	13373
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad.	13375
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre un turno de preguntas para los Procuradores que no han intervenido en el debate.	13377
En turno de preguntas, interviene el Procurador Sr. Muñoz Expósito (Grupo Socialista).	13378
En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Martín Cabria (Grupo Socialista).	13378
Contestación del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad.	13379
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, suspende la sesión.	13380



	<u>Páginas</u>
Se suspende la sesión a las doce horas veinticinco minutos y se reanuda a las doce horas cuarenta y cinco minutos.	13380
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, reanuda la sesión.	13380
 Tercer punto del Orden del Día. SC/000177.	
La Secretaria, Sra. Martín Cabria, da lectura al tercer punto del Orden del Día.	13380
Intervención del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad, para informar a la Comisión.	13380
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	13384
En turno de Portavoces, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	13384
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	13387
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular).	13389
Intervención del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	13390
En turno de réplica, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	13395
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	13397
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad.	13398
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre un turno de preguntas para los Procuradores que no han intervenido en el debate.	13402
En turno de preguntas, interviene el Procurador Sr. Rodero García (Grupo Socialista).	13402
Contestación del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad.	13403
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, levanta la sesión.	13403
Se levanta la sesión a las catorce horas veinticinco minutos.	13403



[Se inicia la sesión a las diez horas cinco minutos].

EL VICEPRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Buenos días a todos. Se abre la sesión. ¿Algún Grupo Parlamentario tiene que comunicar sustituciones? ¿Grupo Parlamentario Socialista?

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Buenos días. Gracias, señor Presidente. No tenemos ninguna sustitución.

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Buenos días, Vicepresidente. Purificación Pozo García sustituye a Rosa Isabel Cuesta Cofreces.

EL VICEPRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Primer punto del Orden del Día. Por la señora Secretaria se dará lectura al primer punto del Orden del Día.

Elección Presidente

LA SECRETARIA (SEÑORA MARTÍN CABRIA):

Gracias, Vicepresidente. Buenos días a todos. Primer punto del Orden del Día: **“Elección de Presidente de la Comisión”**.

Al haber renunciado a su cargo... *[Murmullos]*.

EL VICEPRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Bien. Al haber renunciado a su cargo el Presidente de esta Comisión de Sanidad, el Ilustrísimo señor don Pedro Muñoz Fernández, mediante escrito con número 766 de Registro de Entrada, en consecuencia, procede elegir Presidente de la Comisión, de acuerdo con los Artículos 40 y 34 del Reglamento de la Cámara. ¿Algún Grupo Parlamentario desea presentar candidato para ocupar la Presidencia de la Comisión? ¿Grupo Parlamentario Popular?

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Sí, señor Vicepresidente. El Grupo Parlamentario Popular propone a Fidentino Reyero Fernández.

EL VICEPRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

¿Algún otro Grupo Parlamentario desea presentar candidato para ocupar la Presidencia de la Comisión? ¿Grupo Parlamentario Socialista? ¿Grupo Parlamentario Mixto?

Procedemos a la votación. ¿Votos a favor del candidato propuesto por el Partido Popular? ¿Votos en contra? ¿Abstenciones?



Concluida la votación, los resultados son: diez votos a favor del candidato propuesto por el Partido Popular, don Fidentino Reyero Fernández, y cinco abstenciones.

En consecuencia, pues queda proclamado Presidente de esta Comisión el Procurador del Grupo Popular Fidentino Reyero Fernández, que en este momento ocupa su puesto.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Bien. Yo, sí que me gustaría, si me permiten, decir un par de cosas. La primera, agradecer a mi Grupo Político la confianza que han depositado en mi persona para desempeñar el puesto de Presidente de esta Comisión de Sanidad; se lo agradezco también al Grupo Parlamentario Socialista y al Grupo Parlamentario Mixto, al menos por la abstención que han tenido en la votación. Y sí que quisiera concederle un momento la palabra y agradecerle los servicios prestados al anterior Presidente de esta Comisión, don Pedro Muñoz Fernández.

EL SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ:

Muchas gracias. Primero, enhorabuena, y desearte, Fidentino, que tengas una... una buena Presidencia en lo que queda de legislatura.

Es una obviedad, pero lo voy a decir, solo... rápidamente, aprovechando que hoy es el Día de los Enamorados, para reiterar mi profundo afecto hacia todos vosotros, y... y recordaros que quedo a vuestra disposición en las mismas... exactamente las mismas condiciones en las que estaba como Presidente.

O sea, que muchísimas gracias a todos, en especial a los Grupos de la Oposición, que han tenido conmigo, pues muchísima benevolencia y muchísima paciencia durante todo este tiempo. Muchísimas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Muñoz Fernández. Pasamos al segundo punto del Orden del Día. Por la señora Secretaria se dará lectura del segundo punto del Orden del Día.

SC/000211

LA SECRETARIA (SEÑORA MARTÍN CABRIA):

Gracias, Presidente. Segundo punto del Orden del Día: **“Comparecencia del Excelentísimo señor Consejero de Sanidad 211, a solicitud del Grupo Parlamentario Mixto, para informar a la Comisión sobre proyecto de reestructuración de la atención médico-sanitaria en el mundo rural”**.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Lo primero, agradecer al señor Consejero de Sanidad, al Excelentísimo señor don Antonio María Sáez Aguado, que otra vez más nos acompaña en esta Comisión de Sanidad para comparecer.



Para esta primera comparecencia, tiene la palabra el Excelentísimo señor Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Muchas gracias, señor Presidente. Que usted lo presida bien, mis mejores deseos. El agradecimiento también a... a don Pedro Muñoz por el... por el trabajo que ha hecho en la... en esta Comisión, en estos... en estos años. Mi impresión, y sin formar parte de la Comisión, es que ha tenido un funcionamiento muy bueno, que ha sido dinámica, y que, desde luego, en lo que afecta a este Consejero y a su equipo, pues seguimos dispuestos a... a comparecer cuando se considere oportuno para aclarar y para debatir sobre lo que los Grupos Parlamentarios consideren oportuno.

Y, en este caso, para informar con una mayor precisión del Plan de Ordenación de la Atención Primaria en Castilla y León; un plan en el que la Consejería de Sanidad viene trabajando desde hace prácticamente dos años; y un plan que responde y tiene una idea directriz, y es la de actualizar la distribución de nuestros recursos sanitarios en el ámbito de la Atención Primaria, porque, como Sus Señorías conocen, el mapa sanitario de Castilla y León tiene algo más de veinticinco años. Este plan de ordenación no supone modificaciones del mapa, porque el mapa sanitario se mantiene (se mantienen las mismas zonas básicas de salud, con su delimitación; se mantienen las mismas áreas de salud), y lo que pretende este plan es ordenar los recursos humanos en ese mapa sanitario.

Estos recursos humanos, fundamentalmente nuestros médicos y nuestras enfermeras, que son los profesionales que básicamente integran los equipos de Atención Primaria, esa ubicación territorial es la de hace veinticinco años, incluso de las... la de los antiguos partidos médicos, hoy denominadas "demarcaciones asistenciales", que no se han modificado. Pero sí que se han producido cambios en... en nuestra sociedad, en nuestra demografía, en nuestra tecnología; y entendemos que, tras veinticinco años, es razonable adaptarnos a esa realidad, a esa nueva realidad demográfica, tecnológica y del conocimiento en el ámbito sanitario. Y eso explica este proyecto.

Por lo tanto, no se modifica el mapa, se modifica la distribución de los recursos, que deben, en alguna medida, seguir a la... a las modificaciones poblacionales, y deben, también en gran medida, mantener una presencia territorial importante.

Este proyecto ha tenido una sola... un solo criterio restrictivo, y es el de mantener la atención en su intensidad y en su frecuencia en el ámbito rural; esa ha sido la única restricción. En la última fase del plan hemos incorporado otra, y es que, con carácter general, los cambios que tengamos que realizar no supongan "despedir" -entre comillas- a ningún trabajador de la Atención Primaria; y, por lo tanto, eso ha matizado el procedimiento del plan, en el sentido que después les comentaré.

Me gustaría brevemente recordar que este plan es posible cumplir esos criterios porque la Atención Primaria en Castilla y León es la más desarrollada de todas las Comunidades Autónomas españolas, y eso permite que podamos plantearnos este plan con las garantías que antes señalaba.

En primer lugar, tienen ustedes ahí algunos... algunos datos, que me... me gustaría que reflexionáramos sobre ellos. Todos, excepto uno de los cuadros, son datos del Ministerio de Sanidad, a partir de la información que facilitamos las Comunidades Autónomas. *[El orador acompaña su exposición con imágenes].*



En primer lugar, en términos de esfuerzo presupuestario, debo recordar que Castilla y León es la Comunidad Autónoma que mayor proporción de su gasto sanitario destina a la Atención Primaria; concretamente, en Castilla y León el 17,8 % de los recursos de la Gerencia Regional de Salud, de Sacyl, el 17,8 % de esos recursos se destinan a la Atención Primaria. La media de las Comunidades españolas es del 13,8 %. Por lo tanto, en términos de esfuerzo presupuestario creo que estamos en muy buena posición; desde luego, en la primera posición de las Comunidades Autónomas españolas.

En segundo lugar, los recursos humanos, el elemento fundamental de la asistencia sanitaria. Y, también en este caso, el número de médicos y de... -veremos después- de enfermeras que trabajan en la Atención Primaria de Castilla y León es el más elevado en relación con su población. La media española es que cada médico de familia tiene asignados 1.356 pacientes a su cargo, mientras que en Castilla y León la asignación media es de 927; una diferencia sustancial, que responde al esfuerzo que desde hace años se ha mantenido en Castilla y León por mantener los recursos humanos en Atención Primaria.

Les recuerdo también que, cuando hace doce años se transfirieron las competencias de asistencia sanitaria y se transfirió el Insalud, prácticamente los recursos de Atención Primaria que llegaron nuevos a la Comunidad Autónoma se limitaban a los equipos de Atención Primaria de carácter urbano y algunos semiurbanos. La situación que hoy tenemos, tan favorable, ha sido posible porque ya, antes de las transferencias, la Junta de Castilla y León disponía de muchos profesionales en Atención Primaria, que se han mantenido, y que, sumados a los que se... fueron objeto de traspaso por parte del Insalud, nos permite hoy mantener esta situación.

Lo mismo ocurre en relación con los profesionales de enfermería en Atención Primaria: mientras que en España cada enfermera de los centros de salud tiene asignado el cuidado medio de 1.577 pacientes, en Castilla y León esta cifra se reduce a 1.153.

Por lo tanto, en ambos casos, tanto en médicos como en enfermería, nuestra situación es... está a la cabeza de las Comunidades Autónomas españolas.

Y debo decirles que además... además de esos recursos, la Comunidad de Castilla y León dispone de casi 1.000 profesionales más -médicos y enfermeras de área- de apoyo a los equipos de Atención Primaria, que no están contabilizados en esos datos, que responden a los profesionales integrados en los equipos. Como ejemplo, les diré que médicos de área, que trabajan en los centros de salud como apoyo a los equipos, disponemos en Castilla y León de 574, de manera que esa... esa cifra y esa diferencia que tenemos con los datos medios españoles todavía se incrementa si contabilizáramos esta importante dotación de médicos de área.

Por lo tanto, el mayor esfuerzo presupuestario en Primaria; en segundo lugar, las mejores dotaciones en relación con los médicos de familia y las enfermeras comunitarias; y, en tercer lugar, desde el punto de vista de las infraestructuras, la situación es similar. En España existen 10.154 consultorios locales, de los cuales 3.652 están ubicados en Castilla y León. Representamos el 5 % de la población española, aproximadamente, pero disponemos del 36 % de los consultorios locales existentes en España. Habitualmente, se considera que cómo no va a ser así, dado que nuestra... la nuestra es una Comunidad con una importante dispersión de po-



blación; pero debo decirles que esto no ocurre en otras Comunidades, incluso con grados o proporciones o situaciones de dispersión similares a la de Castilla y León.

Como ejemplo, les diré también que esa importantísima descentralización en términos de infraestructuras hace que, por ejemplo, dispongamos de 1.400 consultorios locales en núcleos de población con 50 o menos habitantes (1.000, casi 1.500, consultorios locales en esos núcleos de población) o que, fíjense, 240 consultorios locales estén ubicados en núcleos de población donde viven 10 o menos personas. Y ahí, a esos núcleos, en esos consultorios, se desplazan nuestros médicos, nuestras enfermeras, con periodicidad variable, a mantener la asistencia sanitaria en el ámbito rural.

Por eso, algunas opiniones y algunas valoraciones en el sentido de que en Castilla y León se está empeorando o se está abandonando el mundo rural, o las dificultades de la población rural para el acceso a la asistencia sanitaria me parecen valoraciones injustas y... y poco asentadas en esta realidad de los datos. Esto, Señorías, no ocurre en ninguna Comunidad Autónoma española. Si se fijan ustedes en Galicia, por ejemplo -una Comunidad también muy dispersa-, pues la Comunidad de Galicia dispone de 80 consultorios locales, además de sus centros de salud. Pero en cualquier otra Comunidad con datos de dispersión parecidos -algo menores- a la nuestra, la realidad es esa.

Por diversas razones, por la accesibilidad, por la cercanía de los recursos, la Atención Primaria en Castilla y León está muy pegada a donde vive la población. En otras Comunidades el fenómeno es distinto, son los pacientes los que acuden a los centros de salud a recibir atención. En nuestro caso, son los profesionales los que se desplazan a los núcleos, con independencia del número de habitantes que en ellos residan. Y eso, al final, tiene un resultado, y es el de la frecuentación en Atención Primaria.

También se dice -y yo creo que es un lugar común- que los ciudadanos del mundo rural tienen peor acceso a la asistencia sanitaria, por esas razones territoriales y de dispersión de la población. Sin embargo, los datos ponen de manifiesto otra realidad. En España, cada ciudadano, como media, acude 5,4 veces al año a visitar a su médico de familia (5,4 veces al año). En Castilla y León, la frecuentación -las visitas medias por habitante- es de 8,17; es la Comunidad Autónoma donde se produce mayor frecuentación en la Atención Primaria.

Pero llamo su atención sobre otro hecho, y es que esa frecuentación es distinta en el ámbito urbano y en el ámbito rural. Concretamente, en el ámbito urbano, en las zonas básicas de salud urbanas, la frecuentación -las visitas por habitante y año-, de media, es de 6, es decir, muy... muy similar a la frecuentación media que existe en España; y en el ámbito rural se duplica: el número de visitas en las zonas rurales, media, es de 12 visitas al año.

Las razones que explican esta importantísima frecuentación tienen que ver con dos factores: el primero, es un mayor envejecimiento de la población rural, pero eso solo explica una parte de esta diferencia; lo que explica con mayor intensidad esta diferencia es la cercanía, la disponibilidad y la accesibilidad de los recursos de la Atención Primaria.

En algunas zonas urbanas, con similar grado de envejecimiento que las rurales, la frecuentación no es tan elevada. Y se... de acuerdo con nuestros datos de



consultas que se realizan en las zonas rurales, cuanto más pequeños son los núcleos de población, más se incrementa la frecuentación. E insisto que el envejecimiento no lo explica, solo explica una parte de esta diferencia o de este fenómeno. La mayor parte se explica en términos de disponibilidad de recursos y de accesibilidad a la consulta de médicos y de enfermeras de Atención Primaria.

Por lo tanto, en Castilla y León nuestra Atención Primaria urbana es muy parecida a la que existe en el conjunto del Sistema Nacional de Salud -muy parecida en recursos; tenemos unas mejores ratios, pero con una diferencia relativamente pequeña- y muy distinta en el ámbito rural, en el sentido que les he señalado. Lo que nos diferencia globalmente de la Atención Primaria de las restantes Comunidades es precisamente ese empeño y ese esfuerzo que se ha hecho en el ámbito rural.

Y tienen ahí -para ir concluyendo- algunos datos de esa... de esa... equilibrio, o de ese desequilibrio -depende de cómo se quiera leer- entre la sanidad urbana y la sanidad rural. La población está distribuida, aproximadamente, al 50 %, como ven, entre zonas urbanas y zonas rurales; sin embargo, el 60 % de nuestras zonas básicas de salud son rurales, el 68 % de nuestros médicos trabajan en las zonas básicas de salud rurales, el 76 % de los centros de guardia de Atención Primaria se ubican en zonas rurales, el 76 % de los recursos de emergencias sanitarias se ubican en zonas rurales; y, desde el punto de vista del esfuerzo en inversiones, de los 350 millones que se han invertido en Atención Primaria en los últimos 12 años, del... de los 350 millones, el 63 % se han realizado en el ámbito de la Atención Primaria, en centros de salud o en consultorios locales de carácter rural.

Yo creo que esto pone de manifiesto ese esfuerzo, ese compromiso, esa prioridad que se ha dado desde hace muchos años a la sanidad, a la Atención Primaria, en el ámbito rural. Y una prueba de ello la tienen en la siguiente... en la siguiente imagen, en la que pueden ver... en la siguiente imagen, en la que pueden ver -yo creo que esto lo pone totalmente de manifiesto- cómo se distribuyen los cupos de tarjetas sanitarias en distintos tramos en las distintas Comunidades Autónomas y en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. En la primera columna se observa claramente. Mientras que en España el seis... poco más del 6 % de nuestros médicos de familia tienen 500 tarjetas sanitarias, o menos -el 6,2 %, creo, o el 6,5-, en Castilla y León el 33 % de nuestros médicos de familia tienen asignadas menos de 500 tarjetas sanitarias. Fíjense qué diferencias respecto a la situación media de las Comunidades Autónomas Españolas.

Y esto, naturalmente, el conjunto de Comunidades es muy diverso. Esto quizá tenga su lógica en la Comunidad de Madrid, que concentra la mayor parte de su población en el entorno urbano, pero si ustedes observan Comunidades más rurales, más dispersas o con mayor peso de lo rural, las diferencias son enormemente significativas. Mientras que en España el 6 % de los médicos tienen menos de 500 tarjetas, en Castilla y León es el 33 %.

Esta es una foto de cuál es la situación, y ahora me gustaría plantearles qué desequilibrios genera esta situación. Estos desequilibrios vienen determinados -como les decía al principio- por el hecho de que esta distribución, el resul... cuyos resultados son estos datos, se ha mantenido durante los últimos veinticinco años, y en este tiempo ha habido grandes cambios demográficos y de otro tipo.



Y me gustaría llamar la atención sobre dos cuestiones, para fijar el debate en sus términos más adecuados, en mi opinión.

Primero, esto no tiene que ver con la ordenación territorial, en la medida en que el mapa –como les decía al principio– se mantiene; por lo tanto, esto no cambia el mapa sanitario, las zonas son las mismas; las áreas de salud, las mismas; los consultorios y núcleos donde se hace la asistencia son los mismos. Lo que se produce es algún cambio en la... los recursos humanos que trabajan en ese territorio, en esas unidades o en esos servicios.

Y lo segundo es que frente a una idea –que yo creo que es un lugar común también– que viene a decir: como hay menos servicios en el mundo rural, la población abandona el mundo rural; yo creo que aquí lo que se pone de manifiesto es lo contrario: aquí los servicios se han mantenido sin cambios en veinticinco años (los centros, los consultorios y los profesionales). No... no ha habido modificaciones, pero sí ha habido modificaciones de la población.

Por lo tanto, aquí el fenómeno no es menos servicios en el territorio, menos población. Aquí lo que ha ocurrido es lo contrario: se han mantenido todos los servicios, pero ha habido menos población. No es este, ni soy yo, desde luego, el más indicado para hablar de estos fenómenos, que tienen otros muchísimos componentes –los que tienen que ver con los cambios poblacionales–, pero lo que sí puedo plantear con claridad es que los servicios sanitarios, desde luego, se han mantenido en el territorio, y si ha habido cambios poblacionales, las razones serán otras. Y, además, se han mantenido con tal intensidad que ponen enormes diferencias respecto a la situación de cualquier otra Comunidad Autónoma.

Y les decía que el hecho de no haber cambiado la distribución de los recursos genera situaciones de cierto desequilibrio, que pueden observar en esta imagen, en la que se representa cuál es la asignación en cada una de las áreas de salud de tarjetas sanitarias, cuál es el mínimo y el máximo en cada área de salud; es decir, en nuestro... en este caso, tiene que ver con nuestros médicos de familia, y lo que viene a decir es que en el área de salud de Ávila el médico que menos tarjetas sanitarias tiene –en este caso es un médico– son 78, y el médico que más tarjetas sanitarias tiene asignadas son 1.931. Y esta situación se repite de manera sistemática –como pueden observar– en todas las áreas de salud. Los casos extremos es que uno de nuestros médicos de Soria tiene asignada el cuidado y la atención de 54 personas, mientras que un médico de la zona periurbana de Salamanca tiene a su cargo la atención sanitaria de 2.199.

Este es el resultado –de manera un poco esquemática– de la situación, del esfuerzo que se ha hecho en la Primaria, y de la falta de adecuación de unos recursos a situaciones que han cambiado en el tiempo sin que haya cambiado la distribución de estos recursos.

Y la cuestión no es neutra, desde el punto de vista de la calidad asistencial. Nuestro médico de Soria, con 54 tarjetas, tiene una demanda asistencial muy muy limitada. Les diré que en el ámbito rural, por cada 100 tarjetas sanitarias se genera... se generó el año pasado una... con los datos de frecuentación –lo pueden ustedes calcular–, con doce visitas al año por habitante, de media, por cada 100 tarjetas sanitarias se producen, aproximadamente, 2,5 consultas al día. Quiere decir... perdón,



cinco consultas al día. Eso quiere decir que nuestro médico de Soria, con 54 tarjetas a su cargo, tendrá una demanda de 2,5 consultas al día. Esa es la realidad. En... en este caso, seguramente no sean 2,5, serán 3 o 4; en otro será menos, porque estamos hablando de cifras medias del conjunto de la población rural.

Pero esa situación, creo -y espero que Sus Señorías compartan esta idea-, no es ninguna garantía, desde luego, para la calidad asistencial en el ámbito de la Atención Primaria. Que uno de nuestros médicos solo pueda atender -porque es la demanda que tiene- 2,5 consultas al día, parece que es una situación que no apunta a la calidad asistencial en el ámbito de la Primaria, y tampoco a su desarrollo profesional, que -en mi opinión- requiere más patología, más rotación, más casos, para mantener sus habilidades, su pericia, su... su desarrollo profesional.

Debo decir de antemano, desde luego, que esta no es una responsabilidad de nuestros médicos ni de nuestras enfermeras; esta es una responsabilidad de esta Administración. Y lo digo -aunque políticamente sea incorrecto- que lo que más me extraña es que no nos hayan criticado los Grupos Parlamentarios por mantener durante mucho tiempo algunas de estas situaciones, y que parece que ahora que queremos corregirlas parcialmente, y mejorarlas, es cuando se susciten algunas valoraciones críticas.

No es neutra, desde el punto de vista del mantenimiento de la calidad, esta situación; tampoco en el caso de nuestro médico de Salamanca, que con 2.199 tarjetas, con menor frecuentación que en el ámbito rural, pero nuestro médico de Salamanca tendrá que atender todos los días 45 o 50 consultas en su jornada laboral, y eso tampoco es bueno desde la perspectiva de la calidad asistencial.

Esto creo que es el ejemplo que pone de manifiesto la necesidad de proceder a algunos cambios -pocos, limitados- en la distribución de los profesionales de la Atención Primaria.

Les decía a Sus Señorías que esto es un proyecto que hemos iniciado hace aproximadamente dos años; desde hace casi veinte meses hemos puesto sobre la mesa un proyecto en la mesa de las organizaciones sindicales, se ha discutido mucho, se han recibido muchas críticas, sugerencias, propuestas, se han modificado distintos borradores, y, finalmente, este proyecto fue aprobado por la Junta de Castilla y León, por el Gobierno de Castilla y León, ayer, como proyecto de ordenación -con rango de decreto-, con una orden. Desde el punto de vista de la tramitación es compleja, porque estamos hablando de profesionales funcionarios, pero también de estatutarios, con dos regulaciones todavía distintas, y eso ha hecho un poco más complicada la tramitación.

Pero, en cualquier caso, el criterio restrictivo -les vuelvo a recordar- es el de mantener la intensidad y la presencia de los servicios en el ámbito rural.

Desde que hemos iniciado este proyecto se nos han planteado algunas incógnitas, que yo las traslado aquí de manera un poco retórica: si nuestro médico de Soria, con 54 tarjetas, le llegara la... la edad de jubilación, cuando ha ocurrido eso en algunas circunstancias, nos hemos planteado qué hacemos; si cubrimos ese puesto de trabajo con un profesional como... de manera interina, de alguna forma estamos hipotecando la cobertura de ese puesto y manteniendo una situación que entendemos que no es buena desde el punto de vista de la calidad asistencial.



Por lo tanto, a lo que... lo que hemos hecho es que, cuando se han producido esas circunstancias, no hemos cubierto esa... ese puesto de trabajo, hemos redistribuido la atención entre los miembros del equipo de Atención Primaria y hemos incluido ese puesto de trabajo dentro de este plan de ordenación, con el objetivo de que, en su momento, esa plaza se amortiza y se crea en una zona urbana; y es lo que ayer hemos aprobado en su fase inicial e iremos desarrollando a partir de ahora.

Pero, fíjense, Señorías, que ese proceso, que hemos realizado ya en algunas zonas básicas de salud, nos ha permitido mantener la misma intensidad y la misma presencia en los centros de salud y en los consultorios locales.

Y para hacer esta... este plan de ordenación hemos tenido en cuenta varios criterios, que resumo a Sus Señorías.

Hemos analizado en cada una de las zonas básicas de salud y para cada uno de los profesionales, médicos de familia y enfermeras comunitarias, hemos analizado la población que tienen asignada, los grupos de edad de esa población, la frecuencia que se ha producido en el último año; y de ahí se deduce el número de consultas que se han producido, en su caso, los consultorios locales que deben atenderse, el tiempo de desplazamiento a esos consultorios locales. Y con eso hemos construido un modelo en el que identificamos cuáles son aquellas zonas, por una parte, de carácter rural que tienen una dimensión de profesionales por encima de situaciones óptimas, y lo mismo en el ámbito de las zonas básicas de salud urbana, cuáles son las zonas que tienen demasiada presión asistencial o que están por encima de situaciones óptimas.

Además, debo decirles que hemos añadido un criterio... tres criterios más. Primero, hemos asignado nueve minutos y medio por consulta en Atención Primaria. En segundo lugar, en las consultas que se realizan en todos los consultorios locales, con alguna excepción, tengan la población que tengan y tengan la demanda previsible que tengan, hemos considerado una hora de atención, como mínimo, en esos consultorios locales. Y en tercer lugar, hemos considerado que el tiempo de consulta y de desplazamiento a los consultorios locales no debe superar en ningún caso cuatro horas y media diarias.

Con todos esos factores... -que, como ustedes pueden comprender, son muy garantistas, porque en muchos casos, cuando se acude a un consultorio rural de... con muy pequeña población, se atiende uno o dos casos, y no siempre se necesita una hora como estándar; en segundo lugar, porque la jornada laboral es de siete horas y media, y aquí estamos asignando a las tareas asistenciales o de desplazamiento un máximo de cuatro y media- con todas esas restricciones es con las que hemos construido esta... este modelo de ordenación, que tiene como consecuencia que, a partir del decreto que aprobó el Consejo de Gobierno, se producirá... y partiendo de la situación actual, de hoy, se producirá el traslado de 73 profesionales de... de los centros de salud rurales, 73 puestos de trabajo, a los centros de salud urbano... a los centros de salud urbanos, y un número menor en enfermeras.

Para hacer explícito esta situación, yo les traía dos ejemplos. Son dos ejemplos de la situación en dos zonas básicas de salud. La primera es una zona básica de salud de Valladolid, Esguevillas de Esgueva. Es una zona en la que ya se ha producido este proceso de reestructuración; es decir, por diversas circunstancias, alguna jubilación o algún traslado, en la zona básica de salud de Esguevillas de Esgueva



trabajaban seis médicos hace un año y medio y en este momento están trabajando cuatro... cuatro médicos de familia. Por tanto, a los efectos que nos interesan, la reestructuración, la reordenación ya está hecha en esta zona básica de salud.

Y tienen ustedes ahí... y lo... yo lo traigo aquí, lo hago explícito, porque esto es público y es notorio, en los municipios y en los consultorios se sabe que al consultorio de Amusquillo el médico de familia acude los lunes, de diez a doce de la mañana, y los jueves, de diez a doce de la mañana. Esto es conocido.

Y tienen ustedes ahí una zona donde ya hemos hecho... procedido a la reestructuración, aprovechando no recuerdo si jubilaciones o traslados, en la cual se mantienen exactamente las horas de atención que se prestan en los consultorios locales y en el propio centro de salud.

Y fíjense, además, que en algunos casos con unos tiempos más que razonables para la demanda que se viene produciendo en esos consultorios. En el caso... por ejemplo, en el primer consultorio que ahí aparece, Amusquillo, tiene 77 habitantes, eso supone que se genere aproximadamente una media... una media de cuatro... cuatro casos, cuatro consultas diarias, veinte consultas a la semana, y existen una previsión de cuatro horas a la semana de consulta. Y así sucesivamente. Lo pueden observar ustedes. Pueden observar que ese criterio restrictivo de las cuatro horas y media máximo de consulta y desplazamiento se mantiene, y que las eventualidades que puedan producirse tienen perfecta cobertura ante situaciones en las que, incluso, con la holgura de dos horas de consulta en un consultorio y dos horas en otro, cualquier incidencia, avisos a domicilio, etcétera, entendemos que razonablemente, y más que razonablemente, se pueden... se pueden atender.

De esa... de esos horarios, la jornada laboral es de ocho de la mañana a tres y media de la tarde, y, por lo tanto, además, existe razonablemente tiempo para las reuniones del equipo, para actividades de formación o de otro tipo.

Y este es un ejemplo, y les puedo... se lo puedo decir de manera anecdótica, cuando yo me he reunido recientemente con las organizaciones profesionales agrarias, que habían manifestado su inquietud por... por este proyecto, después de contarles algo parecido a lo que les he relatado a Sus Señorías, yo les ponía este ejemplo como ilustración de un proceso de reordenación que ya se ha realizado y que no ha tenido efectos en los servicios que se prestan, en este caso, en el territorio de Esguevillas de Esgueva.

Yo pregunté: ¿no habrá nadie aquí de esta zona, de Esguevillas? Y un miembro... representante de las... de alguna de las opas me dijo: sí, sí, yo vivo en esa zona. Digo, pues explíquelo usted mismo; y, efectivamente, confirmaba que en su zona, en su municipio, se seguía prestando la atención como se había prestado antes, y que en los restantes, pues por lo que él conocía, no se habían modificado ni los horarios ni la presencia de los médicos o de las enfermeras. Insisto, una zona donde ya hemos pasado de seis a cuatro médicos.

Les traía otro ejemplo, pero están a su disposición los de cualquiera de las zonas básicas de salud de Castilla y León, en este caso es de la zona básica de Cistierna, en León, en la que no se ha realizado todavía este proceso de reestructuración, porque no se ha producido ninguna jubilación ni ninguna incidencia. Y en este caso podrán ustedes observar también: esta es la situación actual, en la que se mantienen ratios asignados a cada uno de los médicos muy bajos, 252 tarjetas



en dos... en dos municipios -bueno, tienen ustedes ahí los datos-; y a continuación los de esa misma zona básica de salud, la previsión, una vez que se realice esa... el proceso de reordenación. Y ustedes podrán comprobar también que en esta zona, amortizándose dos puestos de trabajo, se mantienen unos ratios y unos... y unos cupos por cada uno de los... en este caso de los facultativos, reducidos y perfectamente asumibles para el trabajo en el día a día. Tienen ustedes también los horarios de... en cada uno de los consultorios, que se mantienen respecto a los que existen en la situación actual, con esa redistribución de los... de algunos consultorios.

Y observarán que siendo esta una de las zonas... una dispersión importante, no es excesiva, en mi opinión, la asignación de consultorios locales, ¿eh? En algunos casos son uno, son... la presencia en el propio centro de salud, en dos consultorios, en tres, creo que el máximo son seis consultorios locales, con poblaciones muy... muy reducidas en muchos de ellos.

Estos dos ejemplos ponen de manifiesto, primero, una zona básica de salud donde ya se han reordenado los recursos, y donde desde hace meses se viene manteniendo la misma intensidad de la asistencia sanitaria; y otra, donde, a partir del decreto que aprobó ayer la Junta de Castilla y León, se realizará progresivamente, una vez que aprobemos la relación de puestos de trabajo y realicemos un concurso de traslados.

Estos son los datos. Yo creo que ponen de manifiesto, en primer lugar, algo de lo que creo que tenemos que sentirnos orgullosos, que es que la Atención Primaria en Castilla y León tiene un desarrollo importantísimo; que atendemos a las personas allí donde viven; que el sistema está muy adaptado a la... nuestras características territoriales; pero que tiene desequilibrios importantes.

No les he hablado de las zonas urbanas, porque parece que ahí es obvio, nadie ha hecho ninguna valoración en contra de que se refuercen estas zonas. Incluso ha habido algunas zonas donde hemos... donde ha habido pues algunas protestas y algunas movilizaciones, reclamando más recursos en zonas urbanas. Porque yo creo que eso es obvio. Y sí me he detenido más en aquellas dudas, en aquellas incertidumbres o en aquellas críticas que se han planteado, en mi opinión, con una idea demasiado general de este proyecto. Yo entiendo que cuando a un Alcalde pues se le dice que va a haber un médico menos en su zona básica de salud, o dos, pues se preocupe. Entiendo incluso que haya personas ajenas a esta cuestión que digan que con menos no se puede hacer lo mismo. Bueno, pues también se puede entender esa posición. Pero, desde luego, yo creo que quienes trabajamos en este ámbito, y estoy seguro de que Sus Señorías también, conociendo estos datos, es perfectamente comprensible que se puede hacer este proceso y se puede mejorar la asistencia sanitaria de la población que vive en ciudades grandes o en municipios grandes, y seguir garantizando una asistencia de calidad también en el ámbito rural.

Como resumen les diré que después, cuando finalice este proyecto, cada uno de nuestros médicos de zonas urbanas pasará de estar atendiendo a 1.549 ciudadanos, pasará a atender a 1.420. Es decir, como media, tendrá 129 tarjetas sanitarias menos, como media, cada uno de nuestros médicos urbanos. Y, desde el punto de vista rural, en el inicio del proceso, cada médico rural tiene... tenía asignadas 737 tarjetas, y al final tendrá asignadas 680. Es decir, 57 tarjetas sanitarias más; trasladado a impacto asistencial, dos consultas más al día, como media, tendrá después de esto, o dos y media, un... como media, un médico rural.



Yo les pido a Sus Señorías que, bueno, pongo a su disposición cualquier información que necesiten de todas las zonas básicas de salud, las... las 42, las 243 zonas básicas de salud o equipos de Atención Primaria, de cada una de las demarcaciones o puestos de trabajo de nuestros médicos y nuestras enfermeras de Atención Primaria, para, bueno, pues comprobar, analizar estos datos y comprobar el proyecto que, en resumen, pretende equilibrar cargas asistenciales, mejorar la atención en algunos ámbitos y mantener los niveles de calidad que se vienen prestando en el ámbito rural.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Consejero. ¿Algún Grupo quiere... solicita algún receso? ¿No? Bien, pues entonces continuamos. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se procede a la... a la apertura de un turno de los Portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, el Procurador don José María González Suárez.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Sí, muchas gracias, señor Presidente. Antes de iniciar con la propia comparecencia, no puedo dejar de darle la enhorabuena al nuevo Presidente de la Comisión. Y, bueno, y desear que en el trabajo común que nos falta durante... que tenemos por delante durante el próximo año y medio -estaba calculando el tiempo, más o menos-, pues que sea fructífero. Y no puedo dejar de despedir, no como compañero de esta... de esta Comisión, ni como amigo, pero sí como Presidente, a don Pedro, a quien deseo lo mejor a partir de este momento, y agradecer sus esfuerzos dialécticos desde la Mesa, y, en muchas ocasiones, didácticos, esfuerzos didácticos desde la Mesa hacia el diálogo.

Señor Consejero, gracias por su comparecencia, por informar sobre lo que ya no es un proyecto, ya es un decreto desde... desde ayer, ¿no?, referido a la reestructuración de la Atención Primaria en Castilla y León.

A pesar de que en esta ocasión el plazo de comparecencia ha sido breve, no puedo dejar de aludir a algo, que es que, lo que ha sido un borrador hasta el día de ayer, ha sido presentado por el señor Consejero, antes de aparecer por esta Cámara, en todas las Diputaciones Provinciales y a diferentes organismos, entes e interesados, a los que usted ha intentado convencer previamente. Con lo cual, al final, las Cortes han quedado en un papel muy secundario. Estando muy bien -ya digo- su comparecencia hoy, con... con esta cierta premura, sí hubiese estado bien que usted mismo hubiese pedido comparecencia en Comisión para explicar qué es lo que intentaba hacer, a partir del borrador con el que iba a otras instancias.

Como es obvio, en el típico neolenguaje eufemístico que se utiliza por el Gobierno, y que maneja muy bien el señor Consejero de Sanidad, con el que se trata de ocultar a la opinión pública naturaleza de recortes, y yo, a pesar de su explicación, que he de decir que ha sido muy didáctica, y que agradezco la pedagogía utilizada para intentar convencernos, sigo insistiendo en el tema de recortes de derechos y de servicios.



Ciertamente, utiliza ese neolenguaje de redistribuir las cargas asistenciales entre los equipos de Atención Primaria. Con lo cual, estaba pensando cuando le oía a usted hablar de ese médico de Soria –pobre médico de Soria–, sinceramente, creo que se le está haciendo un flaco favor cuando le tomamos como anécdota y como ejemplo de algo que se vende como una mala gestión, que no es del médico, es de la Administración, pero acaba siendo culpable, culpable de vivir en una zona desértica, de trabajar en una zona desértica, y de dar la impresión que ser un profesional que intenta dar respuesta, que para eso ha sido contratada, a los derechos de los pocos ciudadanos que viven en esa zona desértica es un pecado como poco, ¿no?

Su propuesta consiste en buscar una planificación de los recursos humanos, de manera que en aquellas demarcaciones del ámbito rural –como ha explicado– que tienen una carga asistencial por debajo del cupo óptimo –así lo está vendiendo usted– llevar a cabo esa reordenación asistencial.

Esta redistribución de las cargas, teóricamente –y me reafirmo en ello después de haberle escuchado– sobre el papel, lo intenta hacer sin dejar de prestar su servicio a los municipios. Así se ha comprometido en cuanto mantener número de consultorios, mantener número de horas de apertura del... del consultorio, y, además, dice de atender a factores como el envejecimiento, el aislamiento, la orografía, la climatología y la dispersión. Esto, sinceramente, a algunos nos parece la cuadratura del círculo. Y yo estoy en disposición de cuando usted... ya le pido desde ahora el compromiso de volver aquí dentro de un año a hacer la evaluación... –dentro de un año... o mejor en diciembre, porque dentro de un año estamos en campaña electoral todas y todos ya casi– entonces, yo le pido el compromiso de que en el mes de diciembre, a más tardar, comparezca aquí para hacer la evaluación de este plan y ver si usted ha sido capaz de cuadrar el círculo. Si es así, yo se lo reconoceré y le propondré a la academia de la geometría un premio por... por esta investigación realizada por usted.

La eficiencia en la prestación asistencial, con la provisión definitiva de las nuevas demarcaciones asistenciales, se va a traducir –no en la práctica, sino ya es una realidad total– a un desvío de profesionales sanitarios de unas demarcaciones que, sin querer, y así hablar de... en términos de confrontación urbana y rural. No quiero en mi intervención entrar en esta confrontación, pero es cierto que tanto usted, en este momento, cuando... como en el... los pasos que ha ido dando ante los medios de comunicación y en las sesiones terapéuticas con los Diputados Provinciales, Portavoces de las Diputaciones, Presidentes y Presidentas de la Diputación, usted sí ha aludido a esta contradicción entre lo rural y lo... y lo urbano, dando la impresión que estábamos en un problema en el que lo rural goza de todas las bondades presupuestarias y profesionales en derechos a la salud perjudicando lo urbano. Y esta no es la realidad. La realidad se ha visto plasmada hoy en la noticia surgida hoy de que Castilla y León, la Junta de Castilla y León, el Gobierno de Castilla y León, ha sido el más recortador de todos los Gobiernos de Comunidades Autónomas de este país. Y eso es lo que, sinceramente, está detrás de estas medidas, señor Consejero.

Porque viene a llover sobre mojado. Yo, en una ocasión, en el inicio de... de mi trabajo parlamentario, a usted le dije –creo que fue en público y que está en el Diario de Sesiones, pero también en privado– que quizás, sin dudar de su teórica buena voluntad en aquel momento de racionalizar el sistema, el problema es que usted, y ustedes, y su Gobierno, después de más de 500 años de Gobierno en Castilla y León, hablaban de racionalizar un sistema del que eran responsables, coincidiendo



con su compromiso de reducir el gasto público en servicios. Entonces, ese era un problema, y seguimos teniéndolo muy presente, esos recortes en los servicios públicos esenciales, como es el de la asistencia pública sanitaria.

A todo lo que pueden ser intuiciones o sospechas, debemos de añadir, pues los cambios legislativos introducidos por el Ministerio durante los últimos tiempos, por el Gobierno del señor Rajoy, que aludí a ellos ya esta semana en el Pleno de nuevo. Y en la práctica, señor Consejero, las plazas de las que usted nos habla, que... que van a ser reordenadas tanto a nivel de profesionales médicos como de profesionales de la enfermería, son plazas que ustedes van a acabar amortizando, porque ya han amortizado algunas. Y es que algunos tenemos un temor -yo lo hice explícito, ya un temor añadido, suma sobre temores, casi estamos en el rebasamiento de los temores y a punto de necesitar de un psiquiatra para que no considere esto ya una obsesión, ¿no?-, pero es que, claro, cuando ya leímos en los Presupuestos Generales de la Comunidad para el dos mil catorce que se iban a amortizar todas las plazas de jubilación en la Administración Pública, todas, las de los funcionarios como mínimo, pues esto es para temer lo que va existiendo detrás.

Porque usted perfectamente podría haber venido hoy aquí con un plan de racionalización de la Atención Primaria donde hablase que, bueno, dadas las necesidades que existen en las zonas rurales y que existen en las zonas urbanas, ustedes iban a avanzar, especialmente en la zona rural, hacia un modelo más holístico, más multidisciplinar, más pegado a las necesidades reales que tiene la población. O, incluso, podría haber venido y plantearnos, pues una reestructuración fundamentada en incrementar el número de profesionales de la enfermería, que son los que al final tienen que poner en práctica las decisiones médicas, en la mayoría de las ocasiones, para atender a nuestra población rural envejecida y con un alto porcentaje de enfermos crónicos. Pero no ha hablado de eso.

También podría haber hablado de en qué situación viven todas las ciudadanas y ciudadanos que, aun manteniendo el consultorio abierto durante esas horas que tenía hasta este momento, en las horas que no está abierto el consultorio tiene que trasladarse a servicios al centro de salud a... a recibir atención médica al centro de salud o tiene que trasladarse a un hospital. Y de eso no se ha hablado. Eso está también dentro de lo que es la reestructuración para mejorar la Atención Primaria de los ciudadanos, y no ha hablado de ello.

Por ir finalizando -antes que el nuevo Presidente me vaya advirtiéndome de que estoy finalizando mi tiempo o que me he sobrepasado-, hay otro temor, y otro temor es que los profesionales de la enfermería y del... y los médicos, la realidad, exceptuando esas cuatro horas que cada día van a ir al consultorio, teniendo en cuenta el viaje, teniendo en cuenta la hora de allí estar y teniendo en cuenta los 15 minutos -que usted no ha hablado-, media hora, a la que tienen derecho para... para tomarse su café, al final, el resto del tiempo lo van a dedicar a obligaciones burocráticas, ¿eh?, y la primera obligación burocrática es la de cumplir un horario que deviene de esa redistribución de cargas que ustedes quieren... van a hacer, en lugar de dedicarse a lo más profesional, que es dar respuesta a la necesidad de mayor dignidad, cumpliendo con el derecho a la salud de los ciudadanos.

Y ahora sí finalizo. Hay otro temor a mayores, y es que este plan tiene un carácter... un marcado carácter unilateral, teniendo en cuenta que la comisión de seguimiento -por lo menos así estaba en el borrador que ustedes proponen, que el



Gobierno propone- está dibujada ni más ni menos que en base a una composición exclusiva de miembros de la propia Administración Pública dependiente de su Consejería. Con lo cual, la Consejería va a tener permanentemente manos libres para tomar decisiones al respecto sin escuchar a los otros sectores del derecho a la salud, que son profesionales y que son también usuarios por la vía de la representación de los municipales. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Gracias, Señoría. Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, la señora Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Buenos días. Bienvenido, señor Consejero. Yo también quiero empezar esta intervención, desde luego, transmitiendo nuestro reconocimiento y afecto a don Pedro Muñoz. Por supuesto, agradeciéndole su labor y dándole las gracias, porque hay que reconocer también que usted ha sido capaz de imprimir un estilo propio y característico a presidir esta Comisión, y, bueno, pues ha sido constructivo. Así que nuestro afecto y nuestro reconocimiento. Y, por supuesto, pues felicitar a don Fidedigno Reyero y desearle mucha suerte. Y, desde luego, confío que hoy, como es el primer día, va a ser usted magnánimo en los tiempos, estoy segura. *[Murmulllos]*.

Ya, señor... iniciando la intervención del tema que nos ocupa, señor Consejero, yo le doy las gracias. Ha hecho usted un... un gran esfuerzo pedagógico, que yo le reconozco, pero que tiene usted también un papel difícil, en convencer en este tema a mucha gente. Pero, desde luego, al Grupo Parlamentario Socialista, usted sabe que tenemos una Ley de Ordenación del Territorio en Castilla y León cuyo acuerdo con nosotros pasa, y pasaba, por no tocar un solo recurso público en el medio rural hasta que estuviera definido ese mapa de servicios públicos en la Comunidad. Y qué duda cabe que los recursos sanitarios en el medio rural, pues la población los considera absolutamente esenciales. Son... no vamos a repetirlo, pero son personas mayores, personas que viven solas en muchos casos, con pluripatologías, enfermos crónicos, y eso tiene que pesar sobre ese teórico peso que le están dando ustedes a las tarjetas y a las cargas de trabajo y a las diferencias de actividad entre el medio urbano y rural.

Y, si me permite, y con todo respeto, le diré que ustedes están haciendo un gran esfuerzo, usted como Consejero y toda la Junta de Castilla y León, en querer convencernos de sus verdades a medias. Están repitiendo todos, los máximos responsables de la Junta de Castilla y León, diciendo que no se cierra ningún centro de salud y ningún consultorio. Estamos de acuerdo, eso, pues lo... lo aceptamos.

Pero insisten, a su vez, que la frecuencia y la intensidad se mantiene, y eso, sinceramente, si me permite, yo creo que... que no es verdad. Y dice que... que entenderemos, todos los que no somos ajenos a este tema, aunque entienda usted a los Alcaldes que se oponen y tal; pues yo no me considero ajena a este tema, pero tengo que decirle que con menos recursos no puede ser lo mismo ni la frecuencia, ni la intensidad, ni la periodicidad, ni la calidad de la asistencia. Se puede hacer otra cosa, pero, desde luego, no lo mismo que se venía haciendo. Y a nuestro jui-



cio, pues... pues esto, este acuerdo de ordenación del territorio, que en ese periodo teníamos que consensuar un plan de... un mapa de servicios sanitarios, pues para nosotros, de alguna forma, esto lo... lo pone en... en tela de juicio.

Y es fundamental, además, para el Partido Socialista y para el Grupo Socialista, además de fundamental, irrenunciable, que uno de los principios básicos de la sanidad pública es garantizar la... la igualdad y la equidad social en el medio rural. Y, a nuestro juicio, este es un exponente claro de unos recursos que la Junta de Castilla y León ha valorado de otra manera. Para nosotros, entendemos que sean imprescindibles para la población, aunque no estuvieran justificados por la demanda asistencial ni por la presión -que es verdad, es diferente la presión asistencial en el medio urbano y en el medio rural-, pero sí están justificados por la seguridad que dan a las personas ancianas, solas, incomunicadas, vulnerables, por lo tanto, esos criterios de igualdad y de equidad para tener garantizado en todo el territorio una atención sanitaria cercana, accesible, continua y de calidad.

Decía usted que este plan no supone modificación del... del mapa sanitario. Yo, si me permite, y puedo estar equivocada -seguramente lo estoy-, a nuestro juicio, pues esa Ley 8/2010, de Ordenación del Sistema Sanitario de Salud de Castilla y León, que organiza las áreas de salud, las zonas básicas, las demarcaciones, de alguna forma esto se modifica. Pregunto, ¿eh? -que puedo estar equivocada-, si se han modificado las demarcaciones, como el Decreto 6/2002, que, a su vez, establecía las demarcaciones sanitarias. Supongo que esto también lo modifica.

Es decir, señor Consejero, que, a nuestro juicio, pues esto modifica muchas cosas, y amortiza, crea, modifica... pero esto, pues tiene sus consecuencias. Nosotros hemos estado viendo detenidamente los diversos documentos, somos conscientes de que se ha hecho esfuerzo, se ha trabajado mucho, pero, al final, a mí me gustaría saber... conocemos todos que ayer el Consejo de Gobierno ha procedido a aprobar esta orden con... con este Plan de Ordenación de los Recursos Humanos de la Atención Primaria, pero yo quería preguntarle: al final, con el beneplácito y el apoyo ¿de quién? Porque, por la información que tenemos de la semana pasada, todos los sindicatos del sector presentes en la mesa sectorial, pues, por un lado, habían puesto el grito en el cielo, pero además estaban en claro desacuerdo; como estaban en desacuerdo los colegios de médicos, como usted ha dicho, los Alcaldes del Partido Popular, del Partido Socialista, de Izquierda Unida, las Diputaciones, los Grupos Parlamentarios en estas Cortes de Castilla y León. Luego, al final, señor Consejero, conscientes del esfuerzo que ustedes han hecho y de todo lo que han trabajado, pero sería importante conocer, a día de hoy, quiénes, al final, han apoyado este... este plan. Porque eso es muy importante, y -como decía el Portavoz del Grupo Mixto- va a significar que todos estos colectivos a los que hago referencia estaremos con lupa y con luz y taquígrafos evaluando y valorando las repercusiones que esto puede tener en la población.

Yo, como nos ha explicado usted, y hemos visto en el cuadro, tenía, con el último documento de ayer, este resumen de estos 73 profesionales médicos, y los que corresponden de enfermería, que se reducen en las áreas rurales de... de cada una de las provincias, pero, en aras a atenderme al tiempo y que todos lo hemos visto ahí, voy a pasar. Si acaso, luego le preguntaré algún dato concreto.

Pero nosotros, señor Consejero, sí que queremos transmitir, como han transmitido estos sindicatos del sector o el propio colegio de médicos, pues que estas



actuaciones en... en las plantillas, que se plasman en este plan de ordenación aprobado ayer, pues en el medio rural, de alguna forma, ya tenemos hechos consumados y jubilaciones que no se han repuesto, y que ya se han llevado a cabo. Y nos preguntamos si han primado de verdad las características especiales del medio rural, en el que justifican, a nuestro juicio, que el ratio por enfermo y médico sea inferior al de las ciudades, pues por eso que... esos criterios que decía anteriormente: porque son ancianos, porque tienen pluripatologías, porque son crónicos, porque están dispersos, porque están solos y porque están en núcleos de población lejanos y que tienen una hora o dos el médico o la enfermera, pero el resto del día se sienten inseguros y están solos, y están obligados a desplazamientos continuos si tienen algún problema de salud; como, en este caso, los profesionales tienen que desplazarse a trabajar en condiciones también diferentes y mucho más precarias que los profesionales que trabajan en el medio urbano.

Y esto, pues no podemos hacer abstracción de la cobertura por las salidas de guardia, de la falta de contratación por otras incidencias. Por lo tanto, forman un cómputo de... de incremento de cargas que, unido a la acumulación, pues deriva en jornadas laborales en muchos casos en los coches, haciendo muchos trayectos en lugar de asistencia sanitaria.

Por lo tanto, a nuestro juicio también, se han alterado las horas, los días de consulta, que son diferentes a los habituales, incluso que cambian cada semana. Y todo eso contando con que no haya una urgencia en el horario de mañana que altere toda esa programación. Por lo tanto, a nuestro juicio, es un perjuicio para determinadas zonas rurales, que, además de perder población e ir quedándose solos estas personas mayores que viven allí, pues se va a agudizar su inseguridad. Porque, no vamos a engañarnos, si antes tenían un médico tres horas cinco días a la semana, pues ahora lo van a tener tres días a la semana una hora, como usted mismo transmitía antes. Y, por lo tanto, nosotros entendemos claramente que esto para los Alcaldes, para las Diputaciones, para los profesionales y para los propios ciudadanos sea un problema.

Me ha llamado la atención que, por un lado, usted, en su explicación, decía que el porcentaje de frecuentación en... en España era de un 5,9 y en Castilla y León un 8,16, y que eso significaba que en el medio rural era hasta de... de un 12 %, o un doce algo -creo que ha dicho-; y a mí eso, señor Consejero, pues digo que... que en qué quedamos: en que los profesionales tienen poca actividad o en que los pacientes acuden con mucha frecuencia a la consulta de los profesionales, porque las dos cosas no pueden ser. Pero, en fin, yo es que creo que hay que tener en cuenta que también estos profesionales -tanto médicos como enfermeras y enfermeros- del medio rural hacen una... una labor también psicológica, y... y de escuchar, y de... y de acompañar; va mucho más allá de esos diez minutos -tan demandados y, por otro lado, justificados, en el medio urbano- de hacer un diagnóstico y pautar un tratamiento. La soledad en la que están sumidos muchas veces los ciudadanos del medio rural, pues se acercan a los profesionales sanitarios con unas necesidades que pasan esos problemas de salud y se... necesitan otro tipo de comunicación, de acercamiento y de que alguien les escuche en los múltiples problemas que tienen.

Por lo tanto, para nosotros -no sé cómo voy de tiempo, señor Presidente, ¿mal?, acabo ahora mismo- hay que entender que, cuando se recorta, pues... pues, por más que nos empeñemos, los ciudadanos no pueden verlo como una buena noticia; y



los ciudadanos del medio rural de Castilla y León, pues perciben... y, a partir de esta aprobación, constatarán que están perdiendo días y horas de esa atención médica y de enfermería que recibían.

Por lo tanto, aunque usted nos ha explicado detalladamente este... este plan como si Castilla y León fuera una potencia mundial, yo, permítame que le diga, con simpatía, que le ha aplicado usted un buen *Photoshop*, y nos ha hecho una foto idílica, retocada y muy edulcorada, olvidando que, si realmente nos preocupa la despoblación en nuestra Comunidad Autónoma, pues restringir elementos de seguridad y prioritarios, como son los profesionales sanitarios, pues no es lo más favorable para invitar a los ciudadanos a mantenerse viviendo o a volver al medio rural.

Por lo tanto, al final, pues cerraremos la llave, y ya, pues Castilla y León será una potencia en otra cosa, pero no, porque también tiene buenos ratios, pero es la más extensa de España, que se le ha pasado a usted ese pequeño dato. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Gracias. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, el señor Aguilar Santamaría.

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Buenos días, Presidente. Como no puede ser de otra manera, y aunque seamos el... el último Grupo en intervenir, dar las gracias, en primer lugar, a nuestro compañero, el anterior... Pedro, el anterior Presidente de... de la Comisión de Sanidad, por el trabajo realizado durante todos estos... este tiempo, y dar la bienvenida al nuevo Presidente, y desearle todos los éxitos en su Presidencia en... en la Comisión.

Entrando en la comparecencia, señor Consejero, darle a usted también las gracias por estar de nuevo en esta... en esta Comisión de Sanidad y en este... en este caso, para explicarnos, como también ya lo hizo en... en otra... en otra Comisión, la reestructuración de... de Atención... de Atención Primaria, ¿no?

Bueno, las características de la población a la que venimos prestando servicios sanitarios, ¿no?, en... en esta Comunidad está en... en continua transformación, ¿no? Las personas, entendemos, cambian de lugar de residencia, y su demanda asistencial, pues también varía en función de distintos parámetros, ¿no? Es por ello que... que la asistencia sanitaria que les prestamos debe adaptarse a esos cambios de una manera ágil y flexible.

Y el mapa sanitario, pues, tal y como hemos estado viendo, prácticamente no se ha modificado en estos últimos 25 años, ¿no? Y en este periodo, como decía, ha habido muchos cambios -cambios demográficos, económicos y tecnológicos- en esta Comunidad. La Atención Primaria que hoy conocemos en España se debe, en gran medida, a esa reforma realizada en mil novecientos ochenta y cuatro, cuando... y, cuando también se hizo esa gran reforma, ¿no?, también hubo... surgieron dudas, surgieron expectativas lógicas -el cambio siempre provoca estas situaciones, ¿no?- y reacciones contrarias a... a ese cambio, ¿no?, y que, sin embargo, pues han demostrado un impacto directo y positivo en la calidad de la atención clínica que en estos momentos está recibiendo la... la población.



Con esta reordenación sanitaria no se perjudica, y no se va a perjudicar –así lo hemos visto de manera clara– al mundo rural, porque se va a mantener las mismas... la misma intensidad y la misma calidad con la que se venía prestando la asistencia sanitaria; se van a mantener abiertos todos... todos los consultorios locales. Pero, eso sí, se van a equilibrar, entendemos, de manera eficiente, la carga de trabajo de los... de los profesionales sanitarios, y permitirá, además, la incorporación de otros profesionales.

Así, Castilla y León es la Comunidad Autónoma, como hemos estado viendo en todos estos datos, con mayor dotación de profesionales médicos y de enfermería en Atención Primaria; y, en ambos casos, los ratios –los ratios que se presentan en Castilla y León– son los más reducidos de... de toda España, ¿no?

Como nos indicaba claramente –entrando en los datos–, cada uno de... de nuestros médicos de Atención Primaria tienen asignadas unas 926 tarjetas sanitarias como media; en España... y en España, la media del Sistema Nacional de Salud es de 1.385. En el caso de la enfermería, pues nos ocurre lo mismo: nuestros enfermeros o enfermeras tienen asignadas 1.056 tarjetas sanitarias, con una media española de 1.577.

Sin embargo, esta dotación está desequilibrada. Eso es lo que entendemos perfectamente que es el objetivo de este decreto, por cuanto las cargas asistenciales son muy diversas; las cargas asistenciales, en términos de tarjetas asignadas, tal y como usted nos ha estado explicando en los casos más extremos.

Además, mientras en España solo el 6,5 % de los médicos tienen asignados menos de 500 tarjetas, hemos visto como aquí, en Castilla y León, son el 33,2 %, es decir, uno de cada tres; y todos ellos, además, en zonas rurales, ¿no?

Hemos visto también como el número de consultorios locales es, con mucho, el más elevado de todas las Comunidades Autónomas. Y, asimismo, la frecuentación, es decir, el número medio de visitas a... a médico de familia, como se... como se ha dicho en otras intervenciones, en las zonas rurales es de 12,38 veces al año, mientras que en las urbanas es de 6,0... de 6.01.

El principal factor que explica esta diferencia es la mayor accesibilidad de estas consultas en los consultorios locales y centros de salud, y solo parcialmente se debe a que la población está más envejecida en las zonas rurales. De hecho, en Comunidades con tasas de envejecimiento similares a... a las nuestras la frecuentación es sensiblemente inferior a la de Castilla y León.

Entendemos que se ha realizado un estudio superexhaustivo de todos los datos de cada una de las zonas básicas de salud y de cada una de las demarcaciones asistenciales, y se han identificado aquellos puestos de trabajo susceptibles de ser trasladados de zonas rurales a otras con mayor presión asistencial, en su mayoría urbanas o periurbanas. El criterio restrictivo para desarrollar este proyecto, como nos ha dicho, ha sido mantener la intensidad y la periodicidad de las consultas en los centros de salud y en los consultorios locales en los que se... en los que se prestan.

Por lo tanto, y por ello, nosotros entendemos que se garantiza con este decreto los mismos niveles asistenciales en el... en el medio rural; que se refuerzan las zonas básicas de salud del medio urbano o semiurbano, donde se está concentrando más población, con una mayor presión asistencial, con más plazas de personal médico



de Atención Primaria –enfermeros y practicantes–; que no se incrementa el gasto, en aras de garantizar la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud de Castilla y León; que ha sido un procedimiento negociado con las organizaciones sindicales; y que a lo largo del proceso se han mantenido –como también nos ha... bien nos ha dicho– reuniones con los diferentes estamentos explicando las medidas a adoptar y garantizando en todo caso que el medio rural va a continuar con el mismo nivel asistencial, que es lo que a este Grupo Popular más le preocupa. Muchas gracias, señor Consejero.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para contestar a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el Excelentísimo señor Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señor Presidente. Bien, pues yo primero le voy a contestar al Portavoz del Grupo Mixto, agradeciéndole, además, pues el... la manera en que ha... ha planteado sus dudas y sus críticas; me parece, pues bien razonable.

La verdad que asumo esa crítica, en el sentido de que tal vez había tenido que venir antes a esta Comisión. He venido... creo que su... su petición de comparecencia se calificó la semana pasada, y yo le he pedido al... al Presidente de la Comisión poder hacer esta comparecencia hoy. Se podía haber hecho antes... pues tiene usted razón. Tal vez el Grupo Popular, el propio Mixto o el Socialista lo podía haber planteado, y yo a iniciativa propia. Pero bueno, estamos hoy aquí.

Yo creo que no he planteado ningún neologismo en lo que... en mi intervención anterior, aquí no hay neolenguaje. Usted dice que es que parece que con el neolenguaje y la pedagogía se... se ocultan las cosas. No, mire usted, yo... además es que he dado muchos datos, y cuando se... se dice que cien, cien son cien, se diga como se diga, ¿no?

Por lo tanto, yo creo que... que esa foto, que es la realidad de la Atención Primaria, es la que explica... –más allá de la pedagogía a la que usted hace referencia, o a la que alude– y, con carácter general, me parece que cuando dice usted: es que va a hacer la cuadratura del círculo... A mí me encantaría ser académico de la academia de geometría, a propuesta suya, pero es que eso es perfectamente posible, y le he puesto un ejemplo –y hay más– de cómo dos médicos menos en una zona básica de salud, donde había seis, asumen sin problemas la asistencia en los mismos términos que se viene planteando.

El otro día, con algún compañero suyo de la Diputación de Valladolid, cuando yo se lo... se lo enseñaba, precisamente, uno de los dos Diputados de... de la Oposición había trabajado en esa zona –la conocía perfectamente–, ¿y sabe usted cuáles eran las... al final, las dudas? Las situaciones excepcionales. Algo parecido he querido entender a la Portavoz del Grupo Socialista, que ha estado un poco tibia en las críticas, y tal vez, al final, lo que dice es: bueno, en fin, esto no nos termina de convencer; el problema aquí es cuando se producen incidencias (cuando hay bajas, cuando hay libranza de guardia, etcétera). Bien. Bueno, entonces acotemos eso, y después haré algunos comentarios al respecto sobre ese tipo de situaciones, pero, con carácter general, aquí no se trata de cuadrar el círculo.



¿Qué quiere decir esto? Pues que teníamos recursos en el territorio que estaban pensados para situaciones de hace veinticinco años, y que, como la situación ha cambiado, esos recursos hoy nos permiten hacer lo mismo con algo menos; así de claro. Y estamos haciendo lo mismo en Esguevillas de Esgueva, y en otros muchos sitios, lo estamos haciendo ya con menos profesionales.

¿Eso quiere decir que esta Administración lo ha gestionado mal? Pues seguramente sí, y por eso yo les animaba antes a que me criticaran eso; no esto, eso, el haber mantenido durante mucho tiempo situaciones con muy baja carga asistencial. Pero esa es la realidad, y yo lo asumo.

Otros dos comentarios globales. Aquí no es el debate entre lo urbano y lo rural. Por cierto, que algunas zonas que se refuerzan no son urbanas. Concretamente, en Valladolid hay una -la zona de salud de Íscar- y en León hay dos -una en el Órbigo y otra en Bernesga- que reciben profesionales, porque por las razones de su dotación y de la evolución de su población así... así parece recomendable. Si eso hubiera sido un poco más amplio, podríamos decir que el debate aquí no es entre lo rural y lo urbano, sino entre unos recursos que hay que distribuir de una manera un poco más equilibrada.

Usted vincula también la reordenación con los recortes. Bien. Desgraciadamente, en estos tiempos, cualquier medida que se adopta por parte de una Administración en los servicios públicos, e incluso... y especialmente en los servicios de... de carácter social, en la sanidad, en la educación o en los servicios sociales, tiende a percibirse como un recorte, como un riesgo de recorte.

Bueno, pero yo creo que eso es inevitable. Nosotros hemos planteado con claridad cuáles son las medidas de ajuste, de recorte o de ahorro, y, con carácter general, esta no forma parte de esas medidas, sino de mejorar el funcionamiento de la Atención Primaria, utilizando recursos que estaban poco utilizados donde tenemos más necesidades de utilizarlos, y a veces, y a veces, la posición inmovilista termina afectando a la viabilidad de las cosas; si nosotros fuéramos inmovilistas -como usted, en otros temas, le he dicho alguna vez que me parecía, incluso conservador, que no quería hacer cambios-, si... si nosotros mantuviéramos la situación que tenemos, me parece que estaríamos perjudicando al servicio sanitario público. Porque la pregunta es: ¿tenemos que mantener a nuestro médico de Soria con 54 tarjetas? Yo creo que nadie lo puede aceptar, nadie. ¿Hasta dónde debemos llegar a la reordenación? Bien, eso lo podremos discutir. ¿Cuáles son los cupos óptimos? Lo podremos discutir. ¿Qué factores se deben tener en cuenta? Lo podemos discutir; yo lo he hecho aquí, lo he hecho explícito y claro.

A veces se dice: bueno, esto, podría estar bien, pero no hay que olvidar que las zonas rurales tienen otras características. Claro, el otro día se lo explicaba a algunos Diputados Provinciales de León, que cómo... cómo no lo... claro que lo tenemos en cuenta. Es que... y les ponía ese ejemplo: en la zona básica de salud de Riaño viven 1.432 personas, 1.432; teníamos seis médicos y vamos a tener cinco. Esa es su reordenación. Y les decía: con cinco médicos vamos a atender a 1.400 personas. En León capital, un médico atiende a 1.700. Esa es la diferencia entre las necesidades rurales y las urbanas, claro, y a esas atendemos. Pero a veces se dice: quizá esto, pero nunca se olvide que lo rural... Y a partir de ahí se mantiene la crítica a que estamos reduciendo servicios en el mundo rural. No, señores: cinco médicos atienden a la misma población que en León capital atiende uno, porque deben responderse a



las... a las situaciones del mundo rural, y por eso hay cinco; si no, habría uno y uno, pero la diferencia es que mantenemos cinco y uno, precisamente atendiendo a esas características.

Decía usted alguna otra cuestión sobre las jubilaciones. En el ámbito sanitario, desde luego, la tasa de reposición de jubilaciones es muy superior a ese 10 %. Precisamente cuando se planteó se... se decía que con excepción, al menos, de los servicios sanitarios -y yo no sé si algunos otros tipo de servicios-, pero esa tasa se ha... se ha superado con creces. Nosotros lo que hemos hecho es hacerla selectiva: si nuestro médico de Soria se hubiera jubilado, no hubiéramos repuesto esa plaza, pero, desde luego, cuando nuestro médico de Villaquilambre, o de Gamonal, o de Laguna, o de Santas Martas, se jubila, claro que lo hemos repuesto, y habrá ahí un interino haciendo ese trabajo, pero no en el caso de nuestro médico de Soria.

Hablando de nuestro médico de Soria, debo de decir que, desde luego, en ningún caso, en ningún caso, puede plantearse esto como ninguna responsabilidad de los médicos -lo he dicho claramente; creo que usted también-; los médicos hacen... desarrollan su trabajo donde lo organizamos, y, desgraciadamente -yo no he tenido la oportunidad de hablar con nuestro médico-, yo creo que es... la responsabilidad es mía -lo digo así de claro-, no suya, de ninguna de las maneras. Y muchos médicos nos están pidiendo más carga de trabajo, por razones evidentes.

Por lo tanto, vamos, cualquier atisbo de que con esto se está diciendo que los médicos trabajan poco o cosas de este tipo, esto no es así, porque la organización, salvo algunas cuestiones internas de los equipos, no es su responsabilidad, es la nuestra. Por eso yo me gustaría que al final de este debate desembocáramos en una crítica, insisto, por haber mantenido estas situaciones y no por intentar equilibrarlas y corregirlas.

Lo que no puedo compartir con usted es que la solución a estos problemas sea el incremento de profesionales. Usted hace una pirueta y termina diciendo: sí, pero la ordenación podía haber consistido en poner más profesionales de enfermería y en otras cosas. Yo creo que, a la vista de los datos, si somos los que más profesionales tenemos, si nuestra carga es reducida, creo que no tendría sentido incrementar el número de profesionales en las zonas rurales, en mi opinión ningún sentido, porque estaríamos utilizando mal los recursos.

Y dice usted: es que, claro, el consultorio está abierto un tiempo, unas horas, lo que sea, pero el resto de las veces hay que ir al centro de salud. Claro. Yo espero que... -algo parecido decía la Portavoz del Grupo Socialista hablando de otras funciones, además de sus funciones como médicos y enfermeras- pero espero que eso no... no nos lleve a proponer que volvamos al esquema del médico de pueblo anterior a la reforma de la Atención Primaria, porque a veces parecería deducirse eso. La solución que hay a eso es volver a ese modelo, que había un médico 24 horas al día, con un maletín, que tenía una jeringa, unos inyectables y un fonendoscopio, y se pasaba 24 horas al día -creo que alguna persona que está aquí ha hecho eso-, y, desde luego, el cambio, en términos de calidad, que supone el modelo de Atención Primaria me parece que es que no tiene ningún color, y no sé si merece la pena detenerse mucho en esto... detenerse mucho en eso.

Por lo tanto, no veo... no veo yo esa cuestión, insisto, en la Comunidad Autónoma más descentralizada desde el punto de vista de la Primaria. Es que esto que



usted decía, me parece razonable que se plantee en Andalucía, en Extremadura, en Madrid, en Castilla-La Mancha, en Cataluña, en el País Vasco, pero plantearlo en Castilla y León me parece que no es el lugar más adecuado, cuando vemos que eso, que nuestros médicos y enfermeras están acudiendo a cualquier núcleo de población, con independencia de su... de su tamaño y de sus dimensiones.

Y un último comentario, en la comisión de seguimiento -esto es una cuestión un poco formal-, como los sindicatos no han suscrito este acuerdo, lo habitual es que participan en su comisión de seguimiento quienes lo suscriben. Por lo tanto...

Pero bueno, yo le digo dos cosas. Yo, desde luego, me comprometo a venir aquí, tal vez no en septiembre, para evitar el efecto verano, sino en octubre, y hacer una revisión de cómo ha evolucionado esto.

Le digo también que vamos a remitir a los Alcaldes de aquellos municipios que tengan consultorios locales información sobre ese tipo de horarios, para que ellos también nos ayuden a explicar esto y a... y a mantener este modelo y las cosas en los términos en las que están, y que, desde luego, cualquier otra información sobre el contenido del proyecto concreto le remitiré a usted algún detalle de cómo hemos analizado cada zona básica de salud, en horarios, en desplazamientos, en horas de consulta, en tiempos máximos, en cupos óptimos, para que compruebe que está muy muy analizado, pero que cualquier otra cuestión pues yo, desde luego, estoy dispuesto a revisarla en el sentido que sea.

Y le diría a la señora Martín que, bueno, primero una cuestión, lo que plantea la Ley de Ordenación y el acuerdo que suscribieron el Partido Socialista y, bueno, y la moción que se planteó aquí en esta Cámara es el mantenimiento de los servicios en el territorio. Usted hace también otra piroeta y dice: ya, dice que... que eran mantenimiento de los recursos en el territorio. Yo le digo: el mapa se mantiene, los recursos se mantienen, los servicios, los centros de salud y los consultorios. El que en un equipo de Atención Primaria trabajen doce personas, doce médicos, o diez, once, eso es una cosa distinta, distinta. Me parece obvio. A mí me parece que el compromiso que existía es que se mantengan los servicios en el territorio. Y es al que seguimos, lógicamente, comprometiéndonos con este proyecto también porque se van a mantener y porque en algunos ejemplos, en este caso de Esguevillas, pero tenemos muchos, con este proceso se mantienen en el territorio. Por tanto, yo creo que ahí no hay... no debería haber mucho debate.

Y se mantiene la frecuencia y la intensidad. Usted parece que lo duda. Pues yo le digo que en el... en ese ejemplo y en otros muchos, se mantiene la frecuencia y la intensidad. Y que, efectivamente, pueden haber cambiado horarios, porque, efectivamente, cuando donde había seis hay cuatro, para atender con la misma intensidad, a veces se modifican los horarios, y donde empezaba la consulta a las diez, se empezará a las nueve, o las modificaciones que se hayan planteado.

Ha hecho, después, usted algunas valoraciones que... que tampoco comparto exactamente. Dice que en el mundo rural hay situaciones en que hay que mantener los recursos, porque son imprescindibles aunque no estuvieran justificados por la necesidad asistencial. Yo ahí comienzo a tener dudas y a no compartir exactamente su planteamiento. Porque, al final, parece que usted lo que quiere o lo que ha venido a decir es que nuestros médicos, además de su trabajo como especialistas en medicina de familia, o nuestras enfermeras comunitarias, hagan un trabajo creo que usted



incluso decía de... de atención o de apoyo social, que es un trabajo que está incorporado ya a su... a sus funciones. Pero, desde luego, me parece que pretender justificar que nuestro médico de Soria se mantenga porque hace una función social, estamos hablando de otra cosa, Señoría. Un especialista que hace seis años de... de licenciatura de grado, cuatro de especialidad, no es el profesional más adecuado para hacer apoyo social; sí está entre sus funciones. Y, sobre todo, si usted le mantiene por encima de las necesidades asistenciales y, por lo tanto, por encima de su competencia profesional, creo que estamos... estaríamos cometiendo un error, porque ahí se plantea un problema que tiene que ver con la ecuación calidad-descentralización.

Me salgo de la Primaria y me voy a la Especializada: no por tener los servicios muy cercanos, muy accesibles, son de mejor calidad. Sin ninguna duda que esto no es así. Y cada vez más sociedades científicas y expertos recomiendan que debe haber un mínimo de concentración de actividad, en función de la especialización, que garantice la calidad y la seguridad. Y aquí hemos tenido debates, por ejemplo, sobre la radioterapia, y yo he intentado explicar que, a veces, cuando los ciudadanos no lo comprenden que por qué tienen que desplazarse a otro hospital para recibir radioterapia, hay, a veces, razones técnicas de concentración de número mínimo de casos que tienen que ver con la calidad y la seguridad. Y esto, trasladado al ámbito de la Primaria, tiene mucha importancia. Nuestro médico de Soria no puede seguir haciendo dos consultas y media o tres al día -ese es el resumen-, por mucha función social que añadiera eso a su trabajo. Yo lamento decirlo así con esa claridad, pero me parece que, desde el punto de vista, ¿eh?, profesional, eso no podemos sostenerlo con ese argumento.

Le diré a usted que el Consejo de Colegios de Médicos de Castilla y León considera oportuna este proceso de reordenación. Yo ayer he estado reunido con su presidente y con ocho... siete presidentes de Colegios Provinciales y así me lo han planteado. Y creo que hay un comunicado, que no sé si se ha emitido o no. Cuestión distinta es que digan, además, otras cosas: que se cuente más con los colegios profesionales, por ejemplo, me parece muy bien.

Y fíjense qué curioso lo que dicen, precisamente apelan a esta cuestión de... de lo que ellos llaman -entre comillas- "exceso de descentralización", y lo que vienen a decir que, en términos de calidad, debería intentarse concentrar un poco más la atención en los centros de salud y no descentralizarla tanto, de manera que los médicos acudan a demasiados sitios, porque los recursos se concentran en el centro de salud, y eso genera algunas garantías de calidad; eso me explicaron ayer.

Pero cuando yo les planteaba, ayer mismo, ¿pero creéis que es razonable que un médico tenga 50, 100 tarjetas, 150? Me decían: esto no es razonable, y, por lo tanto, la reordenación entendemos que debe realizarse. Y a partir de ahí hacían otras valoraciones sobre este proyecto y sobre otras cuestiones.

Y creo que no... no me ha entendido muy bien cuando he planteado las diferencias respecto a la frecuentación. Parece que me decía: ¿cómo dice usted que... que los profesionales tienen poca actividad y que, a la vez, los pacientes acuden mucho, en el mundo rural, a las consultas? Oiga, pues porque hay muchos. Esto es así. La frecuentación duplica... la frecuentación rural duplica a la urbana. Esto es así. Y aun así, porque tenemos muchos médicos en las zonas rurales, los profesionales tienen poca actividad. Claro, yo creo que el esquema es claro.



Y... y insinuaba antes que precisamente si la frecuentación es el doble, en parte es debido a la cercanía, a la proximidad y a la flexibilidad que tiene nuestra Atención Primaria, y en otra parte al envejecimiento mayor de la población del mundo rural. Pero... pero claro que son compatibles los dos criterios. Los pacientes son más frecuentadores en el mundo rural, acuden más y, a la vez, los profesionales rurales tienen menos actividad. Eso es lo que explica precisamente la necesidad de la reestructuración: porque tenemos muchos y, aunque la frecuentación es muy importante, tienen menos actividad. Y, por lo tanto, con alguno menos vamos a poder atender las necesidades y... que derivan de esa frecuentación.

Hablaba usted de la labor psicológica de acompañamiento de los... de los profesionales. Yo ya se lo he dicho: me parece importante, creo además que hay que incorporarla en los currículum de medicina y de enfermería, pero... pero eso no puede justificar las 54 tarjetas por médico. Así de claro, creo... porque sería un error desde el punto de vista, insisto, profesional y de la calidad. Aparentemente quedaríamos muy bien manteniendo esas situaciones, pero creo que en el medio plazo es un error en términos de calidad asistencial.

Y le diré que Castilla y León es potencia mundial en varias cosas, pero el que yo lo diga no... no me lo achaque usted a que... como si yo estuviera diciendo algo exagerado. Por ejemplo, somos potencia mundial en donación. España es el país primero del mundo en donaciones y Castilla y León la primera Comunidad de España. El día que yo se lo diga, no me diga como que estoy exagerando las cosas. Yo no he pintado un panorama idílico de la Primaria en Castilla y León, son los datos. Y hay más datos todavía, ¿eh?, y se pueden interpretar de una manera todavía más positiva algunos de ellos. Pero es que es la realidad, Señoría, es la realidad, no es un panorama idílico; y, por lo tanto, yo he pretendido comentarlo y... porque, en mi opinión, explica que esa situación muy favorable de la Atención Primaria nos permite precisamente hacer este... este plan de ordenación.

Y... y lo siento, pero mis competencias no son la de la seguridad, la seguridad en términos de la sensación de estar atendido. Mis competencias son... van mucho más allá de la seguridad. La... sí a la seguridad entendida como la garantía de una atención sanitaria de calidad, que además no tiene efectos negativos sobre los pacientes. Y me da la impresión, además, que a veces alimentamos el debate de una mayor exigencia en la atención sanitaria rural en la Comunidad que la presta con más intensidad. Le digo lo mismo que al Portavoz del Grupo Mixto: donde... parece que son ustedes como los curas que riñen a los que... a los que van a misa. Mire usted, si la gente tiene que ir a misa, que vaya, y si el cura tiene que reñir, que riña al que no va a misa, no al que va.

Y yo creo que aquí tenemos la Atención Primaria más descentralizada, y hay cuestiones que aparentemente se podrían mejorar, pero que desde el punto de vista técnico son problemáticas. No podemos tener más recursos en esas zonas, porque estaríamos cometiendo... reproduciendo errores que hemos cometido en el pasado.

Y a don Jesús Aguilar, Portavoz del Grupo Popular, pues sobre todo agradecerle el apoyo. Y trasladarle también otra idea: nosotros nos hemos comprometido -y lo vamos a mantener- a que no se van a dar pasos atrás en el mundo rural. Y creo que todo lo que hemos planteado aquí nos sitúa en unas condiciones, en el sentido de que las vamos a hacer posible y las vamos a mantener en el tiempo.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):**

Muchas gracias, señor Consejero. Para un turno de réplica, por el Grupo Parlamentario Mixto tiene la palabra el señor González Suárez, por un tiempo máximo de cinco minutos.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Señor Consejero, gracias de nuevo por sus explicaciones y por su réplica. Me va a permitir que clarifique algunas cuestiones.

Primero, mi intervención, he de decirle que al llegar y ver la parafernalia audiovisual dije: ¡ah, pues qué bien!, me parece bien, ¿no? Al ver que de la parafernalia audiovisual, que siempre es positiva, te ayuda a ver, incluso a interpretar, casi mejor que el papel, cuando vi el título, “Plan de Ordenación de Atención Primaria”, pensé: bueno, el señor Consejero se ajusta un poco a la comparecencia y además vende que no está tocando los recursos humanos. Lo digo porque la comparecencia era reestructuración de la atención médico-sanitaria en el medio rural; el borrador con el que usted ha ido por ahí se titulaba “Ordenación de recursos humanos para la reestructuración a la Atención Primaria”, y he de decirle que a mí me gusta mucho ese: Plan de Orientación... de... de Ordenación de la Atención Primaria.

¿Y por qué le digo esto? Le digo esto porque mi intervención ha tenido que ver con esa titulación que usted hace en el día de hoy, porque la Atención Primaria yo he de reconocer que no es tan positiva como algunos demandamos, y no es supernegativa, pero debemos avanzar. Y en la ordenación de la Atención Primaria o en la reestructuración de la atención médico-sanitaria que yo planteaba en la comparecencia estaba el mejorar la respuesta al derecho a la salud de los ciudadanos en las zonas rurales, que por eso lo planteaba, y yo entiendo que con esa titulación, de todos.

Y entonces, ¿que alguien con 54 cartillas no está respondiendo a lo positivo? Yo no se lo voy a negar. No culpa suya... culpa suya, sí, señor Consejero, no de él. Le agradezco que haya asumido esa parte de la culpabilidad.

Pero la ordenación de la Atención Primaria tiene que estar... lo que va a mayores. Y lo que va a mayores -por si acaso le voy a responder-, yo no planteo que... que volvamos al sistema de un médico 24 horas en cada pueblo, para nada. Yo lo que he planteado es una ordenación de los recursos, incrementando los recursos humanos, y he hablado del sector de enfermería. ¿Por qué? Porque el sector de enfermería tiene un papel superimportante en nuestro sistema, un papel que debe ir a mayores en nuestro sistema, y sobre todo en las zonas rurales, sobre todo en las zonas rurales. Porque yo entiendo que... perfectamente que, bajo la dirección y tutela del médico, la enfermería debiera hacer un papel de prevención superior al que hace, y puede hacerlo. En alguna Comunidad Autónoma se ha puesto en marcha, como prevención; pues si en nuestras zonas rurales hay un importante número de población envejecida, se puede hacer un trabajo de prevención con esa población hacia lo físico y hacia lo mental, educando o haciéndoles recordar lo que hacían cuando tenían 50 años y no hacen con 70, desde el punto de vista de la alimentación, desde el punto de vista del aseo, desde el punto de vista... desde muchos puntos de vista. Y hay Comunidades Autónomas donde hay un plan de intervención en esa línea, en estos momentos. A eso me refería yo. Pero también me refería a todo lo que tiene que ver con aplica-



ción y seguimiento de los tratamientos, incluso el farmacéutico que... que el médico receta, a domicilio. En nuestras zonas rurales a veces es absolutamente necesario.

Y en el Plan de Ordenación de Atención Primaria debe entrar algo a lo que yo aludí, y usted me lo ha llevado al médico en el pueblo las 24 horas. No, no, yo aludo a la dificultad que tiene nuestra población dispersa en la zona rural, y envejecida, para asistir, acudir a un centro de salud, en muchas ocasiones. Que una persona que vive en Cofiñal, y tenga que trasladarse al centro a Boñar para ser atendido, porque, lógicamente, el médico no le puede atender en el pueblo, resulta que, o bien el hijo que vive en Cofiñal, cerca de ella, pide el día y pierde un día de trabajo, o bien el hijo que tiene jubilado en Segovia, va de Segovia a Cofiñal a llevarla. La otra solución es un taxi, y que la madre vaya sola de Cofiñal a Boñar, y que allí veremos lo que pasa. Esta es una realidad, y a eso hay que responder.

Igual que hay que responder para mejorar la Atención Primaria, algo de lo que no hemos hablado... usted no ha hablado aquí, que es lo de las unidades móviles medicalizadas. Supliría perfectamente muchos desplazamientos a centros de salud, pero perfectamente. Porque algunas urgencias llegan al centro de salud y se podrían haber atendido, siendo urgencia, en el punto... en el mismo lugar donde vive la persona, y en unas condiciones mucho mejores, porque igual en el traslado de la persona desde... -voy a tomar Reyero ahora, en honor al Presidente- de Reyero a Boñar -pero voy con la zona, me he levantado yo con la obsesión de esa zona-, de Reyero a Boñar, pues resulta que... que el taxi que la llevaba pues no puede soltar el volante para atender el problema que tiene, por ejemplo, ¿no? -puedo estar exagerando-. Pero todo eso ayuda a mejorar la Atención Primaria.

Y ayudar a mejorar la Atención Primaria es ayudar a nuestros conciudadanos y conciudadanas a ir ganando en dignidad en su vida, e ir ganando en derecho a la salud, que es una parte de la dignidad de su vida. Y lo contrario es recortar derechos. El no aplicarlo es recortar derechos.

Nada más. Señor Consejero, le tomo la palabra de que en el mes de octubre nos vemos aquí, ¿de acuerdo? Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para un turno de réplica, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Voy a hacer un matiz, con todo respeto y cariño, al Portavoz de Izquierda Unida. Comparto plenamente ese peso que hay que dar a la enfermería, a las enfermeras, en el medio rural, y supongo que no es esa la intención, pero ha dicho ahí un matiz, que las enfermeras tienen mucho que hacer en la Atención Primaria, bajo la dirección y la tutela de los médicos. Solo aclarar que la enfermería es una disciplina con un desempeño propio de cuidados, y sobra la tutela y la dirección. Quiero decir que eso no estaría acorde con el desempeño de los tiempos. Otra cosa es aplicar los tratamientos, que... que por supuesto; pero nos... se complementan. Es un matiz que seguro que... no sé si lo he interpretado mal, pero es que lo de la tutela y la dirección me ha sonado a unidades de gestión clínica.



Entonces, ahí el... señor Consejero, mire, me ha preocupado, porque parece que le ha contestado usted al Portavoz de Izquierda Unida que como los sindicatos no han apoyado este... este documento, esta orden, pues que la evaluación la va a hacer usted solo. Y, entonces, eso es muy preocupante. Yo le diría, en ese caso, que no nos eche tanto azúcar como hoy, porque, al final, vamos a tener aquí todos un exceso de glucosa -ya que estamos en estos términos-.

Y, mire, me decía... -creo haber entendido- que ha dicho usted que era tibia en mis planteamientos. Y yo... yo no voy a entrar a esa maestría que tiene usted para provocar, ni a ponerme de los nervios. *[Murmullos]*. Le voy a decir tranquilamente que no le quepa la menor duda que el Grupo Parlamentario Socialista rechazamos, sin matices, cualquier recorte en el medio rural. Y le voy a pedir que medite, porque usted sabe muy bien que tenemos ese acuerdo para que... haber pensado antes que usted ha modificado unilateralmente el no tocar un solo recurso de los servicios públicos en el medio rural mientras no acordáramos ese mapa sanitario para toda la Comunidad.

Por lo tanto, usted ha eludido, a mi juicio, ese compromiso con nosotros, pero, además, en contra de los sindicatos del sector, de los profesionales, de los Alcaldes, del equipo B del Partido Popular, porque el equipo A parece que lo apoyan, y el equipo B lo critican. En fin, son consecuencias de esa transmutación después de ese fin de semana intenso aquí de la convención del Partido Popular. Bueno, pues... pues no lo sé.

Pero, desde luego, a mí, que lo vayan a evaluar ustedes solos me inquieta, porque yo deduzco que esto ya son hechos consumados. Esto se ha aprobado, se va a poner en marcha. Y, entonces, pues yo le digo que no estamos conformes; que haremos un seguimiento riguroso, vigilante y estricto -como decía el Portavoz de Izquierda Unida-, que habrá que evaluar aquí las consecuencias, y si es verdad que se mantiene la intensidad, la frecuencia y la calidad, la repercusión en los ciudadanos del medio rural, y la repercusión en las condiciones laborales y la facilidad o no del desempeño para su función asistencial de los profesionales.

Y, mire, es que no se mantiene la frecuencia ni la intensidad cuando antes se iba lunes, martes, miércoles, jueves y viernes cuatro horas, y ahora se va lunes y miércoles una hora y media, eso es diferente. ¿O cómo me va a convencer a mí que es lo mismo? No lo sé, a ver, dígamelo.

Porque, al final, claro, de alguna manera sí que se modifican las demarcaciones, porque son 52 demarcaciones médicas en dos años, hasta el dos mil quince -he entendido, a lo mejor estoy equivocada-, y seis de enfermería, las que van a desaparecer cuando los titulares se vayan jubilando. Por lo tanto, está claro que esta reestructuración se ha basado únicamente en el ahorro y en los criterios económicos, es decir, en los recortes.

Y, mire, señor Consejero, yo a lo que me refería que en el medio rural mantener los recursos, aunque según los cálculos con los que usted trabaja no se justifiquen con esos parámetros de la presión asistencial -digo al peso-, nunca van a poder ir los mismos... 40 ciudadanos en el medio rural como en el medio urbano. Pero es que no es lo mismo. Y, según decían ustedes, se han valorado la dispersión, el envejecimiento, los crónicos, las características del medio rural. Pues si lo valoran, valórenlo.



Y, mire, dice que... que no hay que hacer esa labor social, que yo me estoy confundiendo, que no sé qué. Mire, cuando un médico o una enfermera del medio rural va a un domicilio, a una pareja de ancianos, a hacerle una cura o a poner una sonda vesical al marido, y cuando te vas la señora se pone a llorar y cuenta mil problemas, ¿qué la digo, a mí no me llores que esto no entra en mi presión asistencial?, ¿qué le digo? Le tendré que escuchar, o le digo no, no, no, aquí... hasta aquí, esto no entra. Señor Consejero, usted sabe que la realidad es esa. Que, a lo mejor, van a hacer una función asistencial, y surgen otros veinte problemas, y entonces pues tienen que estar allí un rato escuchando. Y eso no significa que queramos el médico del tardo-franquismo allí 24 horas, no.

Pero, además, no olvide usted, que es que tampoco se trabaja en Atención Primaria del medio rural, por más que somos esa gran potencia, con los... con las mismas características en el medio rural que en el medio urbano. En el medio urbano tienen pues muchas más facilidades por... para todo.

Por lo tanto, señor Consejero, nosotros entendemos que estos son recortes y van a deteriorar la intensidad, la frecuencia y la calidad de la asistencia en el medio rural. Y esto habría que haberlo... porque nosotros no es que digamos que no a utilizar los recursos adecuadamente, pero -como decía el Portavoz de Izquierda Unida-, si realmente hay un gran peso asistencial en el medio urbano, y como dice ahora la Ministra que la economía va viento en popa -y lo dice también el señor Montoro-, entonces habrá que crear a medias un poco a cada uno; pues creemos empleo en el medio urbano, y adecuemos la actividad asistencial en el medio rural.

Ustedes han vendido a bombo y platillo una estrategia de crónicos que habría que potenciar si realmente -según su criterio, y no digo que en muchos casos no tenga razón- hay una baja actividad en determinados profesionales, en determinadas zonas. Pues vamos a darle más contenido y más actividad, y a mejorar la asistencia que se presta a todos estos enfermos crónicos en el medio rural y no a llevárnoslos en el medio urbano, que en el medio urbano está todo el mundo mucho más acompañado. Y eso se lo digo de verdad.

¿Me queda algo de tiempo, señor Presidente? ¿No? ¡Ah! Pues nada, entonces, muchas gracias ya.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Gracias. Para un turno de réplica, por... No lo va a utilizar. Muy bien. Pues, para un turno de dúplica, tiene la palabra el señor Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señor Presidente. Bueno, pues yo creo que, como se han repetido algunas... alguna de las... argumentos y de las reflexiones, yo intento contestar a las cosas nuevas, especialmente al Portavoz del Grupo Mixto.

Desde luego, yo no pretendía hablar de... de la situación de otros aspectos de la Atención Primaria, sino centrarme en los recursos humanos, en la estructura, en cómo está organizado y qué es lo que estamos planteando en términos de ordenación. Hay otros muchos aspectos de la Primaria que se pueden ordenar, que se pueden mejorar, en eso estoy de acuerdo con... con Su Señoría. No olvidemos que



aquí estamos hablando de los recursos que están en todos los equipos de Primaria. Pero, además, en la Primaria tiene salud bucodental, tiene fisioterapia, tiene trabajo social, tiene matronas... O sea, que... que es algo más; no... no en todos los equipos, pero sí en esa dimensión del área de salud. Y eso... en eso, por cierto, también se ha mejorado mucho en estos últimos años.

Y tiene otro componente, que es su propio peso, su relación con la Especializada. Fíjese, le recuerdo una cosa: Castilla y León también es la Comunidad Autónoma donde sus profesionales de Primaria tienen acceso a más medios diagnósticos y de tratamiento: 203 pruebas diagnósticas se pueden utilizar desde Atención Primaria, con independencia de que se hagan en un hospital, 203.

Y yo insisto en otra cuestión que... que reiteraba usted. Dice: las dificultades de acceder al centro de salud. Yo lo comprendo, pero no podemos olvidar que estamos hablando de asistencia sanitaria, no termine usted diciendo que el medio urbano... en el medio urbano los ciudadanos están mal... más acompañados, porque aquí estamos hablando de atender a diabéticos, a hipertensos, que claro que tenemos que acompañarles y hacer otras funciones más allá de las meramente técnicas e instrumentales, pero eso no puede justificar la ordenación de los recursos, el que las personas estén más o menos acompañadas, no... no puede ser lo más importante.

Y yo entiendo esas dificultades, pero, si para solventarlas modificamos algo tan importante como es la relación profesional, estaremos cometiendo un error. Si, porque no haya taxi en una zona básica de salud, descentralizamos en... en exceso, seguramente, desde el punto de vista de la calidad y de la seguridad, estemos cometiendo errores. Habrá que arreglar el problema del taxi y habrá que arreglar, sobre todo, la atención urgente, de acuerdo, pero en la atención ordinaria no puede ser ese el elemento fundamental. Insisto, más aún en nuestra Comunidad, que es la que más se acerca con sus profesionales a los... a las zonas pequeñas.

Y algo parecido ocurre con las unidades medicalizadas. Fíjese, Señoría, las que tenemos en las zonas más periféricas están en el límite de su utilización eficiente. ¿Y eso qué quiere decir? El mismo argumento que estamos planteando: alguna de nuestras unidades móviles medicalizadas atienden determinadas patologías agudas con muy muy poca frecuencia, y eso también genera un riesgo. Eso queda muy bien y aparenta una mejor atención y una atención de más calidad, pero yo tengo que decir que, desde el punto de vista de la seguridad y de la garantía, también genera algunos problemas. Cuando una uvi móvil solo tiene dos o tres salidas al día en 24 horas, y no siempre en situaciones de riesgo vital, ahí tenemos que empezar a pensar si estamos llegando al límite, y, por eso, descentralizarlas en exceso también tiene sus riesgos. Porque, al final, si un médico de una uvi no atiende más que un infarto cada tres meses, pierde práctica profesional, pierde ejecutividad y, desde el punto de vista de... de la asistencia que prestamos, no siempre es mejor, sino a veces existen -insisto- riesgos para la calidad.

Y, desde luego, si no lo solicita usted, yo, en el mes de octubre, solicitaré comparecer ante la Comisión.

Y señora Martín -yo le insisto-, el acuerdo que existe y la moción que se ha aprobado en esta Cámara es la de mantener los servicios en el territorio, y ese compromiso y esa garantía la sigue poniendo por delante la Junta de Castilla y León.



Y luego hace usted una cosa, se pone contundente y me dice: rechazamos sin matices cualquier recorte en el medio rural. Y yo digo: estoy de acuerdo con usted, yo rechazo sin matices cualquier recorte en el medio rural. Luego pasamos a otro debate, que es... Dice usted que desaparecen recursos; siempre se olvida de que se crean. A veces, en estos debates, parecería que la población urbana no existe y que, como es el elemento que facilita la crítica, el... el segundo elemento del plan de ordenación, que es la mejora de la asistencia sanitaria en las zonas urbanas, prácticamente no hemos aludido a él. Bien, yo quiero también ponerlo sobre la mesa, porque yo soy el Consejero de Sanidad de Castilla y León, y la igualdad de derechos es la igualdad de derechos y en el acceso a la asistencia de toda la población, sea urbana o sea rural.

Y sistemáticamente viene usted a decir que es que como si no se tuvieran en cuenta las características del mundo rural. Se lo repito: en Riaño vamos a pasar de 6 a 5 médicos, y van a atender a 1.400 personas; y en León vamos a pasar de 1.800 tarjetas por médico a 1.600, y un médico de León va a atender la misma población que 5 médicos en Riaño. ¿No cree usted que estamos atendiendo a las peculiaridades del mundo rural? Porque a veces lo dibuja como si estuviéramos dando el mismo tratamiento. Pues no, es radicalmente distinto el tratamiento que estamos dando.

Y la actividad asistencial, Señoría, no se adecúa por la vía que usted quiere señalar. Nuestro médico de Soria -con perdón por citarle de nuevo-, con 54 tarjetas, la actividad asistencial, tal como usted lo ha planteado, nuestro médico de Soria ¿qué tendría que... que hacer a esas 54 personas para explicar que está trabajando con cierta intensidad? Es que no lo comprendo. Insisto, la frecuentación se duplica en el mundo rural -supongo que en ese caso será todavía un poco mayor-, pero, aun así, nuestro médico de Soria tiene tres consultas al día, o dos y media. ¿Y podrá mejorar su práctica y ser más... hacer más actividades preventivas y todo lo que queramos? Pues seguramente se podrá, pero, desde luego, al final lo que tiene son 54 personas a su cargo. Y, salvo que vaya a visitar una a una todos los días -lo cual también genera otros riesgos desde el punto de vista de la iatrogenia-, pues... pues no sé a qué se refería usted con esa adecuación de la actividad asistencial. La actividad asistencial se estudia, se estima, se analiza, es la que es, y el número de... de diabéticos, de... de personas con insuficiencia cardiaca será el que sea, lo atenderá, pero lo atenderá de esa manera tan limitada en el tiempo que no es posible adecuarla. Lo que es posible es adecuar los recursos, no las necesidades asistenciales.

Y, finalmente, late otra vez esa cuestión, que a mí me recuerda a algunas religiosas del siglo pasado, cuando dice usted: es que en el medio urbano la gente está más acompañada. Bueno, pero estamos hablando de la asistencia sanitaria, señora Martín, estamos hablando de la atención a la insuficiencia cardiaca, a la diabetes; y, naturalmente, tiene que hacerse en un entorno de acompañamiento y de apoyo psicológico -naturalmente que sí-, pero no me diga usted que nuestro médico de Soria debe mantenerse en su puesto para acompañar a los... a las... a los ciudadanos que están a su cargo. Yo creo que debe estar para atenderles, prevenir determinadas cosas, apoyarles, diagnosticarles, tratarles. Esa es su principal función. Acompañamiento es otra cosa.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Consejero. Terminado el turno de Portavoces, se procede a la apertura de un turno para que el resto de Procuradores presentes que no



hayan actuado como Portavoces de los Grupos puedan, escuetamente... escuetamente, formular preguntas o pedir aclaraciones sobre la información facilitada. ¿Por el Grupo Parlamentario Socialista? Muy bien. ¿Por el Grupo Parlamentario Popular? Bien.

Bueno, pues, para formular su pregunta, tiene la palabra el señor Muñoz Expósito.

EL SEÑOR MUÑOZ EXPÓSITO:

Gracias, señor Presidente. Muy breve. Si algo nos ha quedado claro de... de esta reestructuración de Atención Primaria es que la culpa la tiene el médico de Soria, porque creo que han sido entre 30 y 40 veces las que usted ha citado al médico de... al médico de Soria. Entonces, a mí me gustaría preguntarle solo una cosa. Y de... y de verdad que... de verdad que me sorprendería mucho que usted me contestara negativamente. ¿Ha hablado usted con el médico de Soria de las 54 cartillas? Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Señora Martín Cabria.

LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:

Gracias, Presidente. Bueno, yo sí que le voy a dar la... la enhorabuena por haber abordado el tema de la reestructuración de... de la Atención Primaria, porque creo que, después de veinticinco años, es verdad que era necesaria. Pero de verdad creo que... que se ha perdido, se está perdiendo, una oportunidad enorme para abordar una reestructuración real. Porque... que conlleve no solamente un recorte de sanitarios -porque usted lo único que nos ha presentado aquí es un recorte de sanitarios del medio rural-, sino que conlleve también una reestructu... una reordenación de... tanto de las zonas de salud como de las áreas de salud, y también de las demarcaciones dentro de cada centro de salud.

Usted ha hablado de un concurso de traslados, pero yo no le he entendido que... que ese concurso de traslados vaya acompañado de... de una reestructuración de... de las demarcaciones en cada uno de los centros de salud. Le pongo el ejemplo -usted ha puesto varios ejemplos- de Aguilar de Campoo, que ya ha sufrido ese recorte de dos profesionales en un sitio como Aguilar, que es... que está a 100 kilómetros, que es la zona más industrializada de Palencia después de la propia capital, donde se cruzan dos autovías de... que hay un ferrocarril... bueno, incomprensible, pero... pero, bueno, es así.

El tema es que había un desequilibrio grande entre los profesionales en cuanto a... a carga asistencial. Teníamos profesionales con 1.200 cartillas y tenemos... y teníamos profesionales con menos de 200 cartillas. Después de la reducción, lo único que se ha hecho ha sido... ha sido una acumulación de dos cupos; y ahora mismo, después de la reestructuración, sigue habiendo profesionales con más de 1.200 cartillas y profesionales con menos de 200 cartillas. Cuando usted habla ahí de los porcentajes con los que... que... con los que se quedan después de la reestructuración las demarcaciones, pues tenemos... usted dice: se quedan... pasarían -en el caso de Aguilar- de 800 cartillas, pasarían a 830 cartillas. Teóricamente, y en



porcentajes, porque la realidad es que los médicos siguen teniendo 1.200 cartillas y 200 cartillas. O sea, es que... es que se habla de porcentajes que, al final, no son números absolutos y no son reales.

Entonces, a mí sí que me... bueno, me entristece que... que usted... ustedes reduzcan la... la Atención Primaria de las... a la... la sanidad rural solamente al existencialismo...

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Señora Martín Cabria, este turno es para hacer una pregunta o pedir una aclaración.

LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:

Tiene usted razón, tiene usted razón. La pregunta: ¿van a reordenar las demarcaciones de cada centro de salud de las áreas o... o de las zonas básicas de salud? ¿Cómo? Y, si lo van a ordenar, ¿cómo y cuándo se espera que se realice esa reordenación?

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para contestar a las preguntas formuladas, tiene la palabra el Excelentísimo señor Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señor Presidente. Pues, con brevedad. No he hablado con nuestro médico de Soria. He hablado con otros muchos médicos, pero no con él.

Y, en segundo lugar, respecto a las demarcaciones, le diré lo siguiente: efectivamente, se van a... a reasignar. Es decir, lo que... lo decía antes, lo que hemos aprovechado es circunstancias en las que se ha podido producir una jubilación en aquellas zonas donde teníamos cupos asistenciales bajos, y, para no hipotecar esa plaza, no se ha cubierto y se ha reordenado provisionalmente.

Ahora, una vez aprobado el decreto que aprueba el plan de ordenación, los... organizaciones sindicales y los equipos de Atención Primaria ya tienen la... el criterio de plantearnos, sobre un borrador, cómo reorganizar las demarcaciones asistenciales. Y eso se va a hacer. No se van a modificar las zonas básicas de salud y no se van a modificar las áreas de salud, de... de acuerdo con el pacto al que se llegó de ordenación territorial. En el fondo, las demarcaciones asistenciales son los puestos de trabajo. Un médico tiene que saber cuál es su responsabilidad de atención en su zona básica, qué parte de la población. Eso se va a reordenar.

El hecho de que en algunos casos se mantengan profesionales con 1.200 pacientes a su cargo, o 200, se podrá mantener en el futuro o no -lo veremos-. No es una situación... no es una situación extraña, porque esos 1.200 pueden ser del núcleo de Aguilar todos ellos, y un cupo de 1.200 pacientes en la misma localidad es razonable; si están en la misma localidad. Y, si otro médico tiene varios consultorios locales a su cargo, pues el que tenga 200 es de más... tal vez un poco poco, pero el que tenga 300 puede estar justificado. De manera que eso es lo que se está adaptando a cada uno de los puestos de trabajo.



Por lo tanto, sí que se van a... a reordenar las demarcaciones; y, después de eso, se convocará un concurso de traslados para que cada uno solicite o se mueva a la que considera más conveniente.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Bien. Si los Grupos están de acuerdo en hacer un receso, se suspende la sesión durante un espacio de tiempo de quince minutos.

[Se suspende la sesión a las doce horas veinticinco minutos y se reanuda a las doce horas cuarenta y cinco minutos].

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Se reanuda la sesión. Tercer punto del Orden del Día. Por la señora Secretaria se dará lectura del tercer punto del Orden del Día.

SC/000177

LA SECRETARIA (SEÑORA MARTÍN CABRIA):

Gracias, Presidente. Tercer punto del Orden del Día: **“Comparecencia del Excelentísimo señor Consejero de Sanidad 177, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre implantación de las Unidades de Gestión Clínica”**.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Tiene la palabra el Excelentísimo señor Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señor Presidente. Bien, el proyecto de regulación de las unidades de gestión clínica forma parte de un compromiso que asumimos hace algo más de un año, cuando la Consejería de Sanidad suscribió un acuerdo con las organizaciones profesionales del sector sanitario de mantenimiento e impulso del... de la sanidad pública en Castilla y León y de gestión pública de los recursos sanitarios. Y en ese acuerdo, además, se añadía la necesidad de incorporar mejoras en el sistema, y hacerlo de una manera en la que contáramos con los profesionales.

Nuestra organización sanitaria en Castilla y León, como en el conjunto de España, al final, en algunos aspectos, es una organización administrativa; esa es una de las ventajas de encuadrarse en el sector público, pero a veces también genera algunos inconvenientes y algunas disfuncionalidades. Fundamentalmente derivan de una regulación existente en España en el sector público que tiene mucho de administración... todavía tiene mucho de administración burocrática, de... en la cual tienen mucha importancia las actividades, las medidas de control, de cumplimiento de las normas, de regulación, y, a veces, este carácter no encaja adecuadamente en las características que tiene la actividad clínica, que está más vinculada al conocimiento, que está más vinculada a la innovación. Y, al final, eso lo que hace es que las mismas



regulaciones que existen, o similares regulaciones, en el ámbito de la Administración General, en el ámbito de los... de las políticas de medio ambiente, de fomento o de cultura, en gran medida se trasladan también a la regulación de la actividad sanitaria, e insisto, ello no siempre encaja con las características de esa actividad sanitaria.

En segundo lugar, la... la organización sanitaria, por razones históricas, la responsabilidad en los ámbitos del... o en las materias de gestión ha correspondido a profesionales de la gestión, en lo que nos interesa, pues en nuestro caso, a los equipos directivos de los hospitales, de la Atención Primaria, de las Gerencias de Salud de Área, y tal vez se haya producido una separación demasiado acentuada, en algunos casos, entre la actividad clínica y la actividad de gestión, de tal forma... como si los gestores fueran los responsables de la organización de los recursos y los clínicos de la actividad relacionada con los pacientes. Pero en la realidad de la organización sanitaria, los clínicos, en el ejercicio de su actividad, toman decisiones que tienen mucho que ver con la utilización de los recursos, y... y, por lo tanto, esta... estos argumentos son los que explican la necesidad de alinear, de poner más en consonancia lo que podemos entender como actividad clínica y actividad de gestión.

No es razonable que los gestores no tengan en cuenta, con el peso que deben tenerlo, la perspectiva clínica, y tampoco es razonable que los clínicos no tengan en cuenta la perspectiva de la utilización de los recursos y, por lo tanto, de la gestión. Porque, al final, al final de... de todo, es en la actividad clínica donde se dirimen gran parte de los efectos importantes de la sanidad, es de la actividad clínica de la que depende los resultados que tengamos en salud, de la que depende la seguridad, de la que depende la satisfacción de los pacientes, de la que depende el gasto, de la que depende la calidad, la seguridad, etcétera. Y, por lo tanto, el proyecto de... de gestión clínica lo que pretende es alinear ambas cosas.

En Castilla y León lo estamos haciendo a través de un... y a partir de un borrador de decreto que pretende regular la creación y funcionamiento de unidades y áreas de gestión clínica del Servicio de Salud de Castilla y León. En nuestra regulación existen ya precedentes, en nuestro... en el Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León así se prevé ya desde el año dos mil siete, también hay algunas referencias en la legislación nacional. Recientemente se ha producido un acuerdo entre el llamado Foro de la Profesión Médica y el Foro de Enfermería con el Ministerio de Sanidad, que, entre otras cuestiones, plantea el impulso de la gestión clínica. Y estos son, de alguna forma, los antecedentes que... que orientan la... el proyecto y el contenido del decreto, que en este momento, y después de varios meses de consulta y de negociación formal e informal con las organizaciones profesionales sanitarias y en la mesa sectorial de sanidad, está ya terminada esa fase de consulta y de negociación, está en fase de tramitación interna, y esperamos que en el mes de febrero pueda remitirse al Consejo Consultivo para su informe, e, inmediatamente después, aprobarlo.

Nuestra idea es que, por lo tanto, en el año dos mil catorce se constituyan las primeras unidades de gestión clínica e incorporar progresivamente un cambio progresivo, tranquilo de la organización sanitaria, intentando hacer una organización menos vertical, hacerla más horizontal; menos vertical en el sentido de que el funcionamiento de nuestros centros sanitarios no dependa de decisiones que se... que toma el Consejero de Sanidad, el Gerente Regional de Salud, el Gerente del Hospital, y se van transmitiendo a cada uno de sus trabajadores, sino que una parte de



esas decisiones sean tomadas por los propios profesionales, por los propios clínicos, dentro de la regulación que tenemos y dentro, como es lógico, del cumplimiento de las normas.

En último término, la gestión clínica lo que pretende es trasladar autonomía y capacidad de organización a los equipos profesionales, teniendo en consideración, además, que las normas, en ocasiones, no pueden ser exactamente las mismas, las regulaciones, para servicios que son de distinta naturaleza, que no puede ser lo mismo la regulación del horario, del funcionamiento, de las sustituciones, de la reposición, del día a día, de un servicio quirúrgico, un servicio médico, de un servicio de análisis clínico o de un servicio de cardiología. En esa adaptación, lo que pretendemos es trasladar -insisto- a los profesionales autonomía y mayor capacidad de decisión sobre algunas cosas que hasta ahora decidían casi en exclusiva los equipos directivos, los Gerentes o los Directores Médicos o de Enfermería de los hospitales.

Hasta ahora ha habido dos experiencias en Castilla y León. Hace algunos años se hizo una denominada "experiencia de autogestión" en Atención Primaria, en la que participaron 7 equipos; tuvo muy buenos resultados en términos de actividad, de resultados en salud, de gasto, de satisfacción. Y hace aproximada... casi dos años, se realizó una experiencia piloto en dos servicios hospitalarios -el Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora y del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico de Valladolid-. Ello nos permitió chequear y... y analizar algunas de las cuestiones que derivan del funcionamiento al modo de unidades de gestión clínica, extraer algunas conclusiones y elaborar y retomar este proyecto que -insisto- esperamos tener aprobado, en forma de decreto, en el mes de marzo.

Y en este tiempo se han pulido algunas cuestiones, entre otras, algunas que generaban, pues dudas a algunas entidades profesionales o a organizaciones sindicales. Fundamentalmente, las unidades de gestión clínica y las áreas de gestión clínica son unidades y áreas sin personalidad jurídica propia, por lo tanto, forman parte de la Atención Primaria o de los hospitales públicos de Castilla y León; no cabe, en consecuencia, la posibilidad de desgajarse como unidades del propio hospital, seguirán formando parte del hospital o de la Atención Primaria que corresponda. En segundo lugar, su funcionamiento se regulará por las normas que existan en cada momento; por lo tanto, tanto en materia de contratación de personal como de suministros, como de materia de gestión presupuestaria, se regulan -insisto- por las mismas normas de funcionamiento. En tercer lugar, el régimen y la vinculación del personal será la que tengan en el momento de constituirse; por lo tanto, con carácter general, estará integrada por profesionales con vinculación estatutaria, en algún caso funcional, y en pocos de carácter laboral, la que ya existe. Y el... su creación no comportará cambios -insisto- en la vinculación del personal. Se definen, por lo tanto, estas cuestiones de carácter general.

En segundo lugar, se establecen unos estándares mínimos de funcionamiento de las unidades, que deberán contar con un director de la propia unidad y con un comité clínico-ejecutivo y una persona responsable de los cuidados de enfermería dentro de la unidad de gestión clínica.

Se atribuye al grupo... a este grupo clínico la responsabilidad de definir el contenido, la orientación de la propia unidad, sus aspectos generales, y a los... a quienes la dirigen, desde un punto de vista general, o desde el punto de vista de los cuidados de enfermería, otras responsabilidades concretas.



A partir de ahí, se plantea el procedimiento para la constitución de estas unidades. El procedimiento, una vez que esté aprobado el decreto, será que los grupos clínicos que lo consideren oportuno deberán presentar un proyecto de orientación de su actividad para un periodo de cuatro años (hacia dónde se quiere llevar la cardiología en este área de salud, la Atención Primaria de esta zona básica o de estas zonas básicas, la medicina interna o lo que fuera). Y ese proyecto a cuatro años deberá concretarse en proyectos anuales, acordados entre la propia unidad de gestión clínica y la gerencia del hospital o de la Atención Primaria que corresponda.

Y en ese proyecto anual se deberán establecer unos... una serie mínima de indicadores de actividad, de resultados, de calidad, de formación, de gasto, en su caso de investigación. Y sobre esa... sobre ese compromiso se valorará el funcionamiento de las propias unidades de gestión clínica. Y el decreto prevé la posibilidad de que se establezcan incentivos vinculados al cumplimiento de ese conjunto de objetivos y de ese conjunto de compromisos asumidos globalmente por la unidad de gestión clínica.

Respecto a las áreas de gestión clínica, lo que prevé el borrador y el proyecto es la agrupación de distintas unidades o distintos servicios de materias o especialidades distintas. Por decirlo así, la idea directriz sería que pudieran existir una unidad de gestión clínica de cardiología en un hospital, o una unidad de gestión clínica de cirugía cardiaca en el mismo hospital, o bien, agrupando dos servicios, pudiera haber un área de gestión clínica del corazón, o de la patología cardiaca, por integración de un servicio de cardiología, en este caso, como ejemplo, o un servicio de cirugía cardiaca. Por lo tanto, las... las áreas de gestión clínica integran unidades o servicios de distintas especialidades o de distintas materias.

El proyecto prevé, como les decía, los mínimos de organización de cada una de las unidades, el procedimiento para su constitución, el contenido del programa de gestión clínica, el desarrollo y la evaluación de esas unidades, y establece tres posibles grados de autonomía de las unidades de gestión clínica, que serían progresivas en el tiempo, a las que se podría ir accediendo siempre que vayan cumpliéndose los... el conjunto de objetivos incorporados en el compromiso y en el documento de gestión clínica en cada uno de los años.

Finalmente, el proyecto prevé también y plantea la posibilidad del establecimiento de un tema que a mí me parece muy importante de cara al futuro, que son lo que en el proyecto se denominan "alianzas estratégicas", es decir, la constitución de redes o de relaciones entre unidades hospitalarias, en este caso, de distintas áreas de salud. El ejemplo o el dibujo final o el escenario final podría ser que todos los servicios de una misma especialidad funcionaran en red, funcionaran con criterios compartidos, funcionaran con criterios que establezcan el flujo de pacientes, la cartera de servicios de cada uno de esos servicios hospitalarios, los flujos de pacientes de profesionales, en su caso.

Y, por lo tanto, pretende esta sistemática de alianzas estratégicas avanzar hacia la constitución... primero, hacia la cooperación entre distintos hospitales de distintas áreas de salud, y no tanto hacia la competencia, sino hacia la cooperación; y, en segundo lugar, al establecimiento, como digo, de alianzas que prevean el desarrollo, el funcionamiento y la organización de una especialidad concreta, de manera ideal, en el conjunto de la Comunidad Autónoma.



El proyecto, como digo, ha sido muy evaluado por... y consultado con muchísimas entidades; hemos incorporado muchas de sus sugerencias. Se inscribe, como decía al principio, en el modelo de sanidad pública que tenemos. Incluso hemos reforzado la idea del carácter público de estas unidades, reiteradamente a lo largo del texto, porque así nos lo han pedido algunos... algunas entidades. No es... no es nuevo el planteamiento de que en los debates que se han suscitado en España, a raíz de las propuestas de algunas Comunidades Autónomas de privatizar o de externalizar la gestión de determinados servicios, pues ha generado dudas en el conjunto del sector sanitario en España, también en Castilla y León, y esto, pues lo que yo puedo plantear aquí es que el compromiso, desde luego, es mantener el acuerdo que hemos suscrito, mantener el modelo público, y en ese modelo es en el que se inscriben las unidades de gestión clínica.

En definitiva, si me permiten la expresión, de lo que se trata es de replegarse los responsables políticos, en alguna medida, los gestores, y dejar un poco más de terreno a los profesionales, organizados en unidades de gestión clínica, a la hora de orientar la actividad del día a día de nuestros centros y de nuestros servicios. Porque en la práctica ya es así desde la perspectiva clínica, y queremos que también lo sea, en alguna medida, desde la perspectiva de la gestión.

Debo decirles también que... que muchas unidades, muchos servicios sanitarios tienen en la actualidad un funcionamiento que, sin que esto esté formalizado -este proyecto-, se asemeja al funcionamiento de la gestión clínica, es decir, de una mayor capacidad de organizar las cosas; y que, curiosamente, muchas de esas unidades y de esos servicios son servicios de los que podemos sentirnos más orgullosos en términos de actividad, en términos de resultados, en términos de prestigio profesional. Y que, por lo tanto, esta es una vía que entendemos adecuada para incorporar mejoras en la eficiencia en el conjunto del sistema que contribuyan a garantizar la sostenibilidad y, en definitiva, a tener un sistema de salud más eficiente en Castilla y León, con la participación más intensa y progresiva por parte de los profesionales sanitarios.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Consejero. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se abre un turno de los Portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra, por un tiempo de diez minutos, la señora Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Gracias, señor Consejero, por sus aclaraciones. Como usted conoce, ya hemos debatido en esta Comisión en otra ocasión este tema, y, nosotros, desde luego, si nos generaba inicialmente muchas dudas, pues sigue generándonos las mismas, y quizás más, y no... no estamos convencidos.

Ya dijimos en aquel momento, y volvemos a decir, que nosotros, ¿cómo no?, valoramos que es positivo la... la gestión clínica, y nadie se opone a llevar a cabo una gestión eficaz, adecuada, a utilizar adecuadamente los recursos, etcétera, etcétera.

Otra cosa son cambios en la organización, a nuestro juicio, innecesario, y eso es lo que suponen las unidades de gestión clínica. Y, además, recordamos que para llevar a cabo una buena gestión, pues no es necesario, y menos imprescindible,



modificar drásticamente toda la organización de los centros sanitarios. Yo recuerdo ahora, de memoria, históricamente el sistema público sanitario español estaba considerado entre el quinto mejor del mundo y el primero, casi, de Europa, y se le consideraba de calidad y eficiente. Por lo tanto, pues la... la búsqueda de esa eficiencia entendemos que no tiene por qué ser prioritaria, porque ya lo es. Otra cosa es que haya cuestiones que mejorar, que eso no lo dudamos.

Pero la gestión sanitaria es, en sí misma, un modelo organizativo en el que equipos multidisciplinares de profesionales prestan atención integral desde una perspectiva de lo público, y siempre materializando los valores del sistema universal, gratuito, público, equitativo, igualitario y eficaz.

En el borrador de la Junta de Castilla y León para la implantación de estas unidades, usted nos dice ahora que han introducido algunas mejoras. Es importante, si es que las van a implantar sí o sí, que no tengan personalidad jurídica propia, que se mantenga ese carácter público de las unidades; pero, en fin, las amenazas están ahí y... y las amenazas a nosotros nos preocupan, porque no es lo mismo gestionar que modificar la organización para configurar agrupaciones profesionales mercantilistas que funcionen en el entorno de la empresa y del mercado, y, por tanto, con los objetivos de obtener beneficios económicos, que eso es lo que nosotros hemos entendido que se está planteando desde el Ministerio. Porque esta es una de tantas cosas que planteó esta Ministra de los copagos y los recortes, y etcétera, etcétera: la implantación progresiva en todo el sistema de las unidades de gestión clínica, y... y la personalidad jurídica propia que podían convertirlas -y que pueden, si se hiciera así- en fundaciones, consorcios y otros inventos, pues claramente es muy peligroso.

Usted nos dice que hay un amplio consenso. La información que tenemos nosotros es que desde los sindicatos, como Comisiones Obreras, UGT de Castilla y León, no les gustan ni lo apoyan. El... en ese famoso foro, al que usted hace referencia, entendemos que debe ser ese foro de directivos de... de la gestión, que, desde luego, representan a pocos, y representan sobre todo a pocos profesionales en el día a día de la gestión. Y me llama la atención que siga insistiendo en ese famoso pacto con no sé cuántísimas organizaciones, que tanto nos critica que no nos adhiriéramos a esa puesta en escena o en ese aplauso; pero, que yo recuerde, en aquel... en ese pacto se incluía incluso al... al Sindicato de Enfermería, que, como usted conoce, representa a un amplio sector de estos profesionales en nuestra Comunidad, y a mí me transmiten -y, desde luego, yo comparto en este momento- un firme rechazo, y recogido además por todas las asambleas que se han llevado a cabo, tanto en centros hospitalarios como en centros de salud, donde a las... al personal de enfermería y otros profesionales no les gusta en absoluto.

Sí debe gustar, y no a todos, a los representantes de los médicos, pero a nosotros nos transmiten, en el sector de la enfermería, quién va a elegir a los directores de las unidades, qué funciones van a tener, van a proponer horarios, turnos, de todos los profesionales, van a proponer tareas a desarrollar por cada profesional en la unidad de gestión clínica -es decir, pueden salir de las funciones establecidas-, van a establecer los objetivos individuales de todos, qué puestos se van a cubrir y quién los cubre y... y cómo -personal estatutario o de forma temporal-, van a proponer la contratación de bienes y servicios, van a establecer en qué, en quiénes se invierte el



dinero designado al funcionamiento de las unidades, van a establecer relaciones de colaboración con otras unidades y, por lo tanto, intercambio o movilidad de profesionales.

Claramente, estos profesionales entienden que sí va a afectar a sus condiciones laborales y profesionales. Si al director de la unidad se le va a asignar una cantidad presupuestaria, al parecer, igual al presupuesto que tuvieron esas unidades en el año anterior -incluyendo los gastos de Capítulo 1, Capítulo 2, y tal-; si el objetivo va a ser el control del gasto -es decir, ahorrar-, pues habrá que decir de dónde, cómo y... y en qué parte se va a recortar ese gasto; y la experiencia, pues dice que se ha recortado de enfermeras, de auxiliares, de celadores -se ha recortado menos en médicos-. Pero todos estos profesionales están sumamente preocupados, porque eso va a significar disminución de plantillas, supresión de turnos rotatorios, con lo cual pierden esa retribución el personal afectado -en los festivos, etcétera, etcétera-, y se han disminuido, como ya ha ocurrido en esa experiencia piloto de la Unidad de Salud Mental de Zamora, que, de entrada, suprimió tres enfermeras, un auxiliar de enfermería, siete celadores, eliminación de turnos rotatorios, cambios de plantillas, de calendarios, de vacaciones, movilidad forzosa y supresión de supervisoras. Exactamente igual que en la Unidad de Cardiología del Hospital Clínico de Valladolid, que una de las primeras consecuencias ha sido la pérdida de supervisores de la unidad, así como alteración en los turnos de trabajo.

Por lo tanto, pues a nosotros todas estas situaciones nos preocupan, y para nada entendemos que en este momento haya un acuerdo tan unánime como transmite usted para... creo que el... el objetivo era implantar alrededor de 50 -no sé si a lo largo de la legislatura, no recuerdo bien, o en el dos mil catorce-, pero a nosotros nos preocupa profundamente, aunque estemos de acuerdo en que los centros sanitarios tienen que utilizar el conocimiento y trabajar con parámetros de calidad, que tiene que haber eficacia en los servicios que se prestan, eficiencia utilizando los recursos; también tiene que haber una buena calidad laboral de los profesionales, pero, y sobre todo, una máxima calidad y satisfacción de los usuarios.

Y a lo mejor se nos ha pasado, pero desconocemos cómo se da participación a los ciudadanos en... en este experimento, a ampliar su... su aplicación en Castilla y León. Porque, cabe recordar, desde luego, el sistema público de salud, tienen mucho que decir los profesionales, por supuesto la Administración competente, pero los... el sistema público de salud no es de los profesionales solo, es de todos los ciudadanos, que colaboran con sus impuestos y, por lo tanto, tienen que tener participación e información absolutamente transparente en temas que les van a afectar tan directamente.

Por lo tanto, y para no extenderme mucho más, a nosotros, entendemos que esta situación tiene muchas amenazas para el sistema público. Usted nos garantiza que va a seguir teniendo ese carácter público esencial, pero ahí están los peligros. No sé si puede garantizarnos el mantenimiento del empleo sanitario público, no sé si puede garantizarnos no alterar en absoluto las condiciones laborales y retributivas de los profesionales, no sé si puede garantizarnos que la ampliación de estas unidades no suponga la configuración de pequeños... de pequeños reinos de taifas dentro de los propios hospitales y centros de salud, con riesgo de arbitrariedades a cargo del director de la unidad, que no haya riesgo en la organización que repercuta en los ciudadanos o en los profesionales, y que, de todas todas, y solemnemente, el eje de



la organización siga siendo público, que la calidad asistencial no se vea afectada. Porque si el objetivo es el ahorro, pues habrá... habrá que decir a costa de qué. Todos conocemos, pues esas situaciones en las que si... si se ahorra, tendrá que salir de algún lado. Porque eso significaría que ahora estamos derrochando recursos, y, desde luego, para nada con... nosotros consideramos que esa sea la norma de nuestros centros sanitarios. Y, además, pues no se puede perder la perspectiva de que en los centros sanitarios el objetivo siempre tiene que ser la mejora de la salud de los ciudadanos, la calidad de la asistencia que prestamos y no el ahorro que se ha puesto tan de moda en estos dos últimos años.

Por lo tanto, nosotros entendemos que esta implantación de este experimento cuenta con una adhesión de alrededor de un 1 % de los profesionales. Yo no sé si la configuración de futuras unidades de gestión clínica va a ser una adscripción voluntaria o forzosa; más bien parece que forzosa. Y las asambleas... no sé si tenemos la misma información, pero los trabajadores se han manifestado claramente en contra. Por lo tanto, las... las adhesiones, a nuestro juicio, son teóricas, son forzadas; se ha maniobrado de cierta forma en la voluntad de los profesionales, y la inmensa mayoría tiene claro que el ahorro no va a beneficiar ni a los pacientes ni en los... ni a los profesionales.

Por lo tanto, nosotros sí... sí estamos de acuerdo en que sean... haya calidad en los centros sanitarios, pero entendemos, y nos preocupa, que tal vez no sea el momento, ante tantas amenazas al sistema público, de estos cambios tan profundos en la configuración, en la organización y en la dinámica habitual de los mismos. ¿Se me ha acabado...? ¡Ah!, pues nada más de momento. *[Murmullos]*.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, el señor González Suárez.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Sí. Muchas gracias. Perdón, señor Presidente, pero se me acumulan las Comisiones. Es lo que me estaban diciendo. Bien.

Señor Consejero, he de decirle que su comparecencia sobre las unidades de gestión clínica ha mejorado respecto a otras intervenciones que le he oído respecto al mismo tema. Y digo que ha mejorado no porque sea mejor, sino porque nos lo vende de una forma bastante mejor a las anteriores ocasiones.

No obstante, he de decir que, después de... de haber intentado profundizar en las unidades de gestión pública durante los últimos meses –quiero recordar, pues una jornada de trabajo organizada desde esta propia Comisión, en la que participamos algunos de los que aquí estamos–, la realidad es que, al día de hoy, a pesar de... del lacito que usted ha intentado poner a las unidades de gestión clínica, mi Grupo, este Portavoz, siguen enormemente preocupados. Porque, sinceramente, de... entendemos que lo que se avanza es hacia la externalización de los beneficios por la vía de la internalización de la gestión de los recortes. Ni más ni menos.

Es decir, detrás de los incentivos usted tendrá que explicar muy bien... aparte que –ya digo– mi visión política y personal es de oposición total a cualquier incentivo que se haga a un profesional por cumplir con lo que entendemos que



es su trabajo, ¿eh? Cualquier incentivo a mayores de lo que es la valoración de su profesión en condiciones normales es jerarquizar por la vía de los hechos a los trabajadores; en este caso, a los empleados públicos que están en el sistema de salud en nuestra Comunidad. Bien.

Entonces, tendrá que explicarnos en qué iban a consentir... consistir esos incentivos... si usted yo sé que tiene mayoría absoluta para sacarlo adelante, yo sé que tiene capacidad oratoria para vender las bondades del biquini un día de dieciocho grados bajo cero en cualquier ciudad de Castilla y León, pero lo que está claro es que, desde nuestro entender, se pone en riesgo lo fundamental, que es el derecho de los ciudadanos a la salud, con un sistema público como el que tenemos, que creo que el anterior Portavoz, doña Mercedes Martín, hablaba de que hasta hace muy poco éramos, a nivel de todo el globo terráqueo, el quinto sistema en cuanto a la atención, ¿no?, la... el sistema de salud pública.

Entendemos que abre las puertas de forma descarada... -siguiendo la línea establecida por el Gobierno del Partido Popular en Madrid- abre la puerta descarada a la privatización clara del tema.

Y luego, que detrás de la eficacia y eficiencia que todos debemos defender en la gestión de lo público volvamos a hablar de ahorros nos preocupa, y me preocupa enormemente; a mí me gustaría hablar de la eficacia y la eficiencia de acuerdo a las bondades de mejora de la respuesta que se da a los ciudadanos ante su derecho a la salud, pero no en base al ahorro. Eso no es la eficacia y la eficiencia; eso, ni más ni menos que la taladora para que, en lugar de existir beneficios sociales, existan beneficios crematísticos para alguien.

Por otra parte, decirle a usted que coincido con lo que decía doña Mercedes Martín de la falta de existencia de ningún apoyo ni dentro ni fuera, ni dentro ni fuera. O escuchamos a diferentes... diferentes... con diferentes canales lo que dicen los sindicatos o lo que dicen los colegios de médicos o lo que dicen las asociaciones de ciudadanos y ciudadanas, y en su canal usted lo escucha en su idioma y nosotros en el nuestro, pero yo tengo entendido que tenemos el mismo idioma, que es la lengua castellana, y, sinceramente, yo no he escuchado a nadie... perdón, sí, he escuchado a alguien, pero no va más allá de... no sé si un 2 % o un 3 % aquellos que me han intentado vender las bondades de las unidades de gestión clínica.

Y en aquella mesa, aquella jornada de... de trabajo que... que tuvimos fuera de esta Comisión, pero organizada por la Comisión, incluso los que estaban a favor de las unidades de gestión clínica... no digo muy a favor, porque alguien se pasó... se sobrepasó... -y, entonces, pues esto como las oposiciones en un tribunal: entre un 10 y un 0, si la media está entre el 8 y el 4, el 10 y el 0 se van fuera, ¿no?- ni siquiera tengo en cuenta aquel; voy a tender a otros... a otros que defendían las bondades del sistema, pero a mí seguían planteándome muchísimas dudas, que reforzaban la visión previa con la que entré.

Y como sé que el señor Consejero me va a volver a sacar lo de conservador, yo le voy a decir ya, lógicamente: soy un gran conservador; no conservo cuadros, porque no soy capaz... no tengo el arte de ser conservador de cuadros ni de patrimonio, pero sí de luchar por conservar los derechos de las personas, las vidas de las personas y la igualdad en el acceso a las personas y, sobre todo, la no clasificación jerárquicamente de las personas. Gracias.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):**

Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Aguilar Santamaría.

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Bueno, pues desde... desde el Grupo del centro, le quiero indicar, señor... señor Consejero, que nosotros entendemos que el funcionamiento del sistema depende de millones de decisiones clínicas individuales, y así lo creemos firmemente, que son difíciles de modular desde los instrumentos de lo que es la gestión tradicional.

La gestión clínica entendemos que trata de integrar dos dimensiones determinantes de la calidad de los resultados en las organizaciones sanitarias: por una parte, la dimensión del conocimiento médico y la... la dimensión del conocimiento de gestión. Las decisiones clínicas no pueden ir por un camino y las de la gestión por otro camino.

La gestión clínica, por tanto, lo que pretende, bajo nuestro punto de vista, es hacer más gestores a los clínicos, haciendo recaer sobre ellos una mayor responsabilidad en la organización de sus respectivas áreas.

Esto no significa llevarlo al extremo, ¿no?, de convertir a los clínicos en gestores, pero sí que implica un marco de comprensión y participación del entorno organizativo, en la medida que se presupone que los clínicos, por la naturaleza de las... de la organización sanitaria, necesariamente tienen que formar parte de las decisiones estratégicas y operativas, pero también que los gestores se responsabilicen de la calidad de las decisiones clínicas que se toman en su organización.

La necesidad de optimizar los recursos para asegurar la sostenibilidad del sistema obliga -y así lo entendemos- a acudir a técnicas que puedan no solo... no solo producir un ahorro, sino actuar como incentivo para el mismo. Y esto es lo que este Grupo entiende que se pretende con la creación de estas unidades de gestión clínica, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en la Atención Especializada, como en ámbitos compartidos, ¿no?, en línea con el enfoque de la continuidad asistencial entre los niveles.

Entendemos que con ello conseguiremos contribuir a la corriente de descentralización y horizontalizar la organización, acercando la toma de decisiones al profesional sanitario.

En segundo lugar, entendemos que potenciaremos, de esta manera, la implicación y la responsabilidad de los profesionales en la gestión, incrementando su intervención en la toma de decisiones no clínicas, en el uso adecuado de recursos y en la optimización de los rendimientos.

Mejoraremos, por otra parte, la efectividad, la eficiencia y la calidad de las tareas y procedimientos llevados a cabo.

Y, en cuarto lugar, fomentaremos ese trabajo multidisciplinar y el mejor... y del mejor entendimiento y coordinación de las diferentes categorías profesionales en la prestación de la asistencia sanitaria, y eso redundará en una atención integral de calidad para el paciente, que, en el fondo, es lo que nos mueve, porque es el eje del sistema.



Estamos convencidos, señor Consejero, que esta modificación de la organización del trabajo va a tener como objetivo incrementar la eficiencia y garantizar esa sostenibilidad de la sanidad pública, ¿no?, y para eso es absolutamente imprescindible contar mucho más con los profesionales.

La puesta en marcha de este programa hemos entendido que es paulatina, que es voluntaria en distintos centros de la Comunidad, y que implica una descentralización de la organización y dotar a las unidades asistenciales de la autonomía suficiente para que los profesionales se responsabilicen de gestionar los recursos asignados, incrementando su eficiencia y mejorando la calidad de la asistencia mediante la gestión de los procesos. Porque son los profesionales quienes entendemos nosotros que, con su trabajo clínico, garantizan los logros de la asistencia sanitaria. Es en la clínica donde se toman las decisiones que condicionan los resultados, la calidad, la satisfacción, la seguridad y el uso de los recursos; y por eso hay que dar más protagonismo a los profesionales para que se organicen su trabajo con la mayor autonomía.

En definitiva, y para concluir, entendemos que de lo que se trata es de poner en marcha un proyecto que, sin duda, redundará en la optimización de los recursos y en la... y en la prestación de la atención integral y de la calidad para el ciudadano, que, como decía antes, es el eje de nuestro propio sistema sanitario. Nada más y muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Gracias, señor Aguilar. Para contestar a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el señor Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señor Presidente. Bien, pues, brevemente, le diré a la Portavoz del Grupo Socialista: primero, esto no pretende modificar drásticamente la organización sanitaria. No. Yo creo que antes lo he dicho, que pretendemos un cambio progresivo, tranquilo.

Cuando hablaba del entorno de 50 unidades de gestión clínica, me refería a que la previsión es que esté en ese orden de cosas, constituidas en este año dos mil catorce. Le recuerdo que en... en los hospitales existen cuatrocientos y pico servicios hospitalarios -estamos hablando de esa proporción- y en Primaria 249 equipos de Primaria. Por lo tanto, estamos hablando de una... de un ritmo que queremos... que creemos que debe ser lento, porque un cambio de estas características, pues debe ser... debe tener esa... esa modulación. Por lo tanto, nada de cambiar drásticamente la organización, como le he creído entender.

Late también una idea, tal vez más conservadora, en... que deduzco yo de sus palabras. Hoy no le he visto tan conservador al... al Portavoz del Grupo Mixto, pero sí a usted. Dice: ¿para qué vamos a... a buscar más eficiencia si el sistema ya lo es?

Yo creo que ese es un error de... de partida; entre otras cosas, porque, cuando los expertos hablan de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud español, se refieren a... unos lo llaman eficiencia macroeconómica, y vienen a decir que, en términos



de resultados, es mucho más eficiente que otros, porque el gasto sanitario en España no era... -sobre todo, antes- no tenía el... el nivel del... de otros países con mayor gasto, pero peores resultados.

Pero esos mismos expertos -todos, prácticamente- a lo que hacen referencia es que, en lo que ellos llaman "lo meso" -la meso y la microgestión-, el sistema no es tan eficiente, y que, por lo tanto, puede mejorarse en esos aspectos. Globalmente lo es -es evidente-, pero en el funcionamiento de los... de un hospital, de un servicio hospitalario, de un equipo de Primaria, todavía hay mejoras de la eficiencia posibles. Lo hay en todos los aspectos de esta vida -yo creo-; supongo que el Grupo Socialista puede tener un funcionamiento más eficiente del que lo tiene ahora. No pensar eso yo creo que sería una cerrazón que no tiene ningún sentido, ¿no? Y las organizaciones sanitarias deben estar en búsqueda permanente de la mejora de la eficiencia, en mi opinión, porque utilizan muchísimos recursos y porque siempre hay capacidad de mejorar esa utilización.

Y no estamos hablando de ahorro. Que yo recuerde, en esta... en este texto, en este borrador, que tiene... de decreto, que tiene veinticin... veintiséis páginas, esa palabra no existe. Se habla de resultados en distintos aspectos -también se dice en términos de gasto-, pero espero que a ustedes también les preocupe el gasto sanitario y la mejor utilización de los recursos públicos. Y de eso estamos hablando aquí. Globalmente, este modelo no es: si usted ahorra, va a tener más retribuciones. Y, precisamente, fíjense que en este decreto se dice que, desde luego, el primer año de funcionamiento de una unidad de gestión clínica no existirán incentivos. Y, después, ya veremos. Por cierto, también les diré que los incentivos ya existen en la organización sanitaria; o sea, que tampoco es algo nuevo.

Globalmente, dice Su Señoría, la Portavoz del Grupo Socialista... -y yo creo que ahí da la clave de... de esta cuestión y de otras muchas- decía al principio de su intervención: es que las amenazas están ahí. Y terminaba, casi al final, diciendo: y por eso tal vez no sea el momento. Bien, yo... yo, como yo soy el Consejero de Sanidad, yo creo que en la sanidad hay que hacer cosas siempre, aunque algunos se metan en algunos jardines. Lo peor que podría hacer un responsable sanitario es no intentar cambiar y mejorar las cosas. Al menos, en sanidad -no sé en otras áreas-. Y las amenazas cada uno las percibe las que quiere y... y con la intensidad que quiere. Pero yo no... no vengo a hablar de amenazas, yo vengo a hablar del texto de un decreto.

Cuando usted habla de agrupaciones mercantilistas en el contexto de las empresas privadas, pues usted sabrá a qué se refiere. Yo he venido a hablar de mi libro, que es el decreto (aprovecho para recordárselo también al Portavoz del Grupo Mixto), donde dice que las unidades y áreas de gestión clínica -y cito textualmente- "tienen naturaleza jurídica pública y se registrarán por las normas de derecho administrativo". Una... por lo tanto, una amenaza menos -creo-: ni agrupaciones mercantilistas ni en el contexto de empresas privadas.

Dice que los profesionales seguirán manteniendo la misma relación jurídica administrativa de vinculación con la Gerencia Regional de Salud. Dice que en su funcionamiento se regularán por las normas de derecho administrativo. Y así sucesivamente. Yo creo que las amenazas que uno tenga en... en mente... *in mente* -porque las amenazas es la previsión de algo que puede ocurrir, y habitualmente algo negativo-, pues yo creo que se combaten con texto, con texto de decreto y con garantías jurídicas, como aquí se plantea.



Por lo tanto, todas esas ideas que señalaba de agrupaciones mercantiles, empresas privadas, microempresas, reinos de taifas, aquí, desde luego, eso no está incluido; y sí que está incluido la referencia al sistema público que tenemos, a los hospitales públicos que tenemos y a la Atención Primaria que tenemos.

Cuando le... me refería antes al Foro de la Profesión Médica y de Enfermería, que habían... que se habían planteado un acuerdo con el Ministerio de Sanidad, me refería a eso. Al Foro de la Profesión Médica forman parte la Organización Médica Colegial, el Sindicato Estatal de Médicos, los Decanos de las Facultades de Medicina, la Federación de Sociedades Científicas y... y la Federación de Asociaciones de Estudiantes. Habían suscrito un acuerdo a nivel estatal para promover la... entre otras cosas, la... la gestión clínica. Y el Foro de la Profesión de Enfermería estaba integrado por el Sindicato de Enfermería y por el Consejo de Colegios de Enfermería de España. Esos son los que han suscrito ese acuerdo, promoviendo tres cuestiones: el pacto por la sanidad, el desarrollo profesional y la gestión clínica.

Y después, a partir de ahí, usted hace ya algunas referencias concretas, que yo las entiendo como dudas que usted tiene, aunque las traslade al conjunto de los trabajadores. Dice: ¿quién va... quién va a elegir a los directores de las unidades de gestión clínica? Pues el decreto lo dice muy... bien claramente. Como no queremos hacer grandes revoluciones, quienes dirijan una unidad de gestión clínica tienen que ser o los jefes de servicio o las supervisoras de enfermería, que ya existen, por una razón, porque, como este es un proyecto que se basa en la voluntariedad, podemos encontrar una situación en la que, en un servicio donde trabajan veintiocho facultativos, pues haya dos que digan: yo no quiero saber nada de esto. Bueno, pues muy bien. Usted seguirá trabajando en ese servicio y el resto de los componentes pues intentarán organizarse como una unidad de gestión clínica, pero van a tener un mismo responsable. Y por eso aquí se dice que tendrán que ser jefes de servicio o supervisores de enfermería o responsables de las unidades que ya existen. Luego no vamos a trocear de ninguna manera el hospital. Va a seguir organizado, como es lógico y natural: los cardiólogos tendrán que trabajar juntos, bien como unidad de gestión clínica, bien como servicio de cardiología.

Y luego ya hace esta referencia de: ¿podrán contratar bienes y servicios?, ¿qué es eso de las relaciones de colaboración con otros servicios? Pues, en ese funcionamiento... que eso llamaba mucho la atención, cuando el borrador de decreto dice: podrán proponer la... la adquisición de bienes y servicios. Pues claro, como lo hace ahora un jefe de servicio. ¿Quién propone lo que tiene que adquirir y utilizar el servicio? Pues el jefe de servicio; en otras ocasiones, la supervisora de enfermería. Pues claro que lo harán. ¿Quién lo va a hacer si no? ¿O va a ser el Gerente el que proponga que debe consumirse estos medicamentos, o que debe utilizarse este tipo de estent, o que debe utilizarse esta malla quirúrgica? Pues serán, entiendo yo, los facultativos, los jefes de servicio, las enfermeras y las supervisoras, como ocurrirá en las unidades de gestión clínica.

Y dice usted: disminuirán las plantillas, los turnos rotatorios. Pues depende. Sí le digo una cosa, cuando... cuando dice: se alterarán los turnos y las condiciones de trabajo. Fíjese lo que late detrás de esa afirmación, "se alterarán". O sea, usted cree que una modificación de las condiciones o de los turnos de trabajo es una alteración. Yo no lo entiendo así necesariamente. Y... y, si a mí los médicos y las enfermeras de una unidad deciden organizarse de una manera -la que ellos consideren oportuna-, mientras no incumplan ninguna norma, me parece más que razonable.



Porque, fíjese usted, el “café para todos” en la organización sanitaria es muy peligroso. Y... y yo le pregunto: ¿usted cree que un servicio de traumatología tiene que tener exactamente la misma organización, los mismos turnos de trabajo y... y demás que un servicio de medicina interna o que un laboratorio de análisis clínico? Yo creo que no tiene por qué ser así. Esto es lo queremos superar, esa situación de café para todos, de una organización homogénea y rígida, que a veces genera ineficiencias. Es que un laboratorio está automatizado, tiene pocos facultativos especialistas, tiene muchos técnicos de laboratorio, no tiene casi enfermeras y su funcionamiento no puede ser el mismo que un servicio de medicina de interna, que tiene muchos facultativos y muchas enfermeras, y poca automatización; y no puede ser igual que un servicio quirúrgico, que tiene muchos traumatólogos, muchos más traumatólogos que otras categorías, y que... y así sucesivamente. O que un servicio de psiquiatría, al que usted hacía referencia, que tiene otras características radicalmente distintas de servicios médicos y quirúrgicos.

Por eso, lo que usted llama alteración de los turnos de trabajo, a mí me parece que denota, pues una cierta rigidez en la organización hospitalaria. A mí no me da miedo dejar que los profesionales lo organicen de otra manera, porque ellos saben cómo funcionan las cosas, a veces mejor que lo que lo sé yo, que lo que lo sabe el Gerente del hospital.

Dice: ¿usted puede garantizar el mantenimiento del empleo? ¿Y qué tiene que ver esto con las unidades de gestión clínica? El empleo se puede mantener con este proyecto o sin este proyecto; se puede incrementar con un proyecto de unidades de gestión clínica o sin él; o reducir. Es que es... en este sentido, esto es neutro. Depende. ¿Usted puede garantizar las condiciones laborales y retributivas? Pues sí, eso sí. ¿Usted puede decir que no va a haber arbitrariedades? ¡Hombre!, yo creo que no las debe haber, no las va a haber y no las debería haber ahora. ¿Pero usted no cree que hay pequeños reinos de taifas, a veces, en la organización que tenemos, ahora, sin unidades de gestión clínica, eso que usted puede llamar reinos de taifas? Pues seguramente, bajo ese concepto, podríamos decir que ahora también existen. De manera que esto ni quita ni pone ni aporta.

Lo que sí que aporta es una cosa: compromiso profesional con la organización y compromiso con unos objetivos concretos.

Y paso a contestar, entonces, al Portavoz del Grupo Mixto cuando dice -esto que queda muy bonito dicho así, se lo... se lo reconozco- que esto supone la externalización de los beneficios por la vía de la internalización... de la internalización de los recortes. Se lo repito: aquí no va a haber empresas privadas. Si usted quiere, le pongo en contacto con nuestros Servicios Jurídicos para que le riñan un poco cuando usted diga: queremos poner otra vez que esto es público, y nos digan: pero si ya está puesto. Yo le digo: bueno, ¿conviene reiterarlo en otro artículo para eliminar algunos fantasmas que existen de que esto tiene que ver con la privatización? No veo de dónde puede deducirlo, cuando, le repito, estamos hablando de unidades de naturaleza pública, que expresamente se va a decir así en la norma, que se rigen por normas de derecho administrativo, con personal con la vinculación pública que existe ahora, etcétera, etcétera. Entonces, usted puede decir que esto es externalizar cosas. Usted... usted sabrá de dónde lo deduce; desde luego, ni de este proyecto ni de este texto.

Sobre los incentivos ha dicho una cosa muy interesante, que no comparto en absoluto. Dice: no deberían existir incentivos más allá de las retribuciones que tiene



un profesional por el trabajo que hace en condiciones normales. Algo así ha dicho. Y digo yo: ¿y qué es eso de condiciones normales? O sea, ¿usted no cree que hay profesionales en la sanidad que trabajan unos mejor que otros? Eso es intrínseco de la actividad médica y de enfermería, porque esto no es una fábrica de... de vehículos en los que la sistemática está perfectamente estandarizada. No, no, no se olvide de eso. Aquí no pagamos a la gente porque ponga veinte, treinta o cuarenta tornillos, pagamos a la gente por un... por actividades clínicas que tienen un elemento, como mucha prestación de servicios personales, que es imposible de objetivar en algunos aspectos, que tiene una cualidad en sí misma distinta de la producción de bienes, y que, por lo tanto, tiene resultados distintos. Y esto es obvio y está más que analizado. Hay profesionales que trabajan mejor que otros, y también hay profesionales que trabajan más que otros. Y no entiendo por qué no debemos incentivar al que más y al que mejor trabaja, por encima de las retribuciones que tienen reconocidas todos los trabajadores de la sanidad pública.

Y, por cierto, los incentivos en las organizaciones sanitarias existen. Y, fíjese, aquí existía la productividad variable, y durante muchos años se ha distribuido; y existe la carrera profesional, y se sigue retribuyendo, que distingue algunas cosas de este tipo también, no demasiado... no con demasiada finura. ¿Pero usted no cree que hay que incentivar al que más se forma, al que más se cualifica, y hay que estimularle, algo más que al que lo hace con menor intensidad? Y yo creo que ahí hay una situación, pues que, desde luego, yo no la comparto de ninguna... de ninguna de las maneras.

Creo que el... precisamente el café para todos en la sanidad es una de las fuentes de mayor ineficiencia. Porque, al final, ¿sabe lo que ocurre?, que termina igualando a todos hacia abajo. Y lo que creo es que tenemos que estimular e intentar tirar hacia arriba a quienes trabajan algo peor o trabajan algo menos; y que quienes empujan, se comprometen con la organización, tengan algunos reconocimientos, incluidos los retributivos.

Repito que no sé de dónde deduce usted que un proyecto de este tipo abre las puertas a la privatización. La privatización, o lo que usted llama privatización, es posible, perfectamente posible sin este decreto. Este Gobierno, la Junta de Castilla y León, tiene mayorías suficientes, desde hace muchos años, como para privatizar, externalizar, o lo que usted quiera, si era... si esa hubiera sido su política. Y le reto a usted a que me diga qué se ha privatizado en los últimos 13 años, desde las transferencias, en Castilla y León. Y le puedo decir que ha ocurrido lo contrario: en algún momento se han externalizado algunos servicios, y después se han integrado en el contexto de lo público algunos más. Y no me diga que cuando concertamos con una clínica privada unas intervenciones eso es privatizar. Hagamos un debate un poco riguroso. Estamos hablando del modelo público. Y yo le reto a que me diga qué se ha privatizado. Y la regulación que existe hoy lo permite perfectamente. Lo que no sé es de dónde deduce de este proyecto de decreto. Porque eso es posible en el contexto actual, no ha formado parte de la política de este Gobierno, y, desde luego, no... y estaría impedido con la aprobación de este decreto. No podría haber en Castilla y León unidades de gestión clínica que no fueran dentro de hospitales públicos, como unidades públicas, con profesionales con vinculación pública y con funcionamiento de acuerdo con el derecho administrativo. Con este decreto nos... no se podría, solo se podría hacer de esa manera.



Y, finalmente, ahorro –dice usted– versus eficacia, eficiencia. Esta no es una medida de ahorro. Las unidades de gestión clínica no tienen que ver con los ahorros, tienen que ver con la eficiencia. Y la eficiencia tiene que ver con los costes, eso sí. Y le voy a poner un ejemplo bien claro: en Castilla y León hay un hospital que en el tratamiento del cáncer del colon el coste por paciente de un tipo de cáncer de colon son 2.400 euros al año, y en otro hospital el coste del mismo tipo de cáncer de colon son 6.500 euros al año. Los facultativos utilizan los medicamentos que están autorizados y no tienen restricciones para ello, eligen unos u otros, toman decisiones que tienen que ver con los recursos. Y lo que yo digo es que los profesionales tienen que tener en consideración, cuando eligen un medicamento, el coste que tiene, los resultados que tiene. Y no se lo voy a decir yo lo que tiene que hacer, porque yo no... no soy oncólogo. Yo no sé si el tratamiento más adecuado es uno u otro –por cierto, por eso también pedimos a los oncólogos que nos lo digan, a la Sociedad Castellano y Leonesa de Oncología–, pero ese no es un problema administrativo, no es un problema de los políticos de la sanidad, de los gestores. Es un problema en el que las decisiones de los profesionales tienen, y mucho, que ver con la eficiencia; no solamente la macroeficiencia, sino las decisiones que se toman en el día a día. Y eso, y no el ahorro, es en lo que queremos avanzar con las unidades de gestión clínica.

Y muchas gracias al señor Aguilar también, porque yo creo que en una posición efectivamente centrada, no especialmente conservadora ni virada a la izquierda, pues ha planteado las cosas en su justo punto –me refiero respecto al debate, no en términos ideológicos, por supuesto–. Y que yo creo que el sistema sanitario, la sanidad pública, tenemos que ir haciendo algunas cosas para... para garantizar que vaya mejorando, que vaya siendo más eficiente, y que la podamos seguir manteniendo en el futuro, porque esa idea es clave, en mi opinión.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Gracias, señor Consejero. Para un turno de réplica, por el Grupo Parlamentario Socialista, y por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra la señora Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Gracias, señor Consejero. Desde luego, ha venido usted aquí hoy con el remedio de todos los males; tiene la panacea para solucionar todo: la reordenación de los recursos humanos va a solucionar todos los males de Primaria, y esto va a solucionar el resto. En fin, yo le voy a hacer alguna reflexión, por si... por si sirven.

Primero, sí que quería, con todo respeto, decirle al Portavoz del Partido Popular que no siga... –sí, no, pero es una consideración a su intervención– que no siga buscando el centro, si se les perdió hace tiempo y ya volvieron a esa derechita pura, de donde el cuerpo les pedía no haber salido nunca. Por eso no se moleste usted en buscarlo, porque ya... ya no tiene remedio.

Y, señor Consejero, dice que soy conservadora. Sí, soy conservadora para intentar que conservemos el sistema público de salud que hemos tenido durante casi



los últimos 30 años, y hay que conservarlo a pesar del Partido Popular. Yo confío que ya lo poco que queda, pues seamos capaces de conservarlo, sí. En ese... en ese aspecto, tiene usted razón.

Dice que yo soy partidaria del café para todos en el sistema sanitario público. No, ni lo soy ni lo era. Yo sí que soy partidaria, fijese, de que lo que ustedes suprimieron en el Decreto 2/2012, en la productividad variable, fuera eso, incentivar a aquellos que trabajan mejor y que hacen más esfuerzo, pero ahora no... no lo tenemos. Por lo tanto, están ustedes a tiempo de volver a ponerlo en marcha y que eso sirva para lo que... Yo de eso sí que soy partidaria, es verdad, vamos. También es verdad que hay unos profesionales sanitarios que trabajan mejor y otros peor, o más o menos, y yo le propondría al señor Herrera que usted, que es el Consejero que más comparece, que le prime especialmente a usted, se lo digo sinceramente, porque otros no vienen ni a tiros. Usted, eso he de reconocérselo.

Y yo sigo diciendo, señor Consejero, que nuestro Grupo, yo misma, somos favorables a la gestión clínica, que eso ya lo hacen los profesionales ahora mismo, ¿o no? ¿O es que el mundo va a empezar a partir de la implantación progresiva de las unidades de gestión clínica? La gestión clínica ya está ahí, pero no es lo mismo, ni necesario, pues más experimentos.

Por lo tanto, que gestionar bien los recursos, trabajar adecuadamente, con eficacia, con eficiencia, pues claro que sí. Pero eso pues ya entiendo yo que lo hacen todos los profesionales diariamente.

Dice usted que a qué me refería con el mantenimiento del empleo, que si puede garantizar. Pues porque esas dos unidades pilotos, de las que, sinceramente, yo solo he oído hablar bien a los directores de esas dos unidades, pues mantener el empleo es que si había 10 celadores y dejaron 3, pues se perdieron 7. Y si eso pasa en las 50 que se ponen en marcha, pues me refería exactamente a eso.

¿Que la privatización es posible? Pues claro que sí, por la puerta principal y por la puerta de atrás. ¿Pero cómo no vamos a pensar que eso es sencillamente no posible, sino muy probable con el Partido Popular? Y que tienen mayoría suficiente -dice usted- para hacer eso y lo que quieran; claro, si ya lo sabemos, pero también tienen los... los ciudadanos mayoría y conciencia suficiente para quitarles esa mayoría de la que se alardea aquí y se alardea en otros sitios -con todo mi respeto-, señor Consejero.

Pero yo... no me ha quedado claro, o dígame otra vez, a ver si es que no lo he captado: la inclusión de los profesionales en esas unidades, nuestra información y la experiencia dice que no es voluntaria, que a los directores de las unidades, que pueden ser reinos de taifas con poder absoluto -usted creo que me lo ha ratificado ahora-, se les va a elegir a dedo, no en ningún concurso público. Que hay muchísimos profesionales que temen, pues que... que eso vaya a significar pérdida de derechos, estar en manos de los directores de las unidades, reducción de plantillas, criterios dudosos para los contratos; y luego muchísimos más que consideran que esa es una puerta abierta para la privatización y la contratación externa de servicios. Y eso es así, señor Consejero.

Yo voy a remitirme otra vez -y no quería hacerlo- a ese famoso foro -donde usted nos ha vuelto a decir los que estaban: las sociedades científicas, los Presidentes del... los Consejos de Enfermería y de... y Consejos Médicos, que hicieron ese



paripé a bombo y platillo con la Ministra, parecido al que se hizo aquí-. Y no yo, se lo preguntan muchos profesionales, ¿que a quién representan y que en nombre de quién han hecho esos pactos? Porque la realidad es que las asambleas mayoritarias de centros de salud y de hospitales hay un escaso 1 % de profesionales que estén a favor de la implantación progresiva de las unidades de gestión clínica. Y si el objetivo es corresponsabilizar y dar participación a los profesionales, y a los profesionales no les gusta, pues yo le pido que lo medite, señor Consejero, porque apaga y vámonos, estaríamos haciendo lo contrario de lo que se persigue.

¿Me queda algo de tiempo? ¡Ah!, pues muchas... [Murmullas].

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Gracias, señora Martín Juárez. En un turno de réplica, por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra el señor González Suárez.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Si me permite la compañera Portavoz de Grupo Socialista, no se pregunta la hora, usted lo sabía bien y se le está olvidando; siempre queda tiempo. Bien.

Señor Consejero, gracias por su avance en las explicaciones, algo nuevo nos ha dicho; poco, ha dicho poco nuevo respecto a la primera intervención, pero algo. Y voy a empezar pidiéndole que diga algo nuevo a mayores. Usted dice que si hay que añadir un artículo nuevo sobre que bajo ningún concepto se privatizará a pesar de la mayoría absoluta -que, por cierto, de la que yo he hablado-; pues nada, un artículo nuevo y a lo mejor puede acabar convenciéndonos hasta llegar del 1 % al 3 % o al 4 %. Bienvenido sea el compromiso, establecer ese artículo nuevo.

Le voy a explicar esa frase que le ha gustado, que se me fue ocurriendo a la medida que le estaba escuchando a usted, el de externalización de los beneficios por la internalización de los recortes. Y en ese caso no estaba hablando yo de empresas, le ha perdido a usted en este caso su subconsciente, a pesar del dominio que tiene sobre él. Le ha perdido porque yo me refería a los incentivos económicos que iban a llevar los profesionales por ahorrar; es decir, ese beneficio es una forma de externalizar, salir del sistema ese ahorro, que -insisto- generar más beneficios para los ciudadanos no tiene que implicar que la eficacia y la eficiencia sea ahorro, es otra cosa, ¿vale? Bien.

Señor Consejero, voy a ir con lo de los incentivos, a seguir debatiendo con usted sobre el tema. Porque, mire, que yo sepa existen jefes de servicio, jefes de servicio que cobran, primero, por que el servicio funcione lo mejor posible; segundo, por que aquellos que trabajan en ese servicio cumplan con sus obligaciones. ¿No? Esta es la realidad. Entonces, ¿usted me está diciendo a mí que hay profesionales de la sanidad en Castilla y León que no cumplen con sus obligaciones? Porque, si me está diciendo eso, me está diciendo que hay jefes de servicio que están cobrando por ser jefes de servicio sin cumplir con sus obligaciones; y me está diciendo que hay gerentes o directores que cubren... cobran como tales sin cumplir con sus obligaciones... que los jefes de servicio... Es decir, se la llevo totalmente a la inversa.



Y yo no cuestiono que el ser jefe de servicio lleve anexionado un plus económico por ser jefe de servicio, no; yo estoy hablando: los incentivos en base a lo que era la antigua paga extraordinaria de beneficios de empresa –digo antigua, porque hace mucho tiempo que desapareció–, que se daba en base a los beneficios que tenía la empresa. Pero estamos en el sistema público, no podemos hablar de paga extraordinaria mensual de beneficios de la empresa; bajo ningún concepto debemos hablar de esto, bajo ningún concepto.

Y le voy a decir también otra cuestión: lo mejor o lo peor respecto al trabajo. Lo mejor y lo peor siempre es subjetivo; todos tenemos nuestra carga de... de subjetividad, y lo... y es tan subjetivo como la belleza... [murmillos] ... tan subjetivo como la belleza. Claro, yo tengo un amigo que tiene una pareja gay, ¿eh?, y que me dice: puede gustarte mi pareja, su belleza, a mí... a ti más que a mí; en cambio es mi pareja. Pues la subjetividad de la belleza es total. [Murmillos]. Pues la subjetividad de lo mejor y lo... lo peor, en los casos que usted dice, o lo evalúa cuantitativamente o no sirve. Y si lo evalúa cuantitativamente, deberá estar tomando ya medidas ante lo que está diciendo.

Por ir finalizando. Ha vuelto a poner usted un ejemplo –y digo que ha vuelto a poner usted un ejemplo, porque ya se lo he oído en otra ocasión– sobre el costo de los tratamientos oncológicos entre cierta unidad y otra cierta unidad. Bueno, faltaría ver, faltaría ver también... cuantificar, por una parte, la morbilidad del tratamiento de una unidad o de otra; y faltaría otra, no solamente el de la morbilidad, sino también el grado de... de calidad de vida del sufriente de la enfermedad en cada uno de los casos. Claro, y esto sí que no es subjetivismo, ni la morbilidad ni el grado de sufrimiento; son... Porque claro, el que sufre, ahí no hay subjetivismo que valga. Eso usted, como psiquiatra... no voy a decir como buen psiquiatra, porque ni he pasado por sus tratamientos, aunque a veces nos lo intenta aplicar, ni pienso pasar, ¿no? [Murmillos]. Pero bueno. No porque no me fíe de usted científicamente, sino porque, igual que nunca he roto un hueso, espero que no se me rompa mi situación nerviosa. Vale, muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. El Grupo Popular renuncia al turno de réplica, así que, para un turno de dúplica, tiene la palabra el señor Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señor Presidente. Bien, con rapidez, porque, si no, vamos a derivar no sé hacia dónde.

Le diré a la Portavoz del Grupo Socialista, primero, retribuciones. Dice: ya existen retribuciones variables. Claro que existen, y a eso me refiero precisamente. Se ha dado usted por aludida cuando me... me estaba refiriendo antes al Portavoz del Grupo Mixto, hablando de incentivos. Yo creo –y ahora insistiré en ello– que, de igual manera que existe retribución variable, hasta hace un año y pico, debemos incentivar de distintas formas, no solamente retributivamente, a quienes mejor y a quienes más trabajan. En una organización como la sanitaria, me parece básico y elemental.

Segundo. Dice usted: ya hay profesionales que hacen gestión clínica. Claro, curiosamente quienes trabajan con ese estilo suelen ser los integrantes de las unida-



des que... que tienen muy buenos resultados, prestigio, impacto. Por eso... por eso apostamos por esta vía. Pero ¿sabe usted lo que nos dicen a veces? Nos dicen: es que queríamos montar una consulta por la tarde porque en el hospital de día oncohematológico pasa no sé qué, y, sin embargo, nos dicen que el horario, como es horario de mañana, y el de la tarde tiene que ser incentivado, que esto es más difícil hacerlo, cuando los integrantes de ese servicio están de acuerdo en que eso es razonable y en que eso se puede hacer.

¿Sabe usted lo que nos dicen? Es que la política de sustituciones nos dicen desde la Gerencia que es que hay que sustituir al 10, al 15, al 20 o al 80 %, y nosotros creía... queremos o creemos que es mejor hacerlo de esta otra manera.

¿Sabe lo que nos dicen? Que hay una política global de reposición de jubilaciones, y a nosotros, pues nos parece que, en caso de... de producirse una jubilación, deberíamos contratar o no deberíamos contratar a alguien. Y así sucesivamente.

Y el problema, lo que nos dicen quienes están funcionando a la manera de unidades de gestión clínica, quienes más están comprometidos, es que necesitan una cierta autonomía para adaptar el funcionamiento a lo que requiere cada uno de sus servicios.

Y en la sanidad, como trabajan 37.000 personas, hay de todo: hay profesionales que no quieren saber nada de esto, y que dicen: a mí dígame cuándo, cómo y dónde tengo que trabajar, y yo no me quiero complicar la vida -y es muy legítimo-; y hay profesionales que quieren tirar del carro, que se implican, que quieren modificar las cosas, que quieren mejorar, que quieren innovar, y les tenemos que dejar hacerlo y darles ese espacio y darles esa autonomía. Y por eso digo que el café para todos no es bueno en sanidad, porque no todos somos iguales, ni en disposición, ni en contenido del trabajo, ni en cantidad, ni en cualidad del trabajo, ni en ánimo de formación, ni en interés en investigación, y así sucesivamente.

¿Ustedes creen que... que la investigación es solo una cuestión de... de disposición mental o de intuición, o que es que hay gente que está... que la promueve y que la quiere hacer, y que termina aprendiendo cómo se hace? Pues a toda esa gente hay que estimularla. Y al que cumple su trabajo, pues hay que retribuirle. Esa es la diferencia que... en la que yo entiendo la sanidad.

El empleo, le insisto, ha habido épocas de mucho crecimiento del empleo, sin unidades de gestión clínica; ha habido épocas de contención, sin unidades de gestión clínica. Y el futuro, pues, en función de la senda presupuestaria, nos dirá si el empleo se mantiene, si crece, o en una unidad se reduce y crece en otra. Pero esto no tiene que ver con las unidades de gestión clínica. Hay servicios hospitalarios que han crecido mucho el empleo, y otros que se han mantenido, y algunos han bajado; pero, insisto, eso no tiene que ver con... con las unidades de gestión clínica; tiene que ver con disponibilidades presupuestarias y con decisiones que se toman, que, generalmente, generalmente, no son decisiones que toman los clínicos, sino que toman los gestores.

Y sobre la privatización, le digo lo mismo: ¿de qué lo deduce?, ¿de dónde lo deduce de este borrador de decreto? Si es una fantasía, si es un rumor que usted ha oído, pues me parece muy bien que lo diga, pero no se lo atribuya a este proyecto ni a este decreto.



Y me parece muy curioso lo que... la disputa que tienen la Portavoz del Grupo Socialista y el Grupo Mixto sobre si los proclives en la gestión son el 1, el 2 o el 3, o podrán llegar a ser el 4 %. Fíjese qué curioso, dice usted: es que en todas las asambleas todos los profesionales, salvo el 1 %, están en desacuerdo. Hace usted mucha referencia a la enfermería, además. Y yo le decía: digo, oiga, es que quien... quien ha firmado ese acuerdo, ese pacto a nivel nacional, que hablan de la promoción de la gestión clínica, es el Colegio de Enfermería, que profesionalmente representa a los enfermeros; el Sindicato de Enfermería, que, sindicalmente, en Castilla y León, es la fuerza más votada en toda la sanidad. Y usted dice: es que en las asambleas nadie quiere ver esto. Pues yo le digo lo que hay, yo le digo lo que... quiénes han firmado ese acuerdo y a qué representan. ¿Usted cree que sería lógico decir que los ciudadanos en una asamblea han decidido no sé qué, al margen de que lo digan... de lo que digan los Grupos Parlamentarios aquí representados? Quien representa la voluntad popular son ustedes, no el que una asamblea diga una parte una cosa y otra, otra. Yo simplemente me remito a quiénes firman ese acuerdo que promueve... que pretende promover la gestión clínica.

Le diré: la participación de los profesionales es voluntaria. ¿Qué supone participar en una unidad de gestión clínica? Pues que globalmente un grupo de clínicos decide organizarse de una o de otra manera, para cumplir unos compromisos que ha pactado de cuántas intervenciones vamos a hacer, cuánta demora vamos a tener, qué indicadores de calidad, cuántos reingresos prevemos que vamos a tener, cuántas altas vamos a dar, cuánta gente vamos a formar (de estudiantes, de residentes), si hacemos o no proyectos de investigación... Sobre eso ese grupo pactará unos indicadores de manera voluntaria, y se organizará, sin incumplir ninguna norma, como quiera.

Y esto, hasta los sindicatos más rígidos nos dicen: bueno, si voluntariamente alguien quiere hacer por la tarde unas consultas, pues si es voluntario, pues muy bien. Pero es que ahora, hasta hace muy poco, ni siquiera se podía voluntariamente, y eso... esa rigidez es la que queremos superar.

Y remata usted de nuevo que esto es la puerta de entrada a la privatización. Ya no lo dice usted, sino lo pone en boca, parece ser, de lo que dicen las asambleas. Bueno. Yo le digo: de aquí no puede deducirse nada que tenga que ver con la privatización. Y tal vez lo consulte con los Servicios Jurídicos, lo que pasa es que me van a reñir, me van a decir: ¿otra vez? ¿Cómo vamos a poner en un decreto que, a pesar de la mayoría del Partido Popular, no se va a privatizar nada? Un concepto ese jurídico muy indeterminado.

Y le repito al Portavoz del... del Grupo Mixto: esto no tiene nada que ver con el ahorro. Podrá haber ahorro o no. Cuando alguien... un grupo se constituye en unidad de gestión clínica solo ponemos una limitación inicial: que, por el hecho de constituirse, no puede tener incrementos de plantilla. Aquí no vale decir: yo lo voy a hacer muy bien, pero necesito siete cardiólogos más. No. Estamos en el momento en el que estamos; quienes trabajan, organicéense de otra manera, si lo consideran oportuno; pero no me diga que, para mejorar, necesariamente tengo que tener más.

Tal vez sea necesario más, y tal vez una unidad de gestión clínica nos diga que, para cumplir estos objetivos, necesita más recursos. Bien. Y otras tal vez generen ahorros; pues muy bien. Pero eso es la dinámica que tenemos en este momento, la misma que tenemos en este momento.



Y usted parece que... que considera la sanidad como una organización jerárquica, disciplinada y... y un poco estalinista. Eso de decir: es que los jefes de servicio tendrán que verificar que los médicos... los facultativos cumplan sus obligaciones. ¡Faltaría más, faltaría más! Pero eso tiene estilos distintos en unas personas y en otras, y resultados distintos también. Claro. Pero se trata de incentivar... Vamos a ver, yo, se lo puedo asegurar, yo he conocido a muchos jefes de servicio de hospitales y le puedo decir que el que limita su función a hacer cumplir sus obligaciones a los médicos que trabajan en ese servicio normalmente está condenado casi al fracaso, casi siempre. Si ese es su principal cometido, hacer cumplir las obligaciones a los demás, en el ámbito sanitario suele ser bastante mal negocio. Si no hay liderazgo, si no hay consenso y si no hay compromiso conjunto, no del jefe, ni de los... ni de los facultativos, sino del conjunto, y hay una dirección a la que se quiere ir, mal asunto, señor González.

Y le diré una última... una penúltima cosa: los expertos, prácticamente todos, y los que analizan la organización sanitaria, ¿sabe usted lo que se viene proponiendo en los últimos años? Que aproximadamente un tercio de las retribuciones de los profesionales clínicos, fundamentalmente médicos, pero también enfermería, sean retribuciones variables. Fíjese, un tercio de sus retribuciones. Quienes más han profundizado en... en cómo deben mejorarse organizaciones sanitarias lo están planteando en esos términos.

Aquí existen esas retribuciones variables -existían-, ¿y saben lo que pasa? Que al final retribuían lo mismo al cardiólogo, al traumatólogo, al especialista en análisis clínico y al psiquiatra. Y cada uno de esos servicios tenía funcionamiento, indicadores y resultados distintos. Y lo que pretendemos ahora es que no haya un plan de gestión para un hospital -que le hacemos desde los Servicios Centrales y le firmamos con el Gerente del hospital, y él, a su vez, intenta llevarlo a todo el hospital-, sino que cada unidad, cada servicio, se comprometa con una manera de trabajar, unos objetivos en distintos ámbitos, y eso tenga, en su caso, la posibilidad y la consideración de los incentivos.

Y, respecto al... a las diferencias que decía Su Señoría en... en el ejemplo que ponía yo de distinto coste del tratamiento de un mismo proceso de cáncer colorrectal, claro que se tiene en cuenta eso. Pero aquí hay una capacidad de decisión que, insisto, no la tengo yo ni el Gerente del hospital, la tienen los clínicos. Y se tienen en cuenta esas consideraciones que usted hacía respecto a los resultados, la supervivencia, la calidad de vida.

Y, además, digo más: es que hay otras circunstancias en los que la variabilidad en la clínica es importantísima. Aquí hemos hablado algún día, por ejemplo, de la tasa de indicación de intervenciones quirúrgicas. En un hospital triplica la de otro. Ahí ya no estamos... estamos... antes de tratar al paciente, antes... simplemente, la indicación quirúrgica. Algo tendremos que plantear a los profesionales, de mayor consenso, en el sentido de reducir la variabilidad, que también existe en la práctica clínica. Este es otro... cuestión muy estudiada, y que es una de las fuentes de mejora de la eficiencia de los sistemas sanitarios, reducir esa variabilidad. Y eso solo lo pueden hacer los clínicos. Yo no puedo decir a quién hay que intervenir de cataratas, ni lo debe decir el Gerente del hospital; lo deben decir los oftalmólogos. Yo puedo recoger su consenso y trasladarlo para que se aplique igual en todos los sitios.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):**

Muchas gracias, señor Consejero. Terminado el turno de Portavoces, se abre un turno para que el resto de Procuradores presentes que no hayan actuado como Portavoces de los Grupos puedan, escuetamente, formular preguntas o pedir aclaraciones sobre la información facilitada. ¿Algún Procurador desea...? Bien. Pues, señor Rodero, puede formular su pregunta.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Muchas gracias. Señor Consejero, creo que, de forma... no nos ha dicho, al menos, toda la verdad, o lo que cree usted. En... le digo lo siguiente: en la Disposición Adicional Quinta de la Ley 10 del dos mil trece, de farmacovigilancia, ahí ya, en la... justamente, en la Disposición Final Quinta, significa la fine... finiquita el... la cuestión estatutaria. Eso, de entrada -recuérdelo-. Y es de nivel central; y nos está afectando, y nos está afectando, y nos está afectando seriamente; hasta pone plazos de tres años, cinco años, etcétera. Esto es, por la puerta de atrás, alterar todo el sistema. Quiero su valoración respecto a esa ley.

Segundo. También creo -y usted lo sabe- que hay un intento de ley al respecto a nivel central. Por lo menos, en toda la prensa sanitaria se está hablando de ello. ¿Vamos a hacernos, a antecedernos, y luego que haya conflictos competenciales, etcétera, y tengamos jaleo?

Tercera cuestión que le quiero decir: es que, mire, esto de las unidades de gestión clínica es una organización dentro de otra organización. Y eso, en cualquier manual, usted sabe que estalla, que estalla obligatoriamente.

Usted habla de la mesogestión y de la microgestión. ¿Qué más conflictos puede plantear las unidades de gestión a esos niveles? Es imposible. Usted está hablando de la variabilidad clínica. Eso es tan solamente gestión por procesos. Y sí que es una competencia suya. ¿Cómo no va a ser una competencia suya el que en un hospital se operen 300 veces más que otra por la misma patología? Y usted está diciendo: eso a mí no me toca. No. A eso usted le toca, y mucho; y mucho más que mucho. Eso es plena responsabilidad, porque es una cuestión de instaurar protocolo, no experimentos tan raros que no tiene... [murmillos]

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Señor Rodero, por favor, formule... formule la pregunta.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

... la... el consenso suficiente. [Murmillos]. Mire, solo le quería decir eso -bueno, algunas cosas más-, pero ya que el Presidente me corta amablemente, lo reformularémos en iniciativas que plantearemos sobre este tema. Muchísimas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muy bien. Gracias, señor Rodero. Para responder a las preguntas formuladas, tiene la palabra el señor Consejero de Sanidad.

**EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):**

Pues, muy rápidamente, le diré que la Disposición Final Quinta de esa norma a la que usted hace referencia lo que añade es que en aquellos centros... instituciones sanitarias donde el personal no sea estatutario tendrá derecho, en su caso, a reserva de puesto y volverse a ese puesto durante tres años.

El Estatuto Jurídico del Personal Sanitario dice que el personal de las instituciones sanitarias es estatutario. Y esa disposición lo que dice –y léala con detenimiento– es que, cuando las condiciones de la institución sanitaria no permitan que el personal sea estatutario, tendrá la posibilidad de volver transcurridos tres años. Usted solo ha leído esa disposición, y no han leído lo que dice el Estatuto, que es que el personal es estatutario. Punto.

Segundo. Respecto al decreto que dice usted que está preparando el Ministerio, yo también he leído esas noticias. A mí me dijo el Ministerio, hace un año aproximadamente, que estaban pensándolo. Yo advertí que tuvieran un poco de precaución, porque estamos hablando de la gestión clínica, y, como su propio nombre indica, en relación con las competencias de esta Comunidad –que son de gestión de la asistencia sanitaria–, podíamos entrar en un terreno, pues un poco conflictivo. De hecho, desde luego, salvo cuestiones de carácter general, el cómo se hacen las unidades, qué debe contener, cuál es el procedimiento para su creación, cuál es el contenido del programa de gestión clínica... en fin, yo... por si acaso, efectivamente, se lo he advertido al... al Ministerio que mida mucho el contenido de esa norma que había señalado, y que, por cierto, según mis noticias, no se va a desarrollar; pero, en fin, ya lo veremos.

Y, finalmente, yo no digo que los problemas de variabilidad y de... entre los hospitales no sean mi responsabilidad. Lo que digo es que yo no soy el que indica... hace las indicaciones quirúrgicas. Y yo no las voy a hacer, no voy a decir a quién hay... creo que he dicho, exactamente, que no voy a ser yo quien diga a quién hay que hacer una intervención, ni siquiera al Gerente de un hospital. Yo lo que digo es que la variabilidad es fundamentalmente un problema de consenso profesional, y por eso interesa que sean los profesionales los que se vinculen a la gestión clínica.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Bueno, pues agradecemos al señor Consejero de Sanidad su comparecencia, una vez más, ante esta Comisión.

Y, no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

[Se levanta la sesión a las catorce horas veinticinco minutos].