



COMISIÓN DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

PRESIDENCIA

DOÑA MARÍA SOLEDAD ROMERAL MARTÍN

Sesión celebrada el día 2 de abril de 2014, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Comparecencia de la Excma. Sra. Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, SC/000200, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre:
 - Características del contrato firmado por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades con la Consejería de Sanidad para la puesta en funcionamiento de las camas de convalecencia.
2. Comparecencia de la Excma. Sra. Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, SC/000136, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre:
 - Estrategia de atención al paciente crónico.

SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas diez minutos.	14340
La Presidenta, Sra. Romeral Martín, abre la sesión.	14340
Intervención de la Procuradora Sra. Álvarez-Quiñones Sanz (Grupo Popular) para comunicar sustituciones.	14340
Primer punto del Orden del Día. SC/000200.	
El Secretario, Sr. Jurado Pajares, da lectura al primer punto del Orden del Día.	14340



	<u>Páginas</u>
Intervención de la Sra. Marcos Ortega, Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, para informar a la Comisión.	14340
La Presidenta, Sra. Romeral Martín, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	14346
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Alonso Díez (Grupo Socialista).	14346
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	14349
En turno de Portavoces, interviene la Procuradora Sra. Álvarez-Quiñones Sanz (Grupo Popular).	14351
Intervención de la Sra. Marcos Ortega, Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, para responder a las cuestiones planteadas.	14353
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. Alonso Díez (Grupo Socialista).	14358
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	14360
En turno de réplica, interviene la Procuradora Sra. Álvarez-Quiñones Sanz (Grupo Popular).	14361
En turno de dúplica, interviene la Sra. Marcos Ortega, Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades.	14362
La Presidenta, Sra. Romeral Martín, abre un turno de preguntas para los Procuradores que no han intervenido en el debate.	14365
En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Agudéz Calvo (Grupo Socialista).	14365
Contestación de la Sra. Marcos Ortega, Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades.	14366
Segundo punto del Orden del Día. SC/000136.	
El Secretario, Sr. Jurado Pajares, da lectura al segundo punto del Orden del Día.	14366
Intervención de la Sra. Marcos Ortega, Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, para informar a la Comisión.	14366
La Presidenta, Sra. Romeral Martín, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	14372
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Rodero García (Grupo Socialista).	14372
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	14377



	<u>Páginas</u>
En turno de Portavoces, interviene la Procuradora Sra. Álvarez-Quiñones Sanz (Grupo Popular).	14378
Intervención de la Sra. Marcos Ortega, Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, para responder a las cuestiones planteadas.	14380
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. Rodero García (Grupo Socialista).	14383
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	14385
En turno de dúplica, interviene la Sra. Marcos Ortega, Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades.	14386
La Presidenta, Sra. Romeral Martín, levanta la sesión.	14389
Se levanta la sesión a las trece horas diez minutos.	14389



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

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Buenos días, Señorías. Se abre la sesión. Antes de iniciar la Comisión, por parte de algún Grupo Parlamentario, ¿se quiere comunicar alguna sustitución a la Presidencia? ¿Por parte del Grupo Parlamentario Socialista, tienen alguna sustitución? Gracias. ¿Por parte del Grupo Parlamentario Popular?

LA SEÑORA ÁLVAREZ-QUIÑONES SANZ:

Buenos días, Señorías, señora Consejera. Sí, tenemos dos sustituciones. Doña María de las Mercedes Alzola Allende sustituye a don Juan Jesús Blanco Muñoz y don Vidal Galicia Jaramillo sustituye a don Jesús Aguilar Santamaría.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. Quisiera dar la bienvenida a la Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León, esta mañana, en la... en la Comisión Parlamentaria, para las comparencias solicitadas. Por parte del señor Secretario se dará lectura al primer punto del Orden del Día.

SC/000200

EL SECRETARIO (SEÑOR JURADO PAJARES):

Buenos días. Gracias, señora Presidente. Primer punto del Orden del Día: **“Comparencia de la Excelentísima señora Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, número 200, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre características del contrato firmado por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades con la Consejería de Sanidad para la puesta en funcionamiento de las camas de convalecencia”.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. Tiene la palabra la Excelentísima señora Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.

LA CONSEJERA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES (SEÑORA MARCOS ORTEGA):

Muchas gracias, Presidenta. Señoritas y señores Procuradores, comparezco ante esta Comisión de las Cortes de Castilla y León, a petición del Grupo Socialista, para explicar a todos ustedes las características del convenio -no contrato- que ha firmado... se ha firmado entre la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y la Consejería de Sanidad para la puesta en funcionamiento de las camas de convalecencia.

Nuestra Ley 16/2010, de veinte de diciembre, de Servicios Sociales, ya en su Artículo 1 c) contempla como uno de sus objetivos “Establecer la coordinación



necesaria para garantizar la atención integrada en colaboración con los demás servicios y sistemas para el bienestar social, y en especial con el sistema sanitario”.

Así mismo, el propio Presidente de la Junta de Castilla y León asumió como compromiso de legislatura, y, por tanto, prioridad de la acción del Gobierno Autonómico, la atención sociosanitaria, entendida como aquella prestada por ambas redes de servicios, la de servicios sociales y la sanitaria, que, aun siendo autónomas en su funcionamiento y financiación, persiguen como objetivo proporcionar una respuesta única a las múltiples y distintas necesidades sanitarias y sociales que presentan los ciudadanos de forma simultánea o sucesiva.

Si bien la Ley de Servicios Sociales confiere a la atención integrada un nuevo enfoque y la dota de un nuevo impulso, la cultura del trabajo conjunto y coordinado entre los sistemas de salud y de servicios sociales se ha consolidado en la última década a través de una estructura estable de coordinación sociosanitaria, que se apoya en dos elementos: los equipos de coordinación de base y las comisiones de coordinación sociosanitarias.

Los equipos de coordinación de base realizan la gestión de los casos sociosanitarios y detectan necesidades de mejora, tanto en los procesos como de los servicios y recursos. En la Comunidad, en este momento, existen 189 equipos de coordinación de base.

En segundo lugar, las comisiones de coordinación sociosanitaria funcionan como estructuras de coordinación en el ámbito del área de salud, y las conforman profesionales, técnicos y de gestión que asesoran, apoyan y supervisan a los primeros, a los equipos de coordinación de base.

Estos órganos facilitan la cooperación entre el sistema de salud y el de servicios sociales, y constituyen el referente, en su respectivo ámbito territorial, de cuantas comisiones u órganos existen o pueden crearse, al tiempo que garantizan que los ciudadanos reciban la respuesta asistencial más correcta y adecuada en cada situación, de manera que obtengan una atención global e integral.

Así mismo, es necesario poner en valor la experiencia existente en los procedimientos de atención compartida y coordinada entre Atención Primaria y Servicios Sociales, tanto en el desarrollo de la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia como para la prestación integrada de servicios.

Por tanto, ha existido una vocación de trabajo conjunto hacia fórmulas de atención centrada en la persona y la utilización de la gestión por procesos como base de la atención integrada de cuidados sociosanitarios.

La Ley de Servicios Sociales da un paso más, y establece en su Artículo 9 que la fórmula que se debe utilizar en la coordinación de sistemas de atención es la del protocolo, por lo que, para sentar las bases de esta atención integrada, con fecha veintiocho de octubre de dos mil once, la Consejería de Sanidad, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, a través de las diferentes Gerencias de Sanidad y de Servicios Sociales, firmaron un protocolo en materia de coordinación sociosanitaria.

La cláusula quinta de este protocolo establece que las partes firmantes procederán a la gestión conjunta de recursos de atención sociosanitaria para prestar



cuidados sanitarios de larga duración y atención sanitaria a la convalecencia, con el fin de garantizar la atención sociosanitaria en centros de personas mayores del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública. Por lo tanto, este es el ámbito de aplicación.

En cumplimiento y desarrollo de este protocolo, en el mes de noviembre de dos mil trece se firmó el convenio de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y la Gerencia Regional de Servicios Sociales para la gestión conjunta de unidades de convalecencia sociosanitaria en centros residenciales para personas mayores de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales.

El objetivo es reservar en residencias de personas mayores unidades específicas para que una persona en situación de dependencia con un proceso crónico de enfermedad o una patología asociada al envejecimiento reciba, una vez que está estable y a su salida del hospital, cuidados sociales y sanitarios de baja intensidad de forma simultánea, mientras logra su recuperación o rehabilitación. Esas personas, además, deberán presentar siempre... presentar siempre necesidades sociales, bien porque necesitan cuidados que excedan de la capacidad de un cuidador, carezcan de un cuidador o residan en una vivienda con barreras arquitectónicas.

En cuanto al perfil del usuario de la unidad, señalar que podrá acceder a estas... podrán acceder a estas unidades personas que, tras el alta en el hospital y nunca antes, tengan incapacidad funcional severa que dificulte sus actividades básicas de la vida diaria, independientemente de la causa, y sin posibilidad de mejora, y que precisen, además, cuidados médicos o de enfermería de mayor intensidad de los que pueden recibir en su domicilio. Y también tendrán derecho aquellas personas con incapacidad temporal funcional secundaria por procesos neurológicos, traumatológicos, reumatológicos, cardiopatías o neumopatías, con posibilidad de mejora a través del tratamiento rehabilitador.

Para atender estas necesidades, las unidades de convalecencia contarán con servicios y dotaciones específicos. En primer lugar, los centros públicos de personas mayores en que se ha... se están implantando estas unidades cuentan con el programa de atención farmacéutica, con suministro directo de la medicación a los centros residenciales desde los servicios de farmacia de los hospitales de Sacyl.

Contarán, además, con una serie de espacios distribuidos entre administración, recepción, admisión y documentación clínica, archivo de historias clínicas, sala de espera, aseos para el personal, aseos para el público, incluyendo un aseo para personas con discapacidad.

Deben contar también con las dotaciones de instrumental, equipamiento y protocolos del sistema sanitario público para prestar estos servicios, dotaciones de oxígeno y vacío, y un equipo multidisciplinar, formado por un médico especialista en geriatría o medicina interna o medicina familiar y comunitaria, con presencia física permanente y disponibilidad durante todas las jornadas, un enfermero por cada treinta camas ocupadas y un fisioterapeuta.

Aunque más adelante se detallará pormenorizadamente el proceso, sí quiero subrayar que el acceso a estas unidades se realizará de una forma muy ágil. Serán los propios hospitales de referencia quienes valoren la necesidad y la falta de apoyos sociales y recomienden a la persona acudir a una unidad de convalecencia sociosanitaria después del alta y durante el proceso de su recuperación.



El tiempo de permanencia en la unidad será de dos meses. Este tiempo puede ser ampliado por periodos no superiores a un mes, completándose hasta un total de cuatro meses.

Paso a detallarles a continuación los diferentes hitos de este proceso, desde que se detecta un posible usuario de la unidad en el hospital hasta que la persona es usuaria de un recurso exclusivamente de carácter social o vuelve a su vivienda sin necesidad de apoyo.

En los distintos pasos por los que se... por los que transcurre el proceso de atención integrada, hay novedades en la organización de los servicios, que paso a concretar, haciendo hincapié en aquellos que representan rasgos diferenciales que hacen que este modelo sea único en todo el Estado español.

En primer lugar, tiene como características que la labor de identificación del posible usuario es proactiva por parte de los profesionales del hospital.

Una vez identificada la persona candidata, se desencadena el procedimiento en el ámbito también paralelo de los servicios sociales, para que se integre el reconocimiento de dependencia simultáneo al alta hospitalaria. En esto, básicamente, se producen dos situaciones: que la persona ingresada en el hospital ya tenga reconocida alguna prestación de dependencia por el sistema de servicios sociales o que no la tenga.

En caso de no tener reconocido el nivel de dependencia, en el propio hospital se le facilitará una solicitud de dependencia y se le ayudará a cumplimentar el formulario en contacto con el entorno natural de la persona hospitalizada.

Si tuviera reconocido algún grado de dependencia distinto al que en ese momento presenta, se le facilitará y se le orientará para que solicite la revisión del grado de dependencia en su caso.

El personal del hospital le informará al ciudadano y a su familia de las características del dispositivo y le ofrecerá toda la información necesaria en caso de que acepte acudir al nuevo recurso.

En resumen, al ciudadano se le ofrece el dispositivo, se le informa de todos los extremos, para que pueda decidir con criterio suficiente mediante información absolutamente personalizada.

Al alta hospitalaria le acompaña la asignación de un vehículo adaptado, el que necesite, facilitado por el sistema sanitario.

Una vez trasladado a la unidad de convalecencia sociosanitaria, allí se aplican todos los protocolos establecidos para la atención sociosanitaria integrada.

Si la atención necesitada es de tipo social, se procurará la promoción de la autonomía de la persona y su integración social. Si la atención requerida es de tipo sanitaria, consistirá en la prestación de cuidados sanitarios adecuados a su proceso, vigilancia y control de los procesos que originaron su ingreso en el hospital de agudos o subagudos, o de las descompensaciones de los procesos crónicos, así como el diagnóstico y tratamiento de las posibles complicaciones.

En la semana del ingreso en la unidad se produce la valoración, resolución de grado de dependencia y asignación de la unidad como dispositivo idóneo. La atención sanitaria, así como las posibles prórrogas y derivaciones al hospital en caso de



descompensación, está absolutamente coordinada por las personas de referencia en el sistema sanitario público.

Quince días antes del alta de la unidad sociosanitaria se vuelve a valorar la situación de dependencia de la persona, en el que se pueden presentar las siguientes situaciones:

Primero, que la persona tenga un nivel de dependencia y situación familiar o de su vivienda que hagan que el recurso idóneo sea una residencia de personas mayores, en cuyo caso se le orientará hacia los recursos más adecuados a su situación y de la financiación pública que le pueda corresponder.

En segundo... el segundo caso que se puede presentar es que la persona tenga un nivel de dependencia y situación familiar o de su vivienda que haga que el recurso idóneo sea volver a su hogar con un dispositivo social. En este caso se le concederá inmediatamente la prestación vinculada para que pueda acceder a él en su domicilio, sin solución de continuidad.

Y la tercera situación que se puede dar es que la persona no presente nivel de dependencia, y en este caso se resolverá la no dependencia de la persona y se integrará sin apoyos al medio social que el usuario decida.

El proceso, desde la perspectiva del ciudadano, tiene toda una lógica, ya que obliga a los sistemas de servicios sociales y sanitarios a alinear sus dispositivos (materiales, humanos y organizativos) para garantizar la continuidad de los cuidados; pero supone un profundo cambio en las dos organizaciones, tanto Sacyl como la Gerencia de Servicios Sociales. Era prudente, por lo tanto, pilotar estas actuaciones para validar el proceso y ajustar todos los elementos.

Por este motivo, desde el doce de agosto de dos mil doce hasta el doce de junio de dos mil trece se realizó un pilotaje en la residencia La Rubia, de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales, sobre 35 usuarios, con los siguientes resultados en el pilotaje:

La estancia media de las personas que acudieron a esta unidad de convalecencia fue de 85 días.

El destino de estas personas al alta de la unidad fue el siguiente: acudieron otra vez a su domicilio o fueron... o no necesitaron recurso social un 20 % de los casos atendidos; volvieron a su domicilio con servicio de ayuda a domicilio el 34 % de los casos; con cuidados en el entorno familiar, el 11 % de los casos; asistieron a un centro de día el 2,5 % de los casos atendidos; y fueron a una plaza residencial con financiación pública el 32,5 % de los casos.

Respecto a la situación de dependencia al alta de la unidad de este pilotaje, el 50 % de las personas habían mejorado su funcionalidad, aunque no su grado de dependencia, y el otro 50 % había mejorado su nivel de funcionalidad y su grado de dependencia, e incluso en algunos casos esta dependencia había desaparecido.

Pues bien, actualmente hay habilitadas 50 plazas para la convalecencia sociosanitaria. En estos momentos se ha iniciado la incorporación de los dos centros de los que es titular la Gerencia de Servicios Sociales en Segovia.

Con esta puntualización, les paso a relacionar los datos que a fecha de hoy disponemos.



La estancia media, con la incorporación de la residencia Parquesol de Valladolid y las dos residencias recientemente de Segovia, la estancia media de estos usuarios ha sido de 72 días. El número de personas atendidas ha sido de 69. Las personas que siguen ingresadas en la unidad en este momento son más del 50 %. Y el alta de estas personas, de las que ya han salido de las unidades, ha tenido como destino más de un 17 % el servicio de ayuda a domicilio, es decir, el propio domicilio de las personas con una atención profesional; un 1,45 % el centro de día; no han necesitado recursos sociales después de la vuelta al domicilio el 17,39 % de los casos; y han acudido a una residencia con financiación pública el 13,04 % de los casos que han tenido este alta.

Viendo las evidentes ventajas que supone para las personas la atención integrada y el proceso de continuidad de atención desburocratizada, paso a detallar el cronograma de la extensión de este tipo de dispositivos a lo largo de todo el territorio de la Comunidad.

Se han implantado, como decíamos, hasta la fecha, 30 plazas en Valladolid, 20 plazas en Segovia. La previsión de implantación en dos mil catorce es la siguiente: en el primer semestre, 31 plazas en la provincia de León, y... entre León y Ponferrada; 26 plazas en la provincia de Burgos -Fuentes Blancas, residencia asistida de Burgos, y Miranda de Ebro-; y en el segundo semestre de este mismo dos mil catorce habrá 11 plazas en Palencia y 9 plazas en Zamora.

Durante el primer trimestre de dos mil quince se prevé la implantación en el resto de las provincias hasta alcanzar una cifra de 140 plazas, todas ellas, en este primer momento, en centros de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales. Ciento cuarenta plazas que podrán dar servicio a más de 700 usuarios a lo largo de un año.

La demanda real de este tipo de dispositivos determinará la amplitud y el calendario de la oferta futura. Nuestro objetivo es, en primer lugar, extenderlo a toda la Comunidad, y, paralelamente, dimensionar correctamente las posibles necesidades y la demanda de cada provincia, ya que creemos firmemente que la prolongación inadecuada de las estancias hospitalarias una vez concluido el objeto de ingreso hospitalario (estabilización, recuperación del estado mórbido) se traduce en un ineficiente uso del mismo, con repercusiones para el paciente y para la propia institución.

Es importante señalar que todas estas estancias cuentan con la financiación pública correspondiente. De hecho, la aportación que hace el usuario es solo por la atención social recibida, teniendo en cuenta su capacidad económica, según lo establecido en el Decreto de Precios Públicos para los servicios sociales, sin que en ningún caso se realice aportación alguna para los servicios de carácter sanitario que se reciben en esta unidad.

Por tanto, con la puesta en marcha de estas unidades se pretende, fundamentalmente, una gestión más eficiente de los recursos disponibles, al tiempo que mejora la calidad de atención al ciudadano, más acorde con sus necesidades sanitarias y sociales. Por ejemplo, como un caso tipo, les expondré el de una persona mayor con rotura de cadera que carece de cuidador en su propio domicilio, y, por lo tanto, el proceso de rehabilitación no lo puede realizar en el domicilio de forma ambulatoria. Esta situación es detectada por el personal técnico del hospital público de referencia en que está ingresado el paciente, que informa a la persona y a su familia de la



posibilidad de concluir el proceso de rehabilitación en una unidad de convalecencia cuando reciba el alta, aunque el pronóstico indique que dicha alta sanitaria se vaya a producir en dos meses.

En caso de que la persona y su entorno acepten, después del alta es llevado mediante transporte sanitario desde el hospital a la unidad de convalecencia sociosanitaria y se le presta la atención sociosanitaria determinada en el informe compartido entre las unidades de la residencia de personas mayores y el propio hospital. Durante la estancia en la unidad se prepara el recurso social de continuidad al alta. En el caso que nos ocupa, la persona, después de la rehabilitación, no puede continuar en su domicilio por su nivel de dependencia a pesar de la rehabilitación, y precisa un recurso residencial. Su capacidad económica y la prestación vinculada que le corresponden le permitirán adquirir ese servicio. Se le informa de los distintos centros que puede... a los que pudiera... que pudieran ser de su interés. A la... y a la salida de la unidad de convalecencia sociosanitaria ya tiene su nueva resolución de dependencia y tramitado su cambio de prestación, por lo que la financiación de ese servicio es desde el día de la salida de la unidad de convalecencia sociosanitaria.

En conclusión, Señorías, con la puesta en marcha de estas unidades de convalecencia sociosanitarias se persigue la integración de las prestaciones del sistema sanitario y social para atender a una misma persona, buscando una mejora en la utilización de los recursos públicos y, sobre todo, una mayor calidad de la atención, perfeccionando el modelo "en Mi casa", de atención a las personas mayores.

Como han podido comprobar, no les estoy hablando del futuro; este es el presente de los servicios sociales, este es el nuevo modelo que la Ley de Servicios Sociales ha creado y que exige que se continúen explorando todas las posibilidades de participación y coordinación que nos abre.

Esta nueva ley es nuestra hoja de ruta, y sabemos que tenemos mucha tarea por delante. Castilla y León quiere seguir abordando la coordinación sociosanitaria, tal y como ha hecho hasta el momento, y les puedo asegurar que las personas que trabajamos en las Consejerías de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades estamos dispuestas a seguir trabajando cuanto haga falta para que este proyecto novedoso y pionero de atención sociosanitaria integrada se convierta en la forma de abordar estas situaciones en toda la Comunidad en el menor tiempo posible. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias, señora Consejera. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se procede a una apertura de un turno por... de los Portavoces de los Grupos Parlamentarios. Por parte del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra don Jorge Félix Alonso Díez.

EL SEÑOR ALONSO DÍEZ:

Gracias, Presidenta. Bueno, el objetivo fundamental que pretendemos desde el Grupo Socialista en esta comparecencia es el aclarar qué aporta este... estas nuevas unidades, aparte de la denominación, a lo que ya existía. Es decir, porque anteriormente ya existían las denominadas estancias temporales, dependiendo de la Consejería de Servicios Sociales, y las plazas de estancia... media y larga estancia,



que existían de la Consejería de Sanidad; con lo cual, estas unidades no es algo que parta de cero, parte de que ya existía anteriormente estos dos recursos: las estancias temporales y las plazas de media y larga estancia hospitalaria. Con lo cual, lo que pretendemos es aclarar qué se aporta, y todas aquellas lagunas, pues que tiene todo lo que nos ha explicado, porque, en definitiva, nos ha explicado un procedimiento, pero nos parece que hay unas cuestiones que aclarar.

La primera cuestión es si se ha realizado un estudio del número de plazas que son necesarias en cada una de las provincias, porque esto no es un número... esto no es un tema menor. Es decir, según está regulado en el convenio, quien determina que se vaya a una estancia... a una plaza de estas es el centro que tiene las plazas de convalecencia; cuando tiene una plaza vacante, lo pide al hospital para que le digan si hay una persona que puede ir a esa plaza de convalecencia. Lo cual quiere decir que puede haber más personas que necesiten esa plaza y no va a depender del número de personas que necesiten la plaza, sino de las plazas que haya libres en el centro residencial. Por eso digo que es importante saber si se ha hecho un estudio previo para conocer el número de plazas que harían falta.

Y, luego, hay un cambio sustancial. Usted da por hecho de que los pacientes van a cambiar, pero es que van a cambiar de un hospital donde no pagaban a unas plazas de convalecencia en las que les va a tocar pagar -como usted ha dicho-, porque así está regulado las plazas residenciales. En consecuencia, ese es otro aspecto importante a la hora de saber cómo se les va... si se les va a consultar a los pacientes o a los convalecientes si están dispuestos a cambiar de un hospital a un centro donde... porque hospitalariamente no se está pagando, de momento, y si... qué ocurrirá en el futuro, ¿no?

Luego, hay una cuestión que me parece también fundamental, precisamente ligado con lo que le decía al principio: los centros hospitalarios de media y larga estancia, si las plazas que tenían hasta este momento se van a mantener o van a desaparecer. El Sacyl tenía conciertos con centros hospitalarios para que pudieran permanecer durante un tiempo, hasta 6 meses, en un centro de estas personas precisamente crónicas que no se las podía enviar a su domicilio, y va a haber una convivencia entre las plazas que tenía el Sacyl y las nuevas plazas de unidades de convalecencia, o se van a sustituir unas por otras. Las plazas que tenían de media y larga estancia no se estaba pagando por estar en ellas; ahora sí se va a pagar por las unidades de convalecencia, ¿eh? Y me parece que es importante también quedar claro esto.

Lo mismo ocurre con las estancias temporales. La Consejería de... de Familia tenía una serie de plazas de estancias temporales, que no sabíamos el número -y eso que se preguntó en reiteradas ocasiones, porque la respuesta, como suele ocurrir en más ocasiones, fue totalmente ambigua-, pues queremos saber si se va a mantener el mismo número de plazas de estancias temporales que había en las residencias y se van a compatibilizar con las unidades de convalecencia que ahora se nos... se nos anuncian. Unidades que estamos de acuerdo que existan, quiero decir, que quede claro que no estamos en contra, pero queremos que se mantengan las estancias temporales, porque tienen que responder a necesidades distintas, y que este sea un recurso nuevo que se cree. Por eso me gustaría saber, aparte de las unidades... de las plazas de unidades de convalecencia, cuántas plazas de estancia temporal había antes y cuántas van a quedar después de implantar el nuevo modelo.



Hay datos, y es la tercera cuestión, que son contradictorios, porque en el convenio, efectivamente –y lo ha dicho usted aquí–, va a haber 20 plazas en Segovia y 30 en Valladolid, pero en una pregunta en la cual me ha contestado usted no hace muchos días hay... son... el número es diferente: 24 en Segovia y 35 en Valladolid; yo no sé cuál de los dos datos es el dato real que... que realmente va a haber. Lo digo porque si, al final, una pregunta formulada recientemente tiene una contestación diferente a lo que tiene el convenio, pues hay algo que... ahí, que no... no cuadra, ¿no?

Y luego hay otra cuestión, y es que el mismo día que se firmaba el convenio ya nos anunciaban las plazas que usted ha leído en León, Burgos, Palencia y Zamora. Pero es que el convenio incluye solo 50 plazas y un presupuesto para financiar 50 plazas. Quiero decir que, si va a haber, en vez de 50, va a haber 77 plazas, al final... quiero decir, que eso da lo mismo, no hace falta que haya presupuesto. Lo digo porque como otras veces nos rechazan las iniciativas por falta de presupuesto, pues entendemos que por qué no se ha recogido en el convenio ya todas las plazas que nos han anunciado. Y las provincias que no tienen plazas anunciadas ¿qué va a ocurrir con las personas que requieren una convalecencia? ¿Va a haber personas que le van a asignar una plaza de convalecencia en una provincia distinta en donde está siendo hospitalizado? Bueno, pues son otras preguntas que me gustaría que me contestara.

El... nos ha dicho –y además así está recogido– que el precio que se va a pagar por las plazas de... de convalecencia, por las unidades... las personas que ocupen una unidad de convalecencia es lo que está establecido en el decreto que regula los precios públicos de la Consejería. Pero es que también se incluye en el convenio que la Consejería va a pagar... la Consejería de Sanidad va a pagar a Servicios Sociales 35,68 euros por cada día y cada convaleciente, con lo cual... o sea, quiero decir que ¿aquí va a haber un beneficio a mayores? Quiero decir, paga el residente, paga la Consejería y, además, tiene un ahorro el Sacyl, porque el Sacyl, por las plazas de media y larga estancia, estaba pagando entre 67,51 euros y 98,56 euros. Quiero decir que el Sacyl tiene una reducción, un ahorro, la Consejería de Familia tiene un incremento, y se nos está planteando como un recurso nuevo, que ya digo que, al final, es el usuario –desde luego, si no me lo aclara– quien va a terminar por pagar este ahorro que nos anuncia y que van a realizar ambas Consejerías.

En las residencias dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales hay casi 500 plazas vacías, porque dice que, en su día... nos dijeron que se habían vaciado para acondicionarlas para personas en situación de dependencia. Lo cierto es que eso no se hizo y las plazas siguen vacías. Las nuevas plazas para unidades de convalecencia ¿va a suponer que se van a recuperar las 500 plazas que están vacías, o va a ser sobre las plazas que están en este momento ocupadas las que se van a destinar, y, en consecuencia, seguiríamos manteniendo las 500 plazas vacías? Esto repercute directamente en el personal que se necesita en los centros residenciales; y estos días hemos tenido noticias de que piensan ustedes amortizar plazas en los centros residenciales –y en otros centros, pero también en centros residenciales–, y, en consecuencia, que me responda a esto es muy importante, porque afecta directamente al empleo de las personas que están en los servicios sociales que actualmente trabajan para la Junta de Castilla y León.

Luego hay otra cuestión que no queda clara. Usted dice que se les va a... a decir que tienen que tramitar la situación de dependencia. La verdad es que, según



nos lo ha explicado, parecía un milagro. Es decir, de las 35 plazas que ha habido en la unidad de... en la residencia de Valladolid asistida, algunos entraron dependientes y salieron sin dependencia. Hombre, todos sabemos que, según está regulado –o, si no, eso es lo que la he querido entender, o así lo ha explicado–, al dependiente hay que valorarle cuando su situación está estabilizada, porque, indudablemente, una persona que en principio tiene un problema tiene... hay que esperar a que se estabilice para saber realmente cuál es su grado de dependencia. Si se le valora antes, tiene que también valorar después. Lo digo porque nos lo ha explicado como que hubiéramos... se les hubiera dado el bálsamo de Fierabrás: entran dependientes y salen sanos. No es consecuencia de que esté en una plaza de convalecencia, es consecuencia de que precisamente su situación todavía no estaba estabilizada.

Pero la pregunta iba a que sale de un centro hospitalario en el que no está pagando, entra en un centro residencial en el cual va a tener que pagar. Puede ser que en el centro residencial –porque lo dice el propio convenio– diga que no es la situación adecuada para... para su situación de convaleciente, y salga de ese centro. Pero, según está regulado, tiene que pagar desde el primer día. Me gustaría saber si eso va a ser así. Porque, claro, si está allí dos días, y después de dos días le dicen que no es el recurso adecuado, el que le corresponde, pues no sé si tendría que pagar esos dos días, cuando está... antes de ingresar había estado gratuitamente en... vamos, no gratuitamente, porque los hospitales les pagamos entre todos con nuestros impuestos, pero, quiero decir, no tendría que hacer repago –por decirlo de alguna manera–.

Y luego, por último –y con esto termino–, hay... hay otra cuestión que no ha quedado clara, y es que los pacientes que van a ir a las unidades de convalecencia son los que salgan de los hospitales del Sacyl, pero no todas las personas que están hospitalizadas salen de los hospitales del Sacyl. Hay personas que están en... precisamente en centros concertados que Sacyl les deriva para que se les opere en centros concertados y se les ingrese en centros concertados. ¿Esas personas también van a ir al centro de convalecencia o van a tener un tratamiento diferente aunque sean beneficiarios del sistema sanitario público? Y luego tenemos también las personas de Muface, de ISFAS o de otros sistemas, que ¿van a tener acceso a las plazas de convalecencia o no van a tener acceso a estas plazas de convalecencia? Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. En un turno de fijación de posiciones, por parte del Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra don José María González Suárez.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Gracias, señora Presidenta, y gracias, señora Consejera, por sus explicaciones. Pero, mire usted, yo, cuanto más les escucho –cuando digo el “más les escucho”, hablando en plural, digo a la... al Gobierno de la Junta de Castilla y León– con este tema, menos me creo que esto vaya a servir a los ciudadanos de esta Comunidad.

Si ustedes recuerdan, en el mes de diciembre –creo que fue el día diez de diciembre– yo llevé a Pleno una pregunta con este tema, una pregunta con este tema, y, ahora, cuando... entonces para nada quedé convencido –para nada quedamos convencidos en Izquierda Unida–, y ahora, después de escucharla a usted, por



mucho que intente seguir vendiendo las bondades de este sistema, debe quedar claro que no estamos hablando de camas hospitalarias en centros de mayores, sino que estamos hablando de camas de una teórica convalecencia que debiera hacerse en el hospital y no se va a hacer en el hospital. Se está hablando, ni más ni menos... se está hablando, ni más ni menos, de derivar a pacientes hospitalarios, en periodo de convalecencia, hacia camas de residencias y presentarlo como se está presentando. Usted hoy ha tenido mucho cuidado en no... no avanzar en la presentación, como se ha hecho públicamente, pero públicamente dice que permite profesionalizar los servicios, garantizar la calidad y coordinar la atención social con la sanitaria. No, no, se les va a dar una atención social, pero no se les va a dar toda la atención sanitaria a la que tienen derecho y que necesitaban. Con lo cual, la Junta de Castilla y León, el Gobierno del Partido Popular al frente de la Junta de Castilla y León, está faltando en parte a la verdad con este tema.

Ninguno de esos objetivos se alcanza con esa solución que se da. El único objetivo que yo creo que ustedes alcanzan es el ahorrar... no el ahorrar, el recortar, practicando el desahucio de las camas hospitalarias con aquellos pacientes que están en fase de recuperación y que necesitan lentitud para acabar con su convalecencia, y pasan la pelota a unos centros que no están diseñados ni... ni para... no están diseñados desde el punto de vista hospitalario. Es decir, están diseñados desde el punto de vista social. Pretender que con la presencia de un médico de forma esporádica -algún rato del día-, de una enfermera o de un enfermero también de forma esporádica y de una simple cama se soluciona el asunto, esto es una falacia, ni más ni menos.

Y los... y, además, hay otra preocupación que nosotros tenemos, y que, en la medida en que yo la he escuchado esta mañana a usted, tengo la impresión, cada vez a mayores, de que esto es un nuevo parche. Esta no es una respuesta que se intenta dar por parte del Gobierno del Partido Popular en la Junta de Castilla y León a las necesidades de las personas convalecientes, sino, ya digo, un parche más. ¿Por qué? Pues porque hablar como se ha hablado por parte de representantes de su Gobierno de estancias hospitalarias inadecuadas y sin criterio clínico me parece sumamente grave. Yo no creo que esté ninguna persona hospitalizada sin criterio clínico. Yo no creo que ningún profesional ni ninguna gerencia hospitalaria mantenga enfermos hospitalizados sin criterio clínico. No me lo creo. No lo he vivido en el entorno cercano, ni en el entorno medio, ni lo conozco del entorno alejado.

Lo que sí está claro es que, con ese mensaje que ustedes van lanzando, van cambiando un modelo. Y van cambiando un modelo porque no es que a los ciudadanos cuando están hospitalizados se le está regalando nada por parte de la Junta, son ciudadanos que están recibiendo lo que, con antelación, con sus impuestos o con el impuesto de otros ciudadanos, por la vía de lo que sigue siendo injusticia fiscal, pero que se debiera avanzar hacia la justicia fiscal, se está haciendo.

Pero en este tema del recorte, al que ustedes quieren llamar ahorro, está el meollo de la medida. Y el meollo de la medida es que el ahorro económico derivado de echar del... hospitales a estos enfermos convalecientes, es decir, personas enfermas y convalecientes, que no se reponen, según ustedes -fijese lo que le voy a decir-, a buen ritmo productivo, y derivarlos a una estancia en otro sentido, no es ni más ni menos que llevar a la práctica del copago por la vía del engaño público.



Y de eso es en realidad de lo que se trata. Porque, si no, usted hoy aquí nos estaría planteando un plan con recursos públicos y que no hablase de algunas... de algunas provincias y de algunas plazas totalmente minoritarias, sino de un plan real, fundamentado en un estudio sobre las necesidades que existen en la Comunidad, que existen en Castilla y León, de atención. Y eso no se ha presentado ni antes, ni después, ni ahora, para nada.

Entonces, esta no es una forma de profesionalizar la atención a los convalecientes, a las personas convalecientes. Esta es una forma de tapar un agujero y de generar recursos hacia el sistema que debiera ser público y que debiera ser gratuito. Ni más ni menos, ni más ni menos. Porque el derecho a la salud está en nuestra Constitución, y está en los objetivos marcados en este país y teóricamente también en esta Comunidad.

Y con este trapicheo, por ir finalizando, se puede decir que lo que se ahorra el señor Sáez negando asistencia gratuita lo convierte en negocio usted, señora Consejera, lo convierte en negocio la señora Marcos, haciendo pasar por caja a aquellos que ya tienen bastante desgracia con ser convalecientes. Me temo muy mucho, y nos tememos muy mucho en el Grupo Mixto y en Izquierda Unida de Castilla y León, que todavía vemos... veremos cosas peores con este tema. Porque si ustedes realmente hablasen de lo que nosotros estaríamos en disposición de aprobar, vendrían aquí con un plan real sobre las necesidades reales y las respuestas que habría que dar desde lo público, y eso no se lo he escuchado a usted esta mañana y no lo he escuchado nunca a ningún Portavoz de la Junta de Castilla y León. Gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Gracias. En un turno también de fijación de posiciones, por parte del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra doña María Álvarez-Quiñones.

LA SEÑORA ÁLVAREZ-QUIÑONES SANZ:

Muchas gracias, señora Presidenta. Señora Consejera, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, le damos la bienvenida a la Comisión a usted y a su equipo. Y entrando ya en materia, pues queríamos agradecerle la presentación que nos ha hecho aquí de cómo ya están funcionando esas unidades de convalecencia.

Y mire, señora Consejera, es muy de agradecer que usted nos lo haya explicado, y que nos lo haya explicado así. Porque, por parte de este Grupo Parlamentario, pero también de las restantes personas que componen esta Cámara -porque así está recogido en los distintos Diarios de las Sesiones de estas Cortes-, pues sí que existía un problema cuando una persona es dada de alta en un hospital y sus circunstancias personales y sociales no le permiten estar en su casa, como en el caso de otras personas. Por ejemplo: yo, cuando me opero de apendicitis, cuando estoy de alta puedo irme a mi casa, pero no el caso de esta persona mayor, que usted ha retratado como un caso paradigmático, con una intervención de cadera.

En primer lugar, desde esta Cámara, muchas veces se ha hablado de la necesidad, e incluso ha habido algunas iniciativas parlamentarias por parte de algunos de los Grupos, recogidas en el Diario de Sesiones, de que era necesario contar con un dispositivo específico para estas situaciones, porque nos encontrábamos -no sé si



con mucha o poca frecuencia, pero aunque fuera un solo ciudadano, daría igual- de que una persona dada de alta no está en condiciones de ir a su domicilio.

En segundo lugar, pues era un compromiso, y usted así nos lo había contado también en la Comisión y en los Plenos, porque habían suscrito ya un protocolo de colaboración entre la Gerencia de Servicios Sociales y la Gerencia Regional de Salud, precisamente orientado, en muchos de sus puntos, a disponer de ese espacio sociosanitario, que, mire, señora Consejera, perdone la coloquialidad, pero no se lo saca usted de la manga, es que todos los documentos técnicos avalan que tienen que existir este tipo de dispositivos. Es decir, peticiones hechas en la Cámara, a usted -que constan en Diario de Sesiones-; protocolo de colaboración, que se está cumpliendo; y, lo que es más importante, necesidades de los ciudadanos.

Y mire, nosotros no sé si es que la hemos entendido a la perfección, pero es que estamos completamente de acuerdo con el esquema que aquí se ha planteado. Y, es más, estamos convencidos de que este sistema no va a contribuir ni a ahorrar, porque no es para ahorrar en gasto sanitario, ni tampoco a que estos se reduzcan, sino todo lo contrario.

Y me explico: al acudir la persona con necesidades sociosanitarias, una vez es dada de alta -un alta médica no es un médico como... con una escoba echando a un paciente del hospital, un alta médica es un informe que dice que ese paciente o esa paciente no necesitan permanecer más tiempo en un dispositivo de tipo hospitalario-, ¿qué va a ocurrir?, que esa persona que va al centro sociosanitario va a seguir recibiendo una prestación de farmacia hospitalaria, proporcionada a través de la farmacia del sociosanitario, pero desde Sacyl, con lo cual es una prestación exenta de cotización ninguna, ni de copagos, ni repagos, ni pagas, ni nada por parte de la persona. Y lo mismo cabe decir del tratamiento rehabilitador. Y, además, con la facilidad de tener ese tratamiento rehabilitador en el dispositivo donde esa persona está residiendo para su convalecencia, de forma temporal, y no tener que estar en casa esperando que venga la ambulancia, le recoja y le lleve al hospital.

Además, y como muy bien dicen todos los informes técnicos que existen hasta la fecha y también numerosas publicaciones científicas, la comorbilidad del ingreso hospitalario más allá de lo requerido es muy alta, con lo cual, todo lo que sea acortar estancias en beneficio de la salud de los pacientes y su mejor recuperación, bienvenido sea.

Y le decía que iba a aumentar el gasto sanitario hospitalario. Y es deseable que sea así, además, señora Consejera, porque lo que no puede ser es que en un hospital terciario, donde hay quirófanos, donde hay pruebas diagnósticas de gran complejidad, tengamos las camas ocupadas por pacientes que están de alta pero en un periodo de convalecencia y, por tanto, recuperación, sujetos al riesgo de una comorbilidad hospitalaria, y que, sin embargo, no podamos operar o atender a esos pacientes que están en lista de espera, y que, por cierto, en cuanto ocupemos esas camas con pacientes que sí necesitan de hospital, se va a incrementar el gasto en prótesis, el gasto en estents, etcétera, lo cual es deseable no por el incremento del gasto en sí mismo, sino porque hay pacientes que necesitan de esa prestación sanitaria.

Finalmente, sí que me gustaría decirle, señora Consejera, que, como el Partido Popular entiende que lo que hay que hacer es construir, sobre todo con cuestiones,



reformas y cambios de larga evolución, que han sido útiles para toda la ciudadanía y para España, pues mire, tiene usted el Capítulo III de la Ley General de Sanidad, donde se habla de la necesaria coordinación con los servicios sanitarios por parte de los sociales, o de la coordinación sociosanitaria. Bien es cierto que en ese Capítulo III, referida muy concretamente a los enfermos mentales, pero que, por supuesto, en los tiempos que corren, y desde mil novecientos ochenta y seis, creo que es aplicable a todos los pacientes. Y también en el texto articulado de la Ley General de Sanidad habla acerca de las obligaciones de los propios pacientes con sus cuidados, con las prestaciones sociales, etcétera.

Señora Consejera, en resumen, ha respondido usted a su compromiso; estamos seguros de que el número de plazas va a irse incrementando progresivamente a medida que lo hagan las necesidades de los pacientes y de la ciudadanía. Y me gustaría dejar aquí muy claro que, después de un alta médica, la convalecencia no debe hacerse en un hospital; la prestación social es una y la prestación sanitaria es otra –por supuesto, universal y gratuita–, pero, gracias a la medida que han tomado, pueden recibirse las dos prestaciones en un mismo dispositivo. Muchas gracias, señora Consejera.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. Para contestar a las cuestiones planteadas por parte de los distintos Portavoces, tiene la palabra la señora... la Excelentísima señora Consejera.

LA CONSEJERA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES (SEÑORA MARCOS ORTEGA):

Muchas gracias, Presidenta. Bien. Creo que me he explicado muy mal, efectivamente, o no hay más sordo que quien no quiere oír, o no he sido capaz de transmitir lo que son estas... estas unidades.

Para nada. Para nada se puede confundir la atención sanitaria con la socio-sanitaria. La atención sanitaria se presta en los hospitales de agudos y se seguirá prestando en los hospitales de agudos para aquellos pacientes que lo necesiten. En un hospital de agudos, en una estancia hospitalaria –media, larga, la que sea–. Y eso es asistencia sanitaria. No estamos hablando de atención sanitaria, estamos hablando de, una vez que ha finalizado la asistencia sanitaria en cualquier unidad, después del alta, después del alta hospitalaria, es cuando hay personas que no pueden volver a su domicilio, y que el único recurso que tenían y que tienen en la... su mayoría, en este momento, era directamente volver a su domicilio y empezar a tramitar, desde su domicilio, otro tipo de recursos, con el tiempo y el procedimiento normalizado que lleva, lógicamente, cualquier concesión de servicio –una estancia temporal, una ayuda a domicilio, una ayuda de dependencia–, pero una vez que hubieran vuelto al domicilio después del alta hospitalaria.

Lo que se está haciendo es dar una respuesta con un servicio absolutamente integrado y coordinado entre ambos sistemas –el sanitario y el de servicios sociales– para que estas personas –insisto–, una vez que los profesionales del Sistema de Salud les hubieran dado el alta hospitalaria, puedan acudir a estas unidades.

Y no entiendo, señor Alonso, por qué me dice que si van dos días, que si van tres días. Yo le he dicho... lo he relatado –creo que con claridad– que, cuando los pro-



profesionales del sistema sanitario determinan que esa persona, con la información que le aportan los servicios sociales, va a tener problemas para que, una vez dado de alta, pueda volver y ser autónomo en su domicilio, en el propio hospital se le ofrece y se le informa de todas las condiciones. Lo solicitará o no lo solicitará. No se puede hacer una previsión de qué personas van a querer y cuáles no; con el pilotaje, estamos dimensionando las necesidades... las necesidades del servicio. Pero, insisto, no se puede confundir, no se puede confundir -y creo que usted lo sabe bien- la atención sanitaria, que se mantendrá en los términos en los que establece la Ley de Sanidad y en los que se está prestando el sistema sanitario público en Castilla y León, con un recurso en el que se coordinan las dos Administraciones para ofrecer un nuevo servicio, sin burocracia y con información puntual, a las personas que lo quieran utilizar y que lo puedan necesitar.

Lógicamente, hay un procedimiento y hay un perfil de usuarios, previamente determinado, y que incluso se ha estado viendo con un pilotaje de más de un año en una residencia pública. Son los dos sistemas públicos de protección -el sanitario y el de servicios sociales-; por lo tanto, no entiendo que se ponga en duda el... el modelo, ni la atención, ni la determinación y el diagnóstico que hacen los profesionales de ambos sistemas para determinar qué perfiles de personas y qué personas cumplen ese perfil.

Como pueden imaginar, toda esta información, todos estos procedimientos y procesos y el manual de perfiles y de trabajo lo han elaborado los profesionales de ambos sistemas públicos, tanto de sanidad como de servicios sociales.

Y dice que no entiende la novedad. Bueno, yo creo que es que no existía, simplemente. Claro que hay estancias temporales, claro que hay urgencias; y las estancias temporales se solicitan por las personas una vez que están en su domicilio y presentan solicitud de dependencia, solicitud de acceso a centro, y entonces se empieza a tramitar.

Pero es que no estamos hablando de eso, estamos hablando de continuidad asistencial, estamos hablando de que, en el momento en que deja de ser paciente, deja de ser... pasa a ser usuario, que no paciente, de una unidad sociosanitaria, y estamos hablando de que, en esas unidades sociosanitarias, hay un incremento de profesionales de atención sanitaria, que yo he detallado en qué consiste el incremento -que no es el total de los profesionales que atienden a las personas-; ese es el incremento sobre la atención social que tienen las unidades de convalecencia sociosanitarias: tienen más aportación médica, tienen más horas de enfermería y tienen fisioterapia.

Eso es lo que establece el modelo. Los servicios sociales, en sus residencias, tienen ya profesionales; y, además, estas unidades tienen mayor intensidad. Esa mayor intensidad se paga por el sistema sanitario público, y es a lo que corresponden esos 37,78 euros diarios que aporta el sistema sanitario. ¿Por qué lo aporta el sistema sanitario público? Porque es un plus de asistencia sanitaria que se da en la residencia de personas mayores y que, lógicamente, es público y es gratuito. Por eso lo aporta el sistema sanitario, no lo aporta el usuario. Si el usuario se hubiera ido a su domicilio y hubiera solicitado una estancia temporal en un centro, ni existiría en esa estancia temporal ese plus de atención sanitaria, ni hubiera habido esa continuidad de cuidados. Y su aportación a la plaza temporal estaría exactamente cuantificada en



los mismos términos en lo que lo está la plaza sociosanitaria. El usuario no paga más por utilizar un servicio que tiene mayor atención sanitaria y en el que se le garantiza la continuidad de cuidados; paga exactamente lo mismo, en función de su capacidad económica. Y usted sabe bien que la aportación de los ciudadanos -media- en el sistema de servicios sociales es bastante baja.

Y no hay ningún problema. Lo que queremos es garantizar la atención a las personas, mejorar el servicio a las personas. Se les hace toda la tramitación administrativa de dependencia. Y, claro, se hace la valoración al inicio, pero es que yo le he dicho que se vuelve a hacer la valoración en el ingreso en la unidad de convalecencia, y se vuelve a hacer antes de que vuelva a su domicilio. Las valoraciones de dependencia las puede hacer permanentemente con el criterio que los profesionales determinan, porque son los profesionales del centro, los profesionales de servicios sociales de las residencias de la Gerencia de Servicios Sociales, los que hacen las valoraciones de dependencia; y la hacen cuando saben que hay que hacerla, que es cuando el paciente... el usuario está estabilizado, claro que sí. Y le ofrecen el... todos los recursos del Catálogo de Servicios que puede obtener, si quiere ir a su domicilio o si no; lo único que se hace es antes de que la persona tenga que volver a su domicilio porque pueda ya abandonar la unidad sociosanitaria.

Se hace toda la tramitación en el propio centro, se lo hacen los profesionales, lo hacen con su familia y lo hacen con el propio usuario. De modo que entra con un problema de cadera en el hospital, se le atiende desde el punto de vista sanitario, se le hace todo el análisis de necesidades sanitarias y sociales al alta, y se le ofrece el recurso. Si decide volver a su domicilio, y en unos meses solicitar estancia temporal, la podrá tener, pero si opta por esta unidad, también la puede tener.

Que, en principio, están dimensionadas en las plazas que yo le he dicho, pero que, lógicamente, y en la pregunta parlamentaria y a fecha cierta, yo le dije las que se estaban ocupando en ese momento. ¿Por qué? Porque no hay ningún inconveniente. O sea, lo que está acordado entre ambos sistemas son unas plazas en el convenio. ¿Que hay un usuario que se le va a dar de alta dentro de dos días y puede pasar una estancia temporal normalizada y llegar otra persona del hospital a ocuparla? Sin ningún problema. Y se irá dimensionando el servicio en la medida en que se vayan viendo las necesidades. Es un sistema absolutamente pionero y novedoso, hay que hacerlo al ritmo que los profesionales nos vayan determinando. Hay que asentar el cambio de modelo de gestión, hay que asentar un procedimiento muy integrado y solapado entre ambos sistemas. Y hasta ahora esa no es... era la forma de trabajar, ni lo es en el resto de España, ni está previsto que lo sea. En Castilla y León ya es una realidad. Los usuarios no pagan más. El sistema sanitario no se ahorra nada; lo que está haciendo es garantizar que las personas estén atendidas donde realmente están bien atendidas, que es en el sistema sanitario, mientras lo necesitan, pero se le está dando una garantía de atención en el momento en que no puede estar atendido en su domicilio pero sale del sistema sanitario, lo que permitirá, sin duda, que esa cama de hospital de agudos esté ocupada por un agudo. No creo que el sistema sanitario ahorre mucho, sino que la lista de espera, como se está viendo, pues se puede reducir. Es decir, mejor atención y mayor atención para las personas en... en Castilla y León.

Por lo tanto, realmente, no entiendo que se ponga en duda el funcionamiento de un modelo que -insisto- se está implantando en este momento, se está extendiendo



a todo el territorio y que está sujeto a evaluación permanente, como no puede ser de otro modo. Y se afinarán todos los procedimientos allí donde sea necesario, porque es novedoso, y, si nadie lo ha puesto en marcha en el resto de España, será que tan sencillo no es, tan sencillo no es, porque intentos, como usted y yo sabemos, ha habido, y muchos, de crear agencias paralelas, de crear organismos paralelos, con estructura administrativa paralela, financiada por el sistema sanitario y de servicios sociales, que, además de estructura burocrática y administrativa, no ha conseguido muchos más resultados. Ha habido otros modelos, pero no han funcionado. Pensamos que este, después de un año de pilotaje y hablando con las familias y con los usuarios del sistema, puede funcionar. No es el bálsamo de Fierabrás. Yo le he dado los datos que los técnicos nos han aportado en las valoraciones que han realizado. Hay personas que no eran dependientes antes de entrar, que han tenido una fractura de cadera, y siguen sin ser dependientes cuando salen. Y hay personas que han entrado grandes dependientes y que salen grandes dependientes, o incluso con mayor dependencia o con menor, lo que... las valoraciones sociales y de dependencia determinan los profesionales. Esos son los datos. Yo no sé si son buenos o son malos, son el resultado del pilotaje y de lo... el poquito tiempo que lleva extendido; en Segovia lleva muy poquito, no puede haber más datos. Hay que tener muestra suficiente y prueba suficiente como para hacer un análisis en... en profundidad.

Mire, las plazas de... del sistema de servicios sociales se están adaptando, precisamente, a la atención a personas dependientes, usted lo sabe. Ha habido adaptación de plazas, ha habido nuevas plazas que se han puesto en marcha en el sistema público después de las adaptaciones y después de las obras, y eso requiere que haya más personal de atención directa. Se van a crear 68 plazas de atención directa, 68 plazas; no se van a suprimir. Hay plazas de personal de servicios que llevan tiempo sin ocupar, no es necesario porque lo que estaba dimensionado en un momento en el que el sistema de mantenimiento de los edificios era uno y ahora es otro, porque es mucho más sencillo mantener los edificios con los sistemas de tecnología moderna que anteriormente, y se están aprovechando esas plazas sin titular para, con más coste, lógicamente, convertirlas en plazas de personal de atención directa a las personas dependientes. Es decir, se mejora la plantilla de atención directa, precisamente, lo que permite atender a personas con mayor dependencia en los centros de la Gerencia de Servicios Sociales. Yo creo que en eso estaremos usted y yo de acuerdo. Cuanto más dependencia, pues, lógicamente, la cualificación de los profesionales tiene que... tiene que ser la adecuada. Y no escatimaremos en ningún caso en que haya más personas y con esa titulación superior para atender al personal de atención... atender a las personas dependientes y incrementar -como digo- hasta en 68 puestos de trabajo nuevos de atención directa en los centros de... públicos de la Gerencia de Servicios Sociales.

Señor Izquierdo, mire... José María, perdón, José María, de Izquierda... José María, de Izquierda Unida, disculpe. Señor José María, mire, realmente ha habido un momento en el que me ha ofendido. No creo que se pueda decir que con las personas que aprovechan las plazas sociosanitarias se pretenda tapar ningún agujero. De verdad, me he sentido ofendida. Creo que es una... una... una aseveración que no se corresponde con la realidad.

Usted sabe que el sistema de protección social de Castilla y León es una apuesta clara que está dando buenos resultados, que, como todo, es mejorable y



trabajamos para ello. Que el dar un paso como se ha dado, decidido, en la coordinación, no, en la integración de procesos, que no es coordinación, integración de procesos entre sistema social y sanitario público, no se puede considerar que se esté tapando un agujero con las personas que están acudiendo a estos servicios. Puede consultarlos a ellos y a sus familias si lo... si lo considera necesario. Creo que hay varios que se han puesto en contacto con nosotros para comentar su... su experiencia y agradecer el servicio que hasta este momento... Y no se trata de que nadie agradezca nada ni se trata de vender nada, ¿eh? No es nuevo, como usted ha... como ya... como yo misma he dicho, llevamos diez años trabajando en coordinación sociosanitaria en Castilla y León. Yo he estado desde el minuto cero trabajando y se lo puedo decir, desde el minuto cero trabajando en coordinación sociosanitaria, desde el I Plan de Coordinación Sociosanitaria, desde los equipos de coordinación de base, desde la puesta en marcha del sistema de coordinación sociosanitaria en otras áreas que no son las de personas mayores, impulsando la farmacia hospitalaria en las residencias públicas de personas mayores, garantizando esa atención y ese seguimiento por equipos mixtos en el domicilio de las personas y en... y en los propios centros.

Por lo tanto, creo que decir que este trabajo, que, insisto, no lo va... no es una cuestión de venta, es que es un proceso que lleva... en el que llevan muchos profesionales de los dos sistemas públicos trabajando mucho tiempo. Y cuando han decidido que se puede dar un paso adelante...

Y, por cierto, este procedimiento va vinculado a una estrategia superior, de la que después tengo también comparecencia, y usted lo sabe, a la Estrategia del Paciente Crónico, que tiene su parte de atención sanitaria y tiene su parte y modelo de atención social, a la que me referiré, por supuesto.

Mire, no sé por qué duda de que un profesional tenga capacidad y criterio clínico para decir cuándo una persona está hospitalizada y cuándo ese mismo profesional no tiene criterio clínico para decir que lo mejor es que esté una... en una plaza sociosanitaria. Es que es el mismo profesional en el que, con su criterio clínico, en un momento determina la hospitalización y en un momento determinado determina el alta, y es ese criterio clínico también de ese profesional quien determina si el usuario, en el primer momento paciente del sistema sanitario, puede ser usuario o le conviene ser usuario de una unidad de convalecencia sociosanitaria. Es el mismo profesional, con el mismo criterio, lógicamente, el que determina cuál es el recurso más adecuado.

Realmente, creo que no se está faltando a la verdad, que no se trata de cambiar la productividad ni de que nadie pase por caja, porque la atención sanitaria, insisto, incluso ese plus de sanidad que se da en las residencias de personas de mayores, lo cubre el sistema sanitario público, lo cubre el sistema sanitario público, y el usuario no paga más de lo que pagaría si hubiera tenido que ir a su casa y después solicitar una plaza en una estancia en residencia de personas mayores; es más, paga lo que corresponde en su... en función de su capacidad económica, pero nunca más.

Entonces, no es una cuestión de dinero; es una cuestión de atención. No se trata de un modelo presupuestario; se trata de una garantía de continuidad de cuidados para mejorar la calidad de atención a las personas que lo necesiten, y que en este caso necesitan, además, de atención social y sanitaria, pero no solo coordinada, sino resuelta por parte de las Administraciones Públicas, que es lo que se está haciendo con este... con este caso.



Por lo tanto, creo que, sin ser altruista y siendo realistas, y sabiendo todo lo que... el trabajo que hay por delante, debemos seguir avanzando, debemos seguir evaluando permanentemente este modelo, para que, cuando se pueda extender y esté ya extendido en toda la Comunidad, esté absolutamente perfeccionado. Se ha estado más de un año pilotándolo para que el primer paso ya tenga todas las garantías, pero eso no quiere decir que no sigamos trabajando, porque cada provincia lo tiene que implantar, y tiene que cambiar el modelo de... el modelo de gestión. Muchas gracias.

Y en cuanto a la... la Procuradora del Partido Popular, le agradezco la referencia, especialmente, a la Ley General de Sanidad, en la que, efectivamente, ya se hablaba de la necesidad de adecuar la atención a este tipo de pacientes, y de la necesidad de que los sistemas social y sanitario se coordinen para dar esta atención. No estamos haciendo otra cosa. Pero es cierto que incluso la Ley de Sanidad, que es nacional, ya planteaba en su momento esta... esta medida. Por lo tanto, muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. En un turno de réplica, por parte del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra don Jorge Félix Alonso Díez.

EL SEÑOR ALONSO DÍEZ:

Sí. Gracias, Presidenta, y gracias, Consejera, por sus explicaciones. Bueno, vayamos primero por el tema de los crónicos y los agudos. Usted dice que crear estas plazas no supone una reducción de plazas de agudos ni hospitales de agudos. Claro, es que eso yo no lo he dicho nunca, porque, si estuviera planteando eso, sería tanto como decir que se cierran los hospitales que actualmente existen.

Pero es que la Consejería de Sanidad ya tenía conciertos para plazas de convalecencia. Tenía conciertos con el Hospital San Juan de Dios, de Burgos; la Residencia Asistida La Luz, de Aranda; la Clínica Altollano, de... en Navatejera; el Hospital Valle de Lacia; el Centro de Servicios Sociales de la Fuencisla; el Centro Hospitalario Benito Menni; y la Residencia La Luz, de Aranda de Duero. Yo le pregunto si estas plazas, que estaban concertadas para las unidades de convalecencia de crónicos, que ya existían, son las que van a desaparecer, o si va a ser compatible esto con los... con las nuevas unidades de convalecencia. Eso es lo que la estaba planteando, o sea... y es lo que quiero que me... me conteste. Porque, lógicamente, si lo nuevo sustituye a esto, está claro que no estamos aportando un recurso nuevo, lo que estamos haciendo es gestionar de forma distinta, con repercusión económica sobre los usuarios y sobre los pacientes, que antes no... no tenían.

Y en relación con... con lo del personal, que me dice que el dinero este que se va a aportar, los treinta y pico euros... 36 euros, que le tiene que aportar la... 35,68 que tiene que aportar la Consejería de Sanidad, es para el nuevo personal profesional -por decirlo de alguna manera-, ha dicho médicos y tal. Hombre, los centros residenciales de la Gerencia tienen ya unos requisitos en materia de personal sanitario que deben de tener, tanto médicos como enfermeras, fisioterapeutas, y estaba en función de si eran asistidos o eran válidos. Y, en consecuencia, entiendo que las personas que son situaciones... o sea, son convalecientes crónicos, son asistidos, y,



en consecuencia, es nuevo esto de que ahora resulta que hay que incorporar personal. ¿Qué quiere decir, que los centros no tenían el personal suficiente, no? Porque es que, al final, según como lo ha planteado, da esa impresión, ¿no?

Y luego hay una cuestión que, desde luego, no... no me ha contestado, y es: lo que está firmado en el convenio y el anuncio que han realizado ya de crear 77 nuevas plazas de convalecencia en el dos mil catorce. Porque en el convenio... en el convenio la Consejería de Sanidad dice que dispondrá de 600.000 euros -que no es ninguna cantidad menor- para financiar las 50 plazas que, en principio, nos ha anunciado, las 50 plazas que ya... si se van añadir otras 77, yo pregunto: ¿de dónde se van a financiar? Quiero decir, ¿por qué en el convenio no figuran? Si estaban previstas en el tiempo, se hubieran... debieran haber incluido. Porque, claro, todo esto, esta falta de concreción, pues da poca credibilidad a las cosas. Eso es lo que nos hace dudar, quiero decir, que se firme una cosa y después se anuncie otra distinta, porque, al final, ya no sabemos realmente cuál es verdad de todo.

Y la insisto, claro, cuando se van a destinar 650.160 euros para financiar las 50 plazas -que es lo que figura en el convenio- y luego, a mayores, se nos anuncian otras 77, ¿esas 77 ya no tienen coste? Porque, claro, es una cantidad muy importante, estamos hablando de 100 millones de las antiguas pesetas, que parece que a veces hay que decirlo en pesetas para entender la dimensión de lo... de las cantidades de las que hablamos.

Y no me ha aclarado si, en relación con las casi 500 plazas -digo "casi" porque la cantidad exacta, pues no... no la sabemos; usted sí que la sabrá- que hay vacías, se van a cubrir con estas nuevas unidades de convalecencia o se van a detraer de las plazas que hasta ahora estaban ocupadas. Y es que es muy importante, porque me da cifras de personal y de lo que... bueno, me está diciendo que luego, al final, es todo discutible. Porque, claro, me dice: le acabo de contestar a una pregunta, pero es lo que estaba el día de hoy. Bueno, pero si han firmado esto hace unos... hace cuatro meses, resulta que esa cifra ya no vale, y quiere que me crea que ahora van a incorporar no sé cuántos nuevos... nuevo personal -68 plazas ha dicho- de atención directa. Pues permítame que... me hace dudar, cuando las cifras son contradictorias. Y, en consecuencia, es muy importante saber si las plazas que están vacías desde hace años ya, no meses, se van a cubrir con las unidades de convalecencia o si van... se van a detraer de las plazas que actualmente estaban ya cubiertas.

Desde luego, no me ha contestado qué va a pasar con los pacientes que están en los centros concertados, porque esos son una prolongación, de alguna forma, de los centros públicos. Y en el convenio lo que se plantea es que se dirigirán al centro hospitalario a solicitarle las personas. Pero lo cierto es, por las experiencias que ya uno tiene, que, cuando te mandan a un centro privado a operar, prácticamente se desconecta de la... del centro hospitalario público. Quiero decir, solo tenemos que volver al centro hospitalario público cuando resulta que hemos salido en malas condiciones de la operación del centro privado -lo digo por la experiencia que uno tiene ya de la familia o de los amigos, que le ha pasado-, quiero decir... Y, en consecuencia, si no hay... no está esto regulado, podemos encontrarnos que pacientes que la sanidad pública les ha derivado a un centro privado concertado, resulta que, al final, no tienen acceso a estas plazas de convalecencia, con lo cual, tienen una peor atención, o no se le garantiza una atención, que se le está garantizando al que ha sido operado en el público. Con lo cual, entiendo que nadie debería ir... nadie querrá ir a los centros



concertados cuando se les manda del Sacyl. Y me parece importante que me conteste eso, igual que las personas que están siendo atendidos a través de Muface o ISFAS, que también deberían ser... tener acceso a estas plazas de convalecencia.

Yo termino simplemente haciéndola una referencia: normalmente ustedes recurren para argumentar siempre a la comparación con otras Comunidades, incluso ya con otros países. La verdad es que, cuando uno tiene que estar permanentemente comparándose, transmite poca credibilidad. Uno tiene que valer por lo que vale, no por estar permanentemente comparándose, porque esas comparaciones, si empezamos a analizarlas, luego a lo mejor no sale uno tan bien parado como... como quisiera. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. En un turno de réplica, por parte del Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra don José María González Suárez.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Muchas gracias, señora Presidenta. Gracias, señora Consejera, por su réplica. Y quiero iniciar, lógicamente, si usted se ha sentido ofendida personalmente, pidiéndole disculpas, porque en el ánimo de este Portavoz, de este Procurador, nunca está el ofender a quien... a la persona que ejerce un cargo. Dicho esto, no quiere decir que retiro mi crítica política; me mantengo en ella, pero sí que sepa usted que bajo ningún concepto está en mi ánimo ofender a ninguna persona que esté en un cargo.

Igual que yo le puedo decir que para nada... me ha dicho "disculpe" porque me ha llamado señor Izquierdo; para nada me siento ofendido. Yo sé que, aunque físicamente no soy zurdo, son tan zurdo mental que a veces se me puede llamar izquierdo. No tengo ningún problema, ¿no? Bien.

Pero vamos a la cuestión que nos trae. Y la cuestión que nos trae, señora Consejera, es que, si alguien ha puesto en duda el criterio clínico, no ha sido este Portavoz. Yo he utilizado lo de "criterio clínico" en base a unas declaraciones previas a esta comparecencia, hechas en nombre de la Junta de Castilla y León, donde se hablaba de estancias hospitalarias inadecuadas y sin criterio clínico. Ahí es donde yo aludía, a la... Y yo... y yo, es más, yo defendía a los profesionales, incluyendo al gerente administrativo de un hospital, que no creo yo que... que permita a sus profesionales tomar decisiones sin criterio clínico. Eso es lo que quería decir, ¿eh? Por clarificar ciertas cuestiones.

Y mire, señora Consejera -voy a dejarlo claro también, porque así queda claro en el Diario de Sesiones-, para nada mi Grupo está en contra de la atención sociosanitaria. ¡Faltaba más! Reivindicamos una verdadera atención sociosanitaria, reivindicamos el derecho de las personas a esa atención, ¡faltaba más! ¿Qué es lo que traemos aquí entonces? Que yo creo que usted decía que o mal se había explicado o mal le habíamos entendido. Bien, tomo sus palabras: o mal me he explicado o mal me ha entendido usted. Yo lo que venía a reivindicar era una planificación para evitar las malas interpretaciones de que ustedes están vendiendo recortes, que es a la conclusión que hemos llegado algunos y que llega mucha gente, no solamente nosotros, que tenemos el derecho y la obligación de hacer oposición desde la crítica constructiva, que es lo que estamos haciendo.



Si usted nos presenta una planificación real, ¿en base a qué?, pues en base a las necesidades detectadas durante el último año en Castilla y León de atención sociosanitaria de personas convalecientes; y si nos presenta una planificación de qué recursos físicos, qué recursos humanos y qué recursos económicos, y una... un cronograma de cómo aplicar esos recursos en el tiempo para satisfacer la necesidad, pues yo le diría, pues aquí paz y después gloria; los ciudadanos tendrían una verdadera atención. Pero el problema es que eso no existe.

Y ustedes, no voy a decir que van a salto de mata, van a salto de la necesidad de dar una imagen de lo contrario de lo que están haciendo: están planificando la deconstrucción en lugar de planificar la construcción. Esto es como cuando alguien a mí me dice que una... la deconstrucción de una fabada es un interesante plato gastronómico; pues bien, es un interesante plato gastronómico realizado con los restos de una fabada, es el antiguo puré que mi madre hacía con los restos de la fabada, y hoy se vende, y yo mismo puedo deconstruir una fabada con los restos de una fabada y venderlo como un plato maravilloso, pero son los restos de la fabada. No deconstruyan ustedes lo que deben construir, que es construir el espacio, los recursos y las decisiones para dar servicio real de atención sociosanitaria a los ciudadanos en convalecencia, ni más ni menos. Ese es el tema. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. Por parte del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra doña María Álvarez-Quiñones.

LA SEÑORA ÁLVAREZ-QUIÑONES SANZ:

Muchas gracias, señora Presidenta. Simplemente es para puntualizar dos cuestiones. Entendemos que lo que nos ha explicado, señora Consejera, que es la atención a las personas que se van de alta hospitalaria en su convalecencia, y las posibilidades que se facilitan a los ciudadanos, pues tienen grandes ventajas sobre los antiguos conciertos de larga estancia del Insalud, que lo que ocurría es que, al final, las... las estancias eran tan largas que aquello se acababa convirtiendo en un dispositivo residencial dentro de un sistema sanitario con estancias de un año, de dos, de cinco, seguramente, precisamente por deficiencias en esta atención conjunta, cuyo punto de... de interés, y al que se enfoca, es el propio paciente, la propia persona.

Y, además, bueno, pues sí que me gustaría recordar que en ese momento la gestión de estos casos era puramente administrativa, con inspectores médicos que, por supuesto, pues son unos profesionales sobre los que no tengo ningún motivo de crítica, pero sí me parece mucho más acertado el actual enfoque que le están dando, señora Consejera, con una implicación directa tanto del personal sanitario del hospital como del personal que se dedica a la atención social.

Y, en segundo lugar, pues sí que me gustaría recordar -más que nada por que constara en el Diario de Sesiones- que, a pesar de que se ha ido disminuyendo lo que es la estancia media general en los hospitales de agudos, y concretamente en algunos procesos que antes requerían de una hospitalización muy larga, pues es que, a pesar de que eso pudiera preocupar a las personas sobre "me voy muy pronto del hospital, ¿qué pasará?", bueno, pues lo cierto es que en todos los hospitales de agudos -y esto no es nuevo, esto ya se hacía en la época del Insalud- se monitoriza



la tasa de reingresos hospitalarios. Y, además, no se monitoriza en cualquier momento, sino a las 24 horas del alta, a las 48, a la semana, al mes y, en algunos casos, incluso con más frecuencia (3 meses, 6 meses, etcétera). Y resulta que es que ese indicador –por lo que yo sé y la información de la dispongo– también ha mejorado.

Simplemente dejar esas dos cuestiones: acortar las estancias es beneficioso para el paciente que se marcha de alta, para su convalecencia, y también beneficioso para el que está en espera de ingresar para que le proporcionen la atención sanitaria, en un hospital de agudos, que necesita. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. En un turno de... de dúplica, tiene la palabra nuevamente la Excelentísima señora Consejera.

LA CONSEJERA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES (SEÑORA MARCOS ORTEGA):

Muchas gracias. Señor Alonso, Sanidad tiene plazas sanitarias; las plazas sanitarias son de Sanidad, las de agudos y las de media y larga estancia son plazas sanitarias. Los profesionales del sistema sanitario, con sus procedimientos y sus protocolos, determinan qué personas están ocupando unas u otras plazas. Pero, insisto, son plazas sanitarias. Y las plazas sociosanitarias entran en funcionamiento después del alta del sistema sanitario en el tipo de plaza en el que se esté. Después del alta, no antes. Entonces, no confundamos las plazas sanitarias con un recurso sociosanitario en un centro de personas mayores. Sanidad sabrá, y dimensiona, las plazas que necesita para su media-larga estancia y para su hospital de agudos. Y, en este caso, se están dimensionando, en función de los perfiles que se están viendo y de las personas que están optando, las plazas sociosanitarias que hay que poner en marcha en la Comunidad Autónoma. Y han sido los profesionales –y también se lo digo al señor González–, han sido los profesionales de ambos sistemas, sobre todo del sistema sanitario, conociendo los perfiles de las personas y atendiendo a los... a los pacientes, quienes están determinando en cada provincia el número de plazas que puede ser necesario en un primer momento.

Insisto, una vez que estén puestas en marcha en toda la Comunidad Autónoma, incluso ya en las que llevan tiempo, como es Valladolid, se está haciendo un nuevo dimensionamiento. No hay ningún problema en que, aunque estén 30 plazas tasadas, puede haber un momento determinado en que una persona que ya está a punto del alta pase a una estancia temporal también controlada sanitariamente, y pueda acceder, y haya que aumentar el número de plazas sociosanitarias. No hay problema, pero hay que ir viendo la necesidad y la demanda.

Entonces, primero, establecer el procedimiento, establecer el protocolo coordinado, iniciar el funcionamiento; y, en un segundo momento, si es necesario ampliarlas, se ampliará. El personal sanitario que he dicho es a mayores del que, por supuesto, ya tienen las residencias de personas mayores. ¡Claro que las residencias públicas de personas mayores tienen personal sanitario, tiene médico, tiene enfermería y tiene fisioterapeuta! Pero es que lo que hemos determinado aquí es el personal que, además de la obligación que tienen las... las residencias de personas mayores públicas, necesitan estas unidades de convalecencia sociosanitaria, porque tienen



un componente sanitario superior, que, efectivamente, se financia desde el sistema sanitario, y para lo cual se firmó un convenio en dos mil trece, con la cuantía de ese... de ese año, y se está tramitando el convenio de dos mil catorce con la cuantía correspondiente a dos mil catorce. Pero es que... es que es así. O sea, no vamos a poner... a presupuestar en dos mil trece... en gasto de dos mil trece lo que va a ser gasto de dos mil catorce. ¡Claro que está prevista la cuantía! Si está tasado por días y por personas, y es el propio sistema sanitario quien los traslada. Está claro que el sistema de... de financiación, que es el convenio, pues seguirá actualizándose año a año para garantizar esta transferencia de créditos dentro del... del propio sistema público, uno y otro.

Pero -insisto- es personal a mayores, es personal a mayores, que tienen estas unidades porque tienen mayor atención sanitaria. Y a eso se debe, porque este servicio es gratuito para el usuario, ese dinero que tiene puesto a mayores el sistema sanitario y que nos transfiere porque la asistencia sanitaria en este caso se presta por parte de profesionales sanitarios en la residencia de personas mayores. Y, desde luego, para nada sustituye, sino que complementa el personal que ya tienen las residencias de personas mayores.

Mire, no dude en que el sistema se extenderá. Yo creo que en el fondo, señor Alonso, le gustan las unidades de convalecencia; si no, no me estaría planteando que lo exportáramos al sistema privado, ¿eh? Si no... [Murmillos]. Por eso, estoy... estoy... entiendo que está de acuerdo con el sistema y que está de acuerdo con el modelo, tanto que, antes de terminar de pilotarlo en el sistema público, quiere que lo llevemos también a MUFACE, a MUGEJU... yo también estoy de acuerdo, incluso a las residencias privadas. Pero vamos a pilotarlo en el sistema público, vamos a desarrollarlo en el sistema público, y luego intentaremos llegar, ¿cómo no?, a todos los... las personas que lo puedan necesitar en la Comunidad Autónoma. Yo estoy de acuerdo en estos términos con usted, porque, efectivamente, todos los ciudadanos de nuestra Comunidad Autónoma, si lo solicitan y lo requieren, pueden tener derecho a ello, para que nadie, efectivamente, quede excluido.

Y mire, ya le he oído demasiadas veces eso de las plazas vacías. Cuando hay que hacer obras en un centro, cuando se está reformando todo el sistema energético de los centros, cuando se están convirtiendo las plazas de válidos en plazas de personas dependientes, las plazas tienen que estar sin ocupar, y es lo que se está haciendo. Y está viendo como, en la medida en que están acabando las obras, se están convirtiendo en unidades de convivencia. Y una vez que se convierten en las unidades de convivencia, se transforman incluso, porque -se lo he dicho antes-, con los nuevos sistemas de eficiencia, el personal que hace falta para el... para mantener esos sistemas energéticos es menor, por eso esas plazas ya llevan tiempo sin ocupar. Y estamos aprovechándolas para crear nuevas plazas de atención directa a personas dependientes. Porque, una vez que se ha hecho la obra y una vez que las plazas son de personas dependientes, se requiere más personal de atención directa.

Estamos creando 68 nuevos puestos de trabajo fijos, públicos, de personal de atención directa, fundamentalmente auxiliares de enfermería, que, además, van a trabajar en unidades de convivencia. El otro día en Burgos lo pudimos ver. Y vamos a intentar que todas las residencias públicas tengan unidades de convivencia, ese es el objetivo. Pero, lógicamente, si se están haciendo adaptaciones, si se está refor-



mando todo el sistema energético, si se están haciendo cambios y tenemos plazas de válidos, es que hay que adaptarlas.

¿Que no podemos hacer la obra tan rápido como se puede? Es que las plazas están quedando vacantes cuando quedan vacantes. Y una vez que tenemos las plantas completas vacías o toda la zona en la que hay que actuar vacía, y a medida que la disponibilidad presupuestaria lo permita, se irán haciendo las obras. Ese es el flujo normal de un proceso de adaptación. Ojalá pudiéramos vaciar entero un centro y hacer una obra integral, sería mucho más sencillo para nuestros técnicos. Pero dejaríamos de dar servicio, dejaríamos de prestar servicio a todas las personas mayores que lo necesiten en nuestras residencias. Se va haciendo a medida que las plazas están vacantes, se pueda dejar plantas enteras, en las que hay que actuar, vacías. Y entonces, ¿eh?, se iniciará el proceso de obras.

Pero no hay nada más. De hecho -insisto-, 68 nuevos puestos de trabajo, fijos, de plantilla, y personal de atención directa en las residencias públicas de la Gerencia de Servicios Sociales. Creo que en estos momentos, en los que la crisis, como sabemos, nos afecta a todos, pues es una buena noticia para las personas dependientes de Castilla y León.

Señor González, poner en marcha un sistema nuevo no se puede, de verdad, asociar a un recorte. Yo no sé si esto es construir o deconstruir, no... términos culinarios, lo justo. Ahora bien, sí que le puedo decir que es un sistema que, con el poco tiempo que lleva de funcionamiento, porque es muy poquito... y por eso digo que hay que seguir supervisándolo permanentemente y muy de cerca, y pilotándolo, y acompañándolo, acompañando a los profesionales que lo implanten en otras provincias, ha sido muy bien valorado por los expertos a nivel nacional.

Mire, le voy a leer una nota del Observatorio de la Dependencia, que ha planteado ya en este poco tiempo, en febrero de dos mil catorce, como exportables al resto de Comunidades Autónomas las unidades de convalecencia de Castilla y León. Y esto lo dicen los expertos, no lo digo yo. Han analizado el modelo, han hablado y han analizado con los profesionales de un sistema y de otro, y han planteado que nuestro sistema se exporte al resto de Comunidades Autónomas. Y, insisto, todavía no tiene madurez suficiente, porque lleva muy... llevamos muy poco tiempo, poco más de un año de piloto, y estos meses de implantación en otra provincia fuera de... fuera de Valladolid, en Segovia; y en dos residencias diferentes, una de dependientes y una mixta, ¿eh?, que son las de Segovia. Hay que seguir trabajando en ello. Pero hombre, las expectativas yo creo que son importantes. Y que los expertos planteen que puede ser un modelo exportable, desde luego, un aval reconocerá conmigo que por lo menos tiene.

Y la planificación, se lo digo, no... está hecha por los propios profesionales de un sistema y de otro. Son ellos los que nos han dicho el número de plazas. Nuestras residencias pueden disponer de todas aquellas plazas, a medida que vayan quedando vacías, e implementar el personal y darle esa dotación y esa característica de convalecencia sociosanitaria, a medida que se necesite. Lo que no vamos a tener es plazas esperando a que se necesite la convalecencia sociosanitaria. Vamos a ir dimensionándolo a medida que se vaya necesitando, sin ningún problema. Se lo he dicho antes: hay plazas... estancias temporales de personas agudas, que se pue-



den utilizar en un momento determinado si hay una urgencia, como comentaba el compañero... el Procurador socialista en la respuesta, que es una respuesta cierta, a fecha cierta.

El convenio marca esto, pero no va a haber ningún problema, ningún problema en si hay una necesidad de una persona más que llega para implementar la atención, siempre que haya plaza vacante, lógicamente. Hay estancias temporales que se están utilizando permanentemente, y se dimensiona el acceso con el hospital y con las necesidades que puedan... que puedan surgir. Se ponen en marcha estas plazas, pero la atención se quiere garantizar a quien lo pueda necesitar.

Hay más recursos, lógicamente. Hay más recursos humanos en los... en las residencias de personas mayores -ya lo he dicho-: un médico, una enfermera y un terapeuta ocupacional, con diferentes periodos de jornada. Y creo que lo importante, sin ninguna duda, es que estamos en un modelo novedoso, que sin duda hay que explicar, que es pionero, pero que trae causa y tiene origen en nuestra propia Ley de Servicios Sociales, que no es algo que se nos haya ocurrido y que no esté planificado. Que el sistema de servicios sociales de Castilla y León está maduro como para poder hacer estas cosas; que ya trabaja en gestión de procesos en el sistema de dependencia; que ya trabaja en coordinación y en integración de procedimientos en el sistema de dependencia con el sistema sanitario; que viene trabajando en otras áreas, que no es la de personas mayores, a través de las... también de las comisiones de coordinación sociosanitaria y de los equipos de atención de base. Y que realmente sí que le puedo garantizar que lo único que pretende estas unidades es ayudar a los ciudadanos y ofrecer alternativas, en principio, desde el sistema público, siempre financiadas públicamente, y extenderlo, en la medida de lo posible, hasta donde, con garantías, se pueda necesitar y se pueda extender. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. Terminado el turno de Portavoces, se procede a la apertura de un turno para aquellos Procuradores presentes que no han actuado como Portavoces de sus Grupos, para que puedan formular preguntas o pedir aclaraciones sobre la información facilitada, de forma escueta. ¿Alguien desea...? Señora Agudiez Calvo.

LA SEÑORA AGUDÍEZ CALVO:

Buenos días. Gracias, señora Consejera. Bueno, lo que está claro es que usted y yo vivimos en dos mundos distintos en materia de servicios sociales. Pero bueno, me voy a centrar a la... a la pregunta que le voy a hacer. Y es que usted habla del incremento de profesionales, en concreto creo que ha dicho 68. Entonces, me gustaría que me explicase, efectivamente, cómo la creación de este recurso nuevo sociosanitario, prestado en las residencias de la Gerencia en Segovia, exactamente 20 o 24 plazas, en función de las respuestas, pues eso, en vez de generar empleo, o como mínimo mantener los puestos de trabajo existentes, para garantizar una asistencia de calidad, por qué va asociado a la pérdida de 10 profesionales de las residencias de la Gerencia de Servicios Sociales, 2 de ellas de médicos, cuando estamos hablando de centros asistenciales, y que se reparten entre 7 profesionales menos en la Residencia Mixta de Personas Mayores de Segovia y 3 profesionales menos en la Residencia Asistida de Segovia, según alertó hace escasos días el CESIC.



Entonces, sí que me gustaría saber... porque no me cuadra, no me cuadra el incremento con la reducción de... en Segovia, exactamente 15 empleos de servicios de la Gerencia de Servicios Sociales. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. Pues para contestar a la pregunta, tiene la palabra la Excelentísima señora Consejera.

LA CONSEJERA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES (SEÑORA MARCOS ORTEGA):

Sí. Los puestos que se están convirtiendo, precisamente, son para lo contrario: son puestos de personal de servicios, puestos de personal que, después de las reformas -como he dicho- de sistemas energéticos y de mantenimiento, de calefacciones y de sistemas energéticos, están... están... se reconvierten en puestos de atención directa. No estamos hablando de personal... de personal sanitario, estamos hablando de otras cosas. Y, de hecho, el acuerdo se ha cerrado la semana pasada a nivel sindical, ¿eh? No creo que se pueda hablar en ningún caso, cuando se están generando 68 puestos de trabajo, de atención directa, de que están desapareciendo puestos de trabajo de atención directa; todo lo contrario, se está adaptando la plantilla a las necesidades de las personas dependientes. Y los puestos que se modifican son puestos que no tienen titular y que son de personal de mantenimiento, ¿eh?, no de profesionales... se lo digo porque el documento de negociación está encima de la mesa y es público; o sea, no es... no tengo el dato aquí de... de Segovia, pero, vamos, es que los puestos que se están reconvirtiendo son de personal de... de servicios, de personal de mantenimiento.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. Por parte del señor Secretario se dará lectura al segundo punto del Orden del Día.

SC/000136

EL SECRETARIO (SEÑOR JURADO PAJARES):

Gracias, Presidenta. Segundo punto del Orden del Día: “**Comparecencia de la Excelentísima señora Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades número 136, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre Estrategia de atención al paciente crónico**”.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Gracias. Tiene la palabra la Excelentísima señora Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.

LA CONSEJERA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES (SEÑORA MARCOS ORTEGA):

Sí. Comparezco nuevamente ante esta Comisión, a petición del Grupo Socialista, para informar sobre la Estrategia de Atención al Paciente Crónico.



Sí me gustaría señalar, antes de comenzar mi exposición, que la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León 2013-2016 fue aprobada el diez de enero de dos mil trece a iniciativa de la Consejería de Sanidad, y que su desarrollo, impulso y ejecución recaen principalmente en ese Departamento, al ostentar la competencia para la atención y tratamiento o para el tratamiento de este tipo de pacientes.

De hecho, fue el Consejero de Sanidad quien tuvo la oportunidad de presentar esta estrategia en una comparecencia en la Comisión de Sanidad hace tan solo un año. Por este motivo, como ustedes comprenderán, en mi intervención solo me referiré a aquellas cuestiones que, recogidas en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico, afectan de manera transversal a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Pues bien, la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León tiene entre sus objetivos adaptar el funcionamiento del sistema sanitario de Castilla y León a la nueva realidad que supone la demanda asistencial creciente derivada de la cronicidad.

La meta de la estrategia es atender mejor a las personas con enfermedades crónicas, prestar los servicios que necesiten en el lugar más adecuado y en el momento que lo precisen. Es la respuesta a una necesidad real con la que espera conseguir los mejores resultados, tanto en calidad asistencial como en la eficiencia y sostenibilidad del sistema.

No olvidemos dos cuestiones que hay que tener en cuenta por su especial relevancia:

Por un lado, las características demografías... demográficas propias de la Comunidad -como son la mayor esperanza de vida y consiguiente envejecimiento de la población-, que implican mayor demanda de atención sanitaria al incrementarse la prevalencia de las enfermedades crónicas; y también un aumento de demandas sociales al aumentar el número de personas en situación de dependencia.

Por otro, y como consecuencia de lo primero, las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en el dos mil veinte, y se prevé que para dos mil treinta se doblará la incidencia actual de estas enfermedades en mayores de 65 años.

El impacto de las enfermedades crónicas y las patologías secundarias al envejecimiento, que nos obliga a promover cambios en los modelos asistenciales, adaptándolos a un nuevo contexto. Todo esto es lo que ha llevado a la búsqueda de soluciones que proporcionen a las... a la persona una atención más acorde a sus necesidades sanitarias y sociales, pero que también aporten una mayor eficiencia.

En general, los pacientes a los que va dirigida esta estrategia responden, por tanto, al siguiente perfil: presencia de varias enfermedades crónicas de manera concurrente; alta frecuentación hospitalaria, tanto de urgencias como de consultas externas y hospitalización, con ingresos de media estancia y prolongada; tratamiento farmacológico con polimedicación; disminución de la autonomía personal, de forma temporal o permanente, con frecuentes situaciones de discapacidad y dependencia; consumo de gran cantidad de recursos sanitarios y sociales; y, además, presentan otros factores adicionales a tener en cuenta, como son: la edad avanzada, vivir solo, escaso apoyo familiar y social, y presencia de secuelas de patología previa.



Por tanto, el nuevo modelo de atención exige tener una visión global de este paciente, proporcionar atención multidisciplinar, una adecuada planificación de los cuidados en cada estadio de la enfermedad, coordinación eficaz y gestión compartida de los recursos.

La estrategia, para conseguir su objetivo principal de mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, establece siete grandes líneas estratégicas, que pasará a desarrollar a continuación, centrándome en el papel a desempeñar por los servicios sociales en cada una de estas líneas.

Estas líneas estratégicas se refieren fundamentalmente, y en lo que atañe a los servicios sociales, a la prevención y a la atención y la innovación. Estos son los tres grandes ámbitos en los que la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades está implicada en la Estrategia del Paciente Crónico, en los que está realizando las actuaciones enmarcadas en las líneas estratégicas a las que me he referido anteriormente y que paso a detallar a continuación.

En primer lugar, en cuanto a la prevención, la Estrategia del Paciente Crónico recoge, en su Línea Estratégica 5 -que se ocupa de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad-, la necesidad de desarrollar un programa de envejecimiento activo saludable que promueva estilos de vida saludable, dirigidos al conjunto de la población, a través de la colaboración con otros sectores de ámbito sanitario, educativo, municipal, etcétera; y, además, desarrollar actuaciones específicas para lograr un envejecimiento activo y saludable, con el fin de mantener la capacidad funcional el mayor tiempo posible en la vejez. Esta actuación se ha materializado en la aprobación, el pasado veinticinco de febrero, del... del Programa Integral de Envejecimiento Activo, dirigido a la prevención de la dependencia y diseñado con criterios de accesibilidad, igualdad de oportunidades, sostenibilidad y calidad e innovación.

Este programa coordinará y planificará todas las actividades financiadas, total o parcialmente, por las Administraciones Públicas, desarrolladas por la Junta de Castilla y León, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, las Diputaciones Provinciales o las asociaciones o entidades, a fin de unificar criterios y llegar a un mayor número de personas con los recursos de que disponemos.

Uno de los ejes prioritarios de este programa, directamente alineado con la Estrategia del Paciente Crónico, es el de Prevención y Desarrollo de la Autonomía Personal. En este eje se especifica que las actividades deberán potenciar el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable; impulsar la participación en actuaciones preventivas y de promoción de la salud; facilitar la adquisición de competencias hacia la autonomía e independencia en la vida diaria de las personas mayores; promover el desarrollo personal, facilitando la promoción del conocimiento; y desarrollar medios y espacios que promuevan la participación activa, solidaria y comprometida de las personas mayores con el entorno.

Además, se han establecido cuatro talleres básicos, que son talleres de promoción de la actividad física, con el objetivo de favorecer el mantenimiento de una adecuada capacidad física y prevenir problemas por un estilo de vida sedentaria; talleres de estimulación cognitiva, para potenciar la adquisición y mantenimiento de habilidades y destrezas que prevengan o retrasen la aparición de déficits asociados al envejecimiento; y talleres de capacitación para las actividades de la vida diaria,



que permitan a las personas mayores vivir con independencia y autonomía; y, finalmente, talleres de promoción del conocimiento, para potenciar el desarrollo personal a través de la creatividad.

El segundo gran ámbito de actuación es el referido a la atención al paciente crónico. En este sentido, la Línea Estratégica 2 se refiere a la continuidad con la atención sociosanitaria, ya sea esta atención prestada en el domicilio, a través de los diferentes servicios, o en los centros de atención social.

Respecto al primero, la atención al paciente crónico prestada en el domicilio, debemos, en primer lugar, tener en cuenta los diversos estudios que han puesto de manifiesto que cuidar afecta a la salud y a la calidad de vida de las personas que cuidan, fundamentalmente mujeres, debido a la desigualdad que aún existe en la distribución de los cuidados informales a las personas dependientes. Por esta razón, desde la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades estamos priorizando las prestaciones de servicios profesionales en el domicilio. Por este motivo, se ha implantado un nuevo modelo de atención, en el que uno de sus pilares son los centros multiservicio para aquellas personas que, viviendo en su domicilio, puedan recibir los servicios que precisen, y, por tanto, tener una vida autónoma. Así, se pueden recibir en el domicilio: servicio de promoción de la autonomía personal, asistente personal, ayuda a domicilio, atención a necesidades urgentes, entre otras, siempre de forma flexible y ajustada a las necesidades de los usuarios.

Un año después de este impulso, ya contamos con 150 centros multiservicios autorizados en Castilla y León, y 536 servicios registrados distribuidos por las nueve provincias de la Comunidad, 110 de ellos de personas mayores.

Otro de los servicios en el domicilio, el de la teleasistencia, únicamente decir que en el año dos mil trece se estableció un acuerdo con las Corporaciones Locales por el que la Junta de Castilla y León asumía el 65 % de su coste, garantizando este servicio a más de 24.800 usuarios en Castilla y León.

Respecto a la ayuda a domicilio, este servicio se ha implantado con criterios homogéneos en toda la Comunidad, previo acuerdo con el sector y el Diálogo Social, y se realiza también por personal profesional. En el año dos mil trece el número de horas superó los 4.000.000.

Otra de las actuaciones de atención en el domicilio es, sin duda, la creación de los equipos de promoción de la autonomía personal, itinerantes y multidisciplinares (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y educadores sociales), que garantizan una correcta atención a las personas que reciben prestaciones en su domicilio. Actúan en colaboración con los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y con las Diputaciones Provinciales, y cuentan con 64 profesionales.

Cuando las personas dependientes optan por cuidados familiares, se ha trabajado para que estos cuidados se puedan proporcionar en las mejores condiciones posibles, tal y como establece la Línea Estratégica 4, en cuanto a la atención en el apoyo y capacitación de los familiares y cuidadores, vinculada con la formación de los cuidadores de personas dependientes. Así, se han desarrollado programas como la formación e información a cuidadores, desarrollando programas de formación dirigidos a los cuidadores, en colaboración con las Corporaciones Locales -en dos mil doce se formaron 1.912 cuidadores-; diseñando herramientas de control de la



calidad de la prestación y realizando un seguimiento profesional por el profesional de referencia de la persona dependiente; implantando equipos para la promoción de la autonomía personal -29 equipos y 33 profesionales-, que están garantizando el... en todo el territorio de la Comunidad una atención correcta a las personas que reciben prestaciones en su domicilio y apoyan en su tarea a los familiares que les atienden.

En cuanto a la coordinación, desarrollando la coordinación con el sistema sanitario para una mejor evaluación de las condiciones de cuidado y para garantizar una atención de calidad.

En cuanto al descenso... al descanso del cuidador, adoptando medidas de descanso para los cuidadores familiares de grandes dependientes mediante el ingreso en estancia temporal en un centro público o ayuda económica que favorezca la atención residencial temporal en un centro privado. En el año dos mil... dos mil doce hubo 1.069 beneficiarios de estancias temporales en centros públicos y 27 personas que han presentado la justificación para el cobro de los 15 días por cuidados vinculados a la dependencia.

En cuanto a compatibilidad, por cuanto que esta prestación es compatible con otras, como es con la teleasistencia, con la atención temprana a menores de tres años o con servicios de promoción de la autonomía personal a la intensidad prevista para el Grado I, se ha ofertado, a treinta y uno de diciembre, teleasistencia a 1.265; atención temprana, como prestación complementaria, a 299; y varios atendidos por los equipos de atención personal en el domicilio.

En la orden publicada el diecisiete de febrero, nuevamente acordada con el Diálogo Social y con el tercer sector, tal y como expliqué en el Pleno del día veintiséis de febrero, sigue esta línea de trabajo al incidir en la mejora de esta prestación de cuidados en el entorno familiar, ya que flexibilizamos la normativa nacional, el Real Decreto 1051/2013, de veintisiete de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, primero, para que puedan ser cuidadores familiares aquellas personas que acrediten, al menos, cinco horas diarias de atención adecuada al dependiente, frente a la normativa estatal, que exige la convivencia en el mismo domicilio del cuidador familiar y la persona dependiente; y, en segundo lugar, al no exigir la antigüedad de atención previa de un año, recogido en la normativa estatal, ni en el caso de circunstancias sobrevenidas, como un accidente que provoque una discapacidad de dependencia, ni en el caso de adopción con algún grado reconocido por ley, o el de un niño que llega al mundo con secuelas que le generen también algún nivel de falta de autonomía grave.

Esta orden también modifica las fórmulas de cálculo de las prestaciones económicas para las personas dependientes, para evitar que la revalorización de las pensiones suponga una alteración en las cuantías de las prestaciones reconocidas, manteniendo, por tanto, la capacidad económica de las personas dependientes.

El segundo ámbito de atención integrada se centra en la atención integrada en los centros residenciales, que se recoge en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en su Línea 3, adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico, y que incluye la adecuación de los actuales dispositivos asistenciales de atención especializada, incorporando nuevos recursos sanitarios y sociosanitarios, de acuerdo con el sistema de servicios sociales.



En este aspecto, mencionaré cuatro actuaciones que la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades ha establecido en este proceso de atención:

La primera de ellas ha consistido en establecer el nuevo modelo de atención residencial para las personas mayores, denominado “unidades de convivencia”, que mejoran el entorno físico de los centros residenciales para hacerlos más atractivos y sostenibles, y, sobre todo, para estimular una convivencia más estrecha entre usuarios y una atención de carácter más individual, ofreciendo actividades de envejecimiento activo y prevención –unidades, por cierto, de las que ya se han implantado 44, situadas en todas las provincias de Castilla y León–.

La segunda actuación ha sido la creación de las unidades de convalecencia sociosanitaria, a las que ya me he referido en mi anterior comparecencia. Estas unidades constituyen una estructura de recursos residenciales de gestión compartida por los servicios de salud y sociales con atención sanitaria de baja o moderada complejidad, en los que se presta atención sociosanitaria integrada al paciente crónico.

Como ya he explicado anteriormente, lo que se pretende es mejorar la calidad asistencial y facilitar a las personas su tránsito a través de los dispositivos asistenciales del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales sin barreras administrativas.

Tal y como se indica en la hoja de ruta de esta estrategia, fue en el segundo trimestre del año dos mil trece cuando comenzaron los trabajos de definición de estas unidades y el establecimiento de sus objetivos para, más tarde, elaborar el proceso de atención, hasta culminar con su implantación y evaluación.

La tercera actuación ha sido el establecimiento de procedimientos de atención compartida y coordinación de los centros de Atención Primaria con los servicios sociales, a los que se refieren la primera y tercera línea de la estrategia, incrementando y mejorando la capacidad de resolución de sus profesionales en cuestiones tan importantes como el informe que se realiza sobre la situación de salud de la persona solicitante por parte de los profesionales de Atención Primaria, la intervención de los profesionales sanitarios en la valoración de la situación de dependencia y aquellas personas a las que, por encontrarse inmovilizadas y no pueden... poder desplazarse al centro de salud, se presta la atención en el domicilio, o la comprobación por parte del personal sanitario de que la valoración de los cuidados recibidos sea de calidad, por poner algún ejemplo.

Por último, la cuarta actuación. Únicamente mencionar en este apartado el establecimiento de depósitos de medicamentos vinculados a la farmacia hospitalaria en todas las residencias de mayores de la Gerencia de Servicios Sociales. De esta manera se atiende a la mejora de la provisión y utilización de los productos sanitarios y farmacéuticos en las residencias de nuestra Comunidad Autónoma.

Y, finalmente, quisiera señalar que las actuaciones en prevención y atención a las que me acabo de referir deben reforzar con una mayor gestión, aplicándose soluciones innovadoras para ello. En este aspecto, las Líneas Estratégicas 6 y 7 se ocupan de la innovación y la gestión, en cuanto –y hablo tan solo del ámbito social– a acometer la integración de la información social y sanitaria en las tecnologías de información y comunicación por varias actuaciones, para garantizar que tanto los ciudadanos como los profesionales dispongan de información completa en todo el territorio en los aspectos sociales y sanitarios, y puedan acceder a ella de una manera



rápida y actualizada. Además, la Línea 7 de la Estrategia se refiere precisamente a impulsar la investigación y las actuaciones de promoción de la innovación en los procesos de coordinación sociosanitaria.

Esto repercutirá en una mejor definición de los perfiles de usuarios de servicios de ambos sistemas, y permitirá reorientar la atención y definición de manera más adecuada en los procesos de atención que se requieren en cada situación.

A este respecto, señalar el especial interés de las Consejerías de Sanidad y Familia en aprovechar las ventajas que las nuevas tecnologías de la información y del conocimiento ofrecen para facilitar el cambio en el modelo de atención, que se caracterice por la prestación de una atención integral, centrada en la persona, sostenible, proactiva y preventiva, lo que redundará en la mejora del bienestar de las personas dependientes o con enfermedades crónicas que precisen cuidados de larga duración, procurando preservar su autonomía y vida independiente el mayor tiempo que sea posible.

Se pretende, mediante la apertura de un proceso de diálogo técnico, instrumentar el desarrollo de una plataforma tecnológica de atención sociosanitaria al paciente crónico y personas en situación de dependencia, y que va a permitir el acceso informático de los profesionales sociales y sanitarios a las historias sociales y sanitarias para la mejora de la gestión de estos servicios prestados conjuntamente por ambas Consejerías.

En la actualidad, una vez publicada la convocatoria para soluciones innovadoras en atención sociosanitaria a pacientes crónicos en situación de dependencia, se ha abierto ya un proceso de diálogo con empresas innovadoras para la creación del proyecto y la elaboración de los pliegos de prescripciones técnicas.

Concluyo ya. Estas son las cuestiones transversales que incumben a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades en cuanto al desarrollo de la Estrategia del Paciente Crónico en Castilla y León, cuya meta es, tal y como indica la propia estrategia, atender mejor a las personas con enfermedades crónicas, prestando los servicios que necesiten en el lugar más adecuado y en el momento que lo precisen.

Esta es la respuesta de la Junta de Castilla y León a situaciones que requieren un modo de actuar centrado en necesidades específicas de las personas, necesidades más individualizadas.

Nuestro ánimo –el de todo el Gobierno de Castilla y León– es que con esa estrategia se consigan los resultados propuestos por ella, tanto en... en calidad asistencial como en lo que atañe a la Consejería de la que soy responsable en su apoyo social. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias, señora Consejera. Se abre un turno para formular preguntas, hacer observaciones o fijar posiciones por parte de los Grupos Parlamentarios. Por parte del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra don Fernando Rodero.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Muchas gracias, señora Presidenta. Buenos días, señora Consejera. Mire, lo primero que le quisiera decir, que... que usted cada vez que nos presenta un plan de



la Consejería solo y exclusivamente se caracteriza porque nos lo presenta desde las fortalezas que tiene el plan –que, evidentemente, todo plan va a tener unas fortalezas–, pero que oculta de forma sistemática todas las debilidades que, sin duda, todo plan también tiene.

Se dedica tanto al autobombo, a la comparación, a decir que son los pioneros, que de verdad que es que, a veces, resulta... –como usted dice– a veces resulta incluso hiriente, ¿no?

Porque es que, de verdad, se... se tiñe tanto un debate desde que el plan es lo mejor del mundo mundial, que no hay posibilidad de ningún defecto, que después el tratarlo de analizar ya es bastante difícil. Y si luego a eso se le añade un... una forma de contestar por su parte que muchas veces es rayana con ridiculizar al... a la Oposición, a decir cosas que no decimos, a poner en nuestra... en nuestra argumentación cosas que no argumentamos, que en verdad se... se pasan los debates, pero sin discutir lo que queremos.

Mire, hace un año, nosotros la citamos para que viniera, porque nos parecía muy importante este tema, lo mismo que el de... el de sanidad. Bueno, se ha pasado un año ya. Algo quiere decir, algo quiere decir, ¿no? Algo.

Segundo. Mire, nosotros –y se lo voy a decir de una forma clara, a ver si luego no me dice que yo digo lo que no digo– estamos a favor de la coordinación sociosanitaria; o sea, evidentemente, pero es que hemos estado desde siempre. Exceptuando sus palabras, no encontrará en ningún sitio que hayamos dicho que estamos en contra. Sin embargo, usted es capaz de contestarme, diciendo: como ustedes están en contra del nivel sociosanitario... Digo: pero bueno, nosotros... o como una enmienda no sé qué que ustedes están en contra del nivel sociosanitario. Es que no es verdad.

Mire, nosotros estamos a favor del nivel sociosanitario, pero, evidentemente, no como una tercera red; estamos a favor de una integración asistencial por medio de la coordinación, evidentemente; pero... y tampoco estamos a favor o no se puede entender el nivel sociosanitario como una injerencia, ¿no?, de un sistema sobre el otro o una dejación de funciones, que es lo que se ha tratado en el punto anterior, que me parece importante, y no consiste en ridiculizar, porque es que es importante ese peligro.

Mire, pero tenemos nosotros también dudas, y dudas muy importantes, en el nivel sociosanitario. ¿Por qué? Porque usted misma ha dicho que desde el minuto cero –decía en la comparecencia anterior– se ha dedicado al nivel sociosanitario, y el nivel sociosanitario, desde el minuto cero, fíjese usted: el I Plan, según el CES –según el CES, no nosotros–, dice textualmente: no está suficientemente evaluado, por lo que no se conoce ni el grado de cumplimiento de los objetivos ni se puede planificar en base al resultado. Segundo, el... y eso es que usted desde el minuto cero.

El II Plan Sociosanitario, nos dice también el CES: no ha sido evaluado el anterior y el II Plan encima se presenta con urgencia y que el... el CES no puede evaluar tal como quisiera con el tiempo que quisiera. Lo dice el propio CES.

Pero es que, por ejemplo, aquí, en esta Cámara, se nos dice que antes del treinta de noviembre del dos mil once estará el III Plan Sociosanitario.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Señor Rodero...



EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Sí.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

... no voy a cuestionar su intervención, evidentemente...

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Espero.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

... pero yo le agradecería que se centrara en el tema y hiciera referencia...

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Es que...

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

... y su intervención se refiriera al contenido de la comparecencia que ha hecho la señora Consejera...

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Al... Sí.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

... porque se le ha pasado la mitad del turno de la intervención...

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Sí, sí.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

... y yo le agradecería que se centrara en el tema.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Yo... Sí, yo le agradezco mucho la intervención que usted me hace, pero fíjese que la señora Consejera se ha dedicado también, en la misma medida, a hablar de toda la historia sociosanitaria y de todas las actividades sociosanitarias en esta Comunidad, desde un principio. Y entonces yo estoy contestando yendo en la misma línea.

Usted, señora Gerente, ya le digo que a... a través de... señora Consejera -porque en ese momento era Gerente-, en ese... se comprometió a que el treinta del once del dos mil once -antes del treinta del once del dos mil once- existiría... no, en el primer semestre del dos mil doce, el III Plan.

Después, en una pregunta escrita, el Consejero de Sanidad -pero una pregunta escrita en esta legislatura, el veintitrés del siete del doce-, se nos dice que el III Plan está en fase de tramitación y pendiente de su próxima aparición. Pero es que el otro



día, en una proposición no de ley, ¿no? -el otro día; me refiero el otro día, el siete del dos del trece-, se nos afirma categóricamente -usted; a través de usted, los Procuradores correspondientes- que no habrá III Plan Sociosanitario.

Usted también... -y le digo la historia porque es lo sociosanitario, que es el eslabón básicamente del crónico, es el nudo gordiano- usted también imposibilitó una zonificación común sociosanitaria en la Ley 16. Fue una de nuestras enmiendas constante, y además una de las enmiendas más importante, que la zonificación, la ordenación territorial fuera común, y se nos negó.

Pero es que unas veces usted ha aparecido y nos ha dicho también que, a nivel sociosanitario, la atención sanitaria de las residencias pasaría a Atención Primaria -en la prensa, de forma profusa-. Después que no. Después que sí.

Mire, yo lo que le quiero decir, señora Consejera, que sí, no, a dónde vamos en la cuestión sociosanitaria. Nos preocupa, nos preocupa mucho. ¿Por qué? Porque todo el tratamiento de crónicos, toda la estrategia de crónicos está basada en ese nivel sociosanitario, y la historia del nivel sociosanitario es una yenka: ahora sí, ahora no, puede que sí, no evalúo, pero me saco... O sea, no ha habido dos planes... los dos criticados de forma seria y contundente por el CES en cuanto a la inexistencia de evaluación.

Estamos pendientes de... del III Plan desde el dos mil siete. No es desde ayer; caducó en el dos mil siete, 2003-2007. Se debió de evaluar en el dos mil cinco, a la mitad; no se ha evaluado. Se debió de evaluar al final, en el dos mil siete; tampoco. Y ahora nos viene usted y nos dice... le preguntamos: ¿cómo participamos en... en el sistema en la estrategia de crónicos? Y usted lo que nos hace es un recuento de todas las actividades... que, por supuesto, la teleasistencia es muy anterior al plan de crónico. Eso ya lo sé. Y la atención a domicilio, y las plazas residencias, y todo eso.

Lo único que no es anterior, lo único que no es anterior son las unidades de convalecencia sociosanitaria. Es lo único. Y lo pongo entrecomillas, "único", porque es que -como la ha dicho anteriormente el compañero; yo lo tengo aquí también-, claro, había toda una serie de unidades que ya estaban funcionando como tal, como unidades de convalecencia, y además numerosas. Pero, sin embargo, se dice que este es un nuevo plan. Hombre, no, ya se estaba haciendo. O sea, no... no hagamos esos cortas y pegas y decir: todo es nuevo y ahora esto es pionero, y esto es lo mejor. No, si ya lo estábamos haciendo; vamos a tratar de mejorar.

Y tal vez todas estas cosas ocurren porque no evaluamos nunca; no evaluamos nunca ningún plan, y entonces eso es lo que nos ocurre. Y nos ocurre que puede que tengamos ya una sopa de letras en cuanto a plazas, porque, fíjese, hoy -es que hace falta tener memoria, y uno se equivoca... estaba así, apuntando- hemos hablado de plazas o camas de agudos, de plazas de crónicos, de plazas de larga estancia, de plazas de media estancia, de plazas de corta estancia, de unidades de convalecencia, de unidades de... de continuidad asistencial, unidades de convivencia, plazas de... residenciales que pueden ser temporales, asistidas, mixtas. ¿No le parece demasiada sopa de letras? Es que a mí gestionar todo esto me parece muy difícil, porque es que nos volvemos... nos volvemos locos y nunca sabemos a lo que se refiere.

Evidentemente que tenemos una población superenvejecida, desgraciadamente, superenvejecida. Y fíjese que el 70 % de las consultas son de crónicos; el 70, el 80 % del presupuesto de sanidad es de crónicos. Si yo sé que es un problemón,



pero te... y que tenemos que reenfocar el sistema sanitario y el sistema social hacia lo crónico, pero sin tanto autobombo, y hagamos... y luego -es que se nos... se nos niega- plazas que queremos para crónicos se nos dice que no. Se nos quitan las plazas en los hospitales, luego se dice que no, que es que sobra; se nos quitan plazas en las residencias, que es que se cierran porque es que son obras, que es que no sé qué, que es que... pero luego se crean otras. Hombre, parece todo como que es un juego al escondite, ¿no?, de falta un poco de transparencia y de que se digan las cosas.

Por supuesto, no, ya no aspiro a que se compartan, ¿no?, a que podamos a... aportar en un principio de cómo vemos nosotros un plan de crónicos, y que se nos haga caso a algo, pero, de verdad, señora Consejera, el debate que ha habido antes y que está subsumido en esta comparecencia también del crónico, una de las cuestiones fundamentales, fundamentales, es la injerencia no conveniente que puede tener el... los servicios sociales en sanidad y viceversa.

Usted...

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Señor Rodero, por favor, vaya terminando.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

(Y termino, y termino, y termino). Mire, solo un dato -sé que... no se sienta ofendida, por favor, no se... son datos objetivos-, mire, una plaza de agudos de cualquier hospital aquí, en Castilla y León, puede estar en torno a unos 800 euros/día; es lo que vale el que un paciente esté en una cama de agudos. Bien. En una residencia normalita no llega a 100 euros/día; esto es, hay 800... 8 veces más, ¿no? Pero, claro, si teníamos antes gente... -como se viene a decir en la intervención anterior- gente que de forma inadecuada, o que era muy caro -como decía la Portavoz del Partido Popular- las estancias que teníamos, temporales, que nos estaban costando, a lo mejor, esos 800 euros, claro, ¿qué es lo que hacemos, las ponemos en 100, con un médico más, ciento y pico euros y...? No parece que si una persona es necesario que esté en un hospital, tiene que estar en un hospital.

Y, fíjese, le doy... usted sabe, en el convenio...

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Señor Rodero, por favor, vaya terminando.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

(Sí). ... todo el equipamiento sanitario y... que le hace falta. Hombre, no... no habla de una enfermería de un... de un club de fútbol; es que es un equipamiento en toda regla, en toda regla, que tiene que ver mucho con sanidad. A mí lo leo y me da aún... por supuesto que más que un centro de salud, casi un hospitalito en... en la residencia, es lo que después de leer el este. Muchísimas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchísimas gracias a usted. También en un turno de fijación de posiciones, por parte del Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra don José María González Suárez.

**EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:**

Sí. Muchas gracias, señora Presidenta. Señora Consejera, gracias por el alud de datos estadísticos que nos ha aportado y alud de... de medidas en la anterior intervención. Pero he de decir que seguimos hablando de lo mismo; seguimos hablando de lo mismo, que es la atención sociosanitaria de los convalecientes, de ciudadanos con enfermedad crónica, pero convalecientes de enfermedad crónica y convalecientes de por vida; aquí ya no hay posibilidad de temporal o no temporal; de por vida.

Yo, según la estaba escuchando, pensaba: si fuese realidad todo lo que nos está contando, yo creo que en esta Comunidad habría muy pocos enfermos crónicos no atendidos desde el punto de vista sociosanitario. Nos ha dado ahí una retahíla de datos que me parece interesante que nos lo dé, pero que me hace pensar si la planificación de la que yo hablaba en la intervención... en la comparecencia anterior, esta mañana, existiese, pues nos haría ver que casi no era necesario seguir avanzando en medidas. Digo yo, ¿eh? Es decir, esa reflexión es en base a lo que le he estado escuchando ahora, hace unos minutos.

La verdad es que las personas con enfermedades crónicas, convalecientes de enfermedades crónicas, por suerte para ellas, en esta Comunidad avanzan en cantidad; digo por suerte porque en la medida en que avanzan es que viven, ¿eh?, es que viven, y siempre es positivo que vivan, pero, claro, deben vivir en condiciones de dignidad, del... como personas. Y yo sigo enormemente preocupado.

Yo aludía antes a una intervención en Pleno y tengo... tengo aquí... traía la pregunta que hice en su momento sobre los crónicos, que decía: "¿Considera la Junta que a partir de ahora los gastos por estancia hospitalaria han de correr a cargo del paciente crónico?". Es decir, volvemos a hablar de lo mismo. En este caso con los ciudadanos convalecientes de una enfermedad crónica. Volvemos a hablar de lo mismo.

Y he tachado, según intervenía el... el compañero Portavoz del Grupo Socialista, he tachado lo que tenía aquí sobre el costo de una cama hospitalaria y el costo de una cama en atención sociosanitaria. Entonces, no pueden decirme ustedes a mí, no puede decirme usted, que no lo hacen... no lo hacen por el ahorro, cuando faltaba toda esa planificación. Y es cierto que en su momento la propia Consejería de Sanidad nos dio a conocer, con gran bombo y platillo y con ciertos de... cientos de ciudadanos profesionales del sector sanitario y del sector sociosanitario, sobre la estrategia con los... para tratar a las personas con enfermedades crónicas. Es cierto. Y ahí había elementos positivos, igual que... yo he de decir: hay elementos positivos en la intervención que usted nos hace, pero positivismo de los elementos de esa intervención, por desgracia, se acaban cuando vas a la realidad de los... de la aplicación. Ese es el grave problema que tenemos en esta Comunidad, que -como yo en muchas ocasiones digo- ustedes estrujan el léxico, y también les he dicho: utilizan el léxico desde el punto de vista de la mercadotecnia; es decir, dicen lo que hacen, y no hacen lo que dicen; esa es la realidad.

Porque, claro, yo he ido anotando los... las características de los pacientes crónicos que usted ha dicho. Claro, yo no se las puedo negar; esas son las características de las personas con enfermedades crónicas.



Usted habla de unos objetivos... ¿cómo no vamos a estar de acuerdo con la prevención y el desarrollo de la... de la autonomía personal? De cualquier persona, y, por supuesto, los... los ciudadanos que sufren enfermedades crónicas también tienen este derecho.

El envejecimiento saludable, ¿pues cómo no vamos a estar de acuerdo? Es decir, aquí está el... la permanente utilización del léxico por ustedes, insisto, en quedarse en el léxico y no en la aplicación que debieran dar para cumplir con ese mandato que ustedes trasladan a concepto léxico y no a concepto de política de atención sociosanitaria.

También he de decirle -porque no quise decirlo en la anterior intervención por eso de no salirme a mayores del guión temporal; no del guión, porque estaba dentro del guión- que es difícilmente entendible que la Junta de Castilla y León, la Consejería que usted representa, esté disminuyendo habitaciones en residencias públicas de atención a mayores, disminuyen el número de residentes atendidos en residencias públicas, se incrementa el número de residentes que están en... en... en residencias privadas o en residencias con conciertos públicos, privadas con conciertos públicos, y en cambio solo hablan de la creación de este tipo de plazas de atención sociosanitaria, convalecientes, en este caso, crónico. Me va a permitir de que acabe dudando de que el objetivo sea la atención a las personas y no sea otro. Y poco más. Gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. Por parte del Grupo Parlamentario, tiene la palabra doña Ana María Álvarez-Quiñones.

LA SEÑORA ÁLVAREZ-QUIÑONES SANZ:

Muchas gracias, señora Presidenta. Señora Consejera, le agradecemos sus explicaciones sobre este tema, del que nos gustaría resaltar algunos aspectos concretos.

Mire, en primer lugar, cuando hablamos de pacientes crónicos, pues hablamos de muy distintos tipos de enfermedades, padecimientos y también de personas a quienes estos aquejan. Pero lo que sí que es cierto es que usted está poniendo encima de la mesa, una vez más, no solo la necesidad, sino también la vocación de la Junta de Castilla y León por encontrar y proporcionar ese espacio sociosanitario que necesitan muchos pacientes crónicos, o, lo que es incluso más importante, que pueden necesitar.

Y mire, esto no... no lo digo yo, que lo puedan necesitar, es que lo dice la Organización Mundial de la Salud. Es que resulta que actualmente, pues mire, hay 650 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, pero es que las previsiones para dos mil cincuenta es que va a haber 2.000 millones de esas personas.

Sabemos también por el informe de la Organización Mundial de la Salud que entre el 25 y el 30 % de las personas mayores de 85 años tienen deterioro cognitivo, y probablemente van a necesitar no solo atención sanitaria, sino atención social, y van a necesitar que exista y sea eficaz ese espacio sociosanitario al que usted está contribuyendo a construir. Y esas personas con deterioro cognitivo, pues tie-



nen dos enfermedades que son muy prevalentes, por lo menos; además hay otras, como las degenerativas, el párkinson, pero me refiero concretamente a la cardiopatía isquémica y al alzhéimer. Sobre todo en el primer caso, pues, evidentemente, la detección pronta por parte de los profesionales de Atención Primaria, pues pueden hacer mucho en la prevención de secuelas que se producen, pues, por ejemplo, después de episodios de ictus, etcétera.

Creo, señora Consejera, que sus palabras son muy importantes para todas las personas de Castilla y León, porque no solo son palabras. Porque es que, mire, decía una famosa jurista que la pérdida de la forma es la esencia de la pérdida de la norma. Entonces, es que resulta que aquellas cosas de las que no se habla nunca, resulta que al final, pues no existen, señora Consejera. De eso sabemos, o saben más personas que son algo mayores que yo, y que no eran niñas cuando se terminó la dictadura, en que había realidades de las cuales, pues como no se podía hablar, simplemente el resultado era que no existían, pero desde luego que estaban ahí.

Nos parece poca toda la insistencia que se haga desde la Consejería para poner de manifiesto que muchos pacientes crónicos -sobre todo las personas mayores con esas enfermedades más prevalentes, pero por supuesto también pacientes crónicos jóvenes, incluso niños-, pues van a necesitar de esa concurrencia de atención sanitaria y atención social en un mismo espacio social y sanitario, que no es otra cosa que sus propias circunstancias vitales, donde los dos servicios deben actuar de forma incardinada. Entendemos que, por supuesto, el peso de la detección precoz, el tratamiento, etcétera, va a recaer fundamentalmente sobre la Consejería de Sanidad, pero nos alegra, y la vamos a apoyar, ver cómo usted, desde la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León, va a contribuir a ese espacio sociosanitario que muchos de estos pacientes van a necesitar.

Y esto es lo que quería decirle, no me voy a alargar más. Y muchas gracias. Simplemente una cosa, con todo el cariño, y por alusiones a don Fernando Roder, desde el profundo respeto que le tengo como parlamentario, y aprecio como persona y compañero de esta Comisión. Mire, no vamos a entrar a decir si las estancias sanitarias son caras o baratas. Usted decía "no, es que he dicho que son muy caras". Vamos a ver, mire, lo que sí que le digo es una cosa: que en una misma cama de hospital, mejorando la atención a los pacientes y acortando las estancias medias, siempre vamos a tener la oportunidad de beneficiar a un mayor número de pacientes. Mire, por mucho que nos empeñemos, a usted y a mí nos van a poder poner solo dos prótesis de cadera, pero es que hay pacientes esperando a los que también se pondrá la prótesis, se pagará el coste de esa prótesis al proveedor, y, por tanto, van a incrementarse los costes variables en sanidad, pero eso es normal, lógico, es deseable, y se llama gasto eficiente: atender a más personas aunque gastemos un poquito más en material fungible, pues... aprovechando nuestros costes fijos y estructurales. Y gracias por su observación, señor Roder. Y muchas gracias, señora Consejera, y señora Presidenta, por su magnanimidad.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Gracias, señora Portavoz. Sí que quisiera recordarle que en las comparencias no puede abrirse el debate entre los distintos Portavoces. Para contestar a las cuestiones planteadas, tiene la palabra la Excelentísima señora Consejera.

**LA CONSEJERA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES (SEÑORA MARCOS ORTEGA):**

Muchas gracias, señora Presidenta. Señor Rodero, creo que aquí hay una cuestión importante, que quiero aclarar antes de empezar a contestar, y es que la Estrategia del Paciente Crónico no es de mi Consejería, se lo he dicho al empezar. Entonces, no he eludido venir a evaluar el plan de mi Consejería, porque el plan no es de mi Consejería, se evaluará por la Consejería de Sanidad. Y para eso nos solicitará la información que sea pertinente cuando lo sea.

Por lo tanto, yo no puedo ocultarle nada. He empezado mi intervención diciendo que lo que puedo exponer al... al hilo de este... de esta comparecencia, que se titula Estrategia del Paciente Crónico, es aquello en que, desde la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, se está aportando para atender al paciente crónico, que, como usted bien sabe, en un porcentaje muy elevado siguen viviendo en su domicilio. Y de lo que se trata es de poner apoyos desde los servicios sociales a estas personas que tienen enfermedades crónicas, que en muchas ocasiones ni siquiera son dependientes y que se les pueden proporcionar mecanismos de seguridad como la teleasistencia en el domicilio.

Yo no he dicho que la teleasistencia sea nueva. Lo que he hecho es un análisis de todas aquellas prestaciones y servicios que... de los que se pueden beneficiar los pacientes crónicos, bien sea en su domicilio o bien sea en un centro de atención social o de servicios sociales, o incluso en las unidades sociosanitarias de las que hemos hablado en la anterior comparecencia.

Por lo tanto, no le puedo responder a si la evaluación del Plan Sociosanitario -la del primero, está incorporada en el segundo plan, me consta- si se llevó o no se llevó pronto o tarde al... al CES, si lo evaluó en un momento o en otro el CES, porque es... eso corresponde... los planes sociosanitarios se elaboran en la Consejería de Sanidad. No puedo haber planteado yo una PNL, ni haber reorientado una respuesta, ni haber dicho que comprometo en dos mil once el siguiente plan sociosanitario, porque es competencia de la Consejería de Sanidad. Estoy segura de que usted ha hecho esa valoración y esa... porque habrá sido así por parte de algún compañero, pero en ningún caso yo he comprometido unos planes u otros, porque no son competencia mía; y entiendo que, hablando de la Estrategia del Paciente Crónico, de lo... lo único que puedo aportar, como una parte más de toda esa estrategia de la que forman parte fundamentalmente la Consejería de Sanidad, pero colateralmente otras Consejerías, pues es lo que he expuesto en... en mi presentación, que no es otra cosa -insisto- que aquellas cuestiones que desde Servicios Sociales pueden mejorar la calidad de vida de las personas que tengan una enfermedad crónica allí donde residan, en su domicilio o en algún centro de servicios sociales.

Mire, no... de verdad, no... no sé por qué sistemáticamente hablan de autobombo. Yo creo que en ningún caso nosotros evaluamos nuestros propios sistemas y sacamos nuestros propios datos. Son otros, son expertos. Ya sé que a ustedes no les gusta -luego me dirá que sí- y que son los únicos, a nivel nacional, que no reconocen el progreso del sistema de servicios sociales de Castilla y León. Muy diferente con lo que está ocurriendo en otras Comunidades Autónomas -y no viene al caso y no voy a aludir a ello-, pero, de verdad, creo que sería bueno... sobre todo, porque el sistema de servicios sociales no es la Consejera, ni el Gerente, ni el equipo directivo;



son los profesionales de los servicios sociales. Pero la orientación que se está dando a la protección social en Castilla y León, absolutamente diferente de la que se está dando en otras Comunidades Autónomas, es lo que está permitiendo tener mejores resultados en una comparativa que hacen los expertos, y que serán correctos o no los indicadores, pero son los mismos para todas las Comunidades Autónomas. No se trata de autobombo, se trata de orientar la actividad de la Administración hacia la necesidad del usuario.

Es cierto que es complicado. No es una sopa de letras, son multitud de servicios que... con los que el... el profesional elabora un plan individual de intervención y pone a disposición de la persona en función de sus necesidades. Es cierto que sería infinitamente más sencillo, como existía tradicionalmente, dos servicios, y cada uno con una intensidad cerrada, y cada usuario que se ajuste a lo que hay.

Bueno, pues es que estamos adaptando todo el sistema de protección social y de servicios sociales a las necesidades de cada usuario. Claro que sí han abierto servicios flexibles. Claro que se ha puesto en marcha un Servicio de Promoción de la Autonomía Personal antes de que estuviera regulado a nivel nacional. Claro que pueden ser servicios a la carta, porque las necesidades de cada persona, y en cada momento, son distintas. Y, por supuesto, nos cuesta mucho más gestionar eso que gestionar medidas estanco, con programas estanco, y que el usuario se adapte a lo que hay. Pero es que nuestro modelo de trabajo no es ese, es el de la personalización de los servicios, es garantizar a cada quien lo que necesita, y no... en este caso, sí hacer injerencias en el... en el propio deseo del usuario.

No hay, para nada, injerencias entre Sanidad y Servicios Sociales; hay un protocolo coordinado de trabajo, que no tiene nada que ver con que un sistema esté perjudicando o injiriendo en el otro, sino, simplemente, como le digo... sí es complejo, hay que trabajar más, hay que cambiar las formas de trabajar -y se ha hecho-, hay que protocolizar los servicios. Es mucho más sencillo decir que se da un... unas horas de ayuda a domicilio, unas horas cerradas de estancia diurna y con un horario cerrado que decir flexibilidad horaria en la estancia diurna, flexibilidad para, si se quiere, tener comida a domicilio todos los días de la semana o solamente determinados días, flexibilidad en cuanto a la intensidad del servicio que se quiere recibir y se puede complementar con otro.

Programa individual de intervención, profesional de referencia, que elabora este programa en función de las necesidades y deseos de cada usuario en cada momento. ¿Que es más complejo? Sin duda. Yo entiendo que a usted le pueda parecer una sopa de letras, pero lo que es es multiplicidad de servicios y definidos en función de las necesidades del usuario. Pero coincido con usted en que, complejo, es bastante más.

Y mire, ¿falta de transparencia? Yo creo que ninguna. Todos los servicios disponibles, todos, deben estar autorizados, y, como tal, todos están en la página web. Pero es que, además de los autorizados, hay información permanente, todos los meses actualizada, de la utilización de esos servicios; todos los meses publicamos en nuestra página web el número de personas que están en servicio de ayuda a domicilio, que están en centro de día, las personas dependientes que tienen financiación pública para plaza residencial, que están en el Programa de Atención Personal, que están... todo, cada mes. Más público que estar en la página web, pues es complicado. No sé si hay algún mecanismo con el que se pueda llegar a más.



Y mire, yo entiendo que busquen excusas, por esto de que si la zonificación en la Ley de Servicios Sociales, por eso de que no la... no la apoyaron. Pero, mire, la zonificación en la Ley de Servicios Sociales no establece, en ningún caso, que tenga que ser exactamente igual que la de salud. Y lo que sí que se está trabajando ahora es en el mapa de ordenación territorial, como bien sabe. Entonces, la zonificación de servicios sociales de la propia ley establece unas medidas mínimas... incluso esto se hace a propuesta de los propios Ayuntamientos, que son quienes realmente están viendo la dimensión de las necesidades de cada uno de los servicios.

Y, aunque en buena parte le ha contestado la... la Procuradora del... del Grupo Popular, la Portavoz del Grupo Popular, mire, en ningún caso esto es un tema de dinero. Efectivamente, se trata no de un tema presupuestario, sino de un gasto eficiente. El gasto eficiente no es menor gasto, el gasto eficiente es ocupar cada plaza... -según los expertos en sistema sanitario- ocupar cada plaza el tiempo que es necesario por la persona que lo necesita.

Si una plaza de un hospital de agudos cuesta 800 euros al día, pues lo cuesta; y quien necesite un hospital de agudos, pues tendrá un hospital de agudos; y cuando los profesionales del sistema sanitario decidan que esa persona no tiene que estar en una plaza de agudos, pues le dará de alta; y en ese momento podrá ir a su domicilio o, si lo necesita, se le ofertará una plaza en una... en una unidad de convalecencia sociosanitaria. Pero insisto, si necesita asistencia de agudos, pues consumirá los... los 800 euros al día; si no necesita una plaza de agudos, y puede estar en su domicilio, y se le da de alta, pues puede estar en su domicilio y se le da de alta. O sea, que son los propios trabajadores de... de los hospitales los que determinan las altas, ni más ni menos. Si hay unidad de convalecencia y el usuario elige este servicio, pues irá a la unidad de convalecencia y se le atenderá, como se ha comentado en la anterior comparecencia.

Creo que en buena parte he respondido también a las dudas del... del señor González. Efectivamente, hay convalecientes que están en el domicilio que no se quieren trasladar, ¿no? Elige el usuario. No es algo que hayamos sacado de la nada, evidentemente, es algo en lo que venimos trabajando y desarrollando desde hace diez años, en el modelo de coordinación. Yo lo que he hecho ha sido la exposición -insisto- de una batería de cuestiones de coordinación, en las que se ha venido avanzando después de todo este tiempo; las unidades de coordinación sociosanitaria, los equipos de coordinación de base existen desde el I Plan Sociosanitario.

Pero sí que quiero dejar una cosa clara: nada tiene que ver todo este sistema de atención social a personas que pueden ser enfermos crónicos... -un enfermo crónico no tiene por qué estar en un hospital, salvo que tenga un problema agudo- nada tiene que ver con los gastos hospitalarios. Los gastos hospitalarios son del sistema sanitario. En ningún caso el gasto hospitalario se le repercute al... a la persona, porque la sanidad es gratuita, es gratuita. Como bien decía... anterior... en la anterior comparecencia el... el Portavoz del Grupo Socialista, es gracias a la contribución de todos los ciudadanos: gratuito para el usuario final, pero tiene un coste muy elevado.

Además, lo que está claro es que una plaza de un hospital que se da de alta antes, porque el profesional sanitario así lo decide, se ocupa antes por otro paciente, con lo cual, es gasto eficiente: más eficiencia en el sistema, pero la plaza está... está ahí.



No le he entendido muy bien. Está claro que digo lo que hago -no voy a decir lo que no hago-. No le he entendido muy bien el... el juego de... en esos términos. Evidentemente, los datos que se traen aquí son datos de resultados, medidos por los profesionales mes a mes, y que se pueden hacer ya estimaciones de año cerrado después de que varios servicios se prestan de... por periodo de más de... de más de un año.

Y mire, en este momento hay más personas grandes dependientes ocupando plazas públicas de las que ha habido nunca; entre otras cosas, porque nuestras residencias -las residencias públicas de la Gerencia de Servicios Sociales- eran residencias, en origen, pensadas para personas válidas. Se han ido adaptando, se ha ido haciendo obras en todas ellas, se sigue, porque el... el proceso es largo, ¿eh?, porque son plazas... residencias ocupadas, para convertir en plazas que puedan atender a personas dependientes.

Pero en este momento lo que sí que le puedo garantizar es que el residente... el usuario decide dónde quiere ir: si quiere ir a una plaza pública, va a una plaza pública; si quiere ir a una plaza financiada públicamente, va a una plaza financiada públicamente. Pero que, después de todos los esfuerzos de inversiones y reconversión que se vienen haciendo, y de incremento de las plantillas de personal, pues en este momento -incluso también porque las personas que entraron como válidas en las residencias públicas se han convertido en dependientes-, en este momento la gran mayoría de usuarios de las residencias públicas son personas grandes dependientes, en unos casos, pacientes crónicos, la mayoría, lógicamente, y con elevado nivel de... de dependencia.

Y, bueno, a la Procuradora del Partido Popular creo que ya le... le he contestado, lógicamente, con esa alusión a que Sanidad va a ocupar más ágilmente las plazas; no a ahorrar, porque la plaza está ahí, los profesionales están ahí, y se ocupará, y será más eficiente el sistema sanitario y más ajustado a las necesidades de los usuarios que no deben ocupar una plaza de agudos, otro tipo de... de atenciones y de servicios, que, insisto, son los profesionales quienes los determinan, y que determinan que es ajustada a la necesidad del usuario esa... esa prestación.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias, señora Consejera. En un turno de réplica, por parte del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra don Fernando Rodero, por un tiempo máximo de cinco minutos.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Gracias, señora Presidenta. Brevemente. Mire, señora Consejera, cuando le... -por ir contestándole lo que me ha dicho, pero tengo siempre la sensación de que estos debates que qué poco sirven, porque no somos capaces de transmitir nosotros, o tal vez de que usted no escucha lo suficiente; pero bueno- mire, yo, cuando le dije que llevamos un año esperando esto, no es para que nos presentara hace un año los resultados, eso es un absurdo. Yo no... no se nos ha ocurrido, pero lo ha puesto en nuestra... en nuestra intención. Nosotros le dijimos que hace un año viniera, era para que nos diera los objetivos, las metas, lo... lo que se pensaba conseguir, cómo lo pensaba organizar... Pues para hablarlo. Ahora viene y nos dice que es que nosotros



hace un año le pedimos los resultados y que por eso no ha venido y viene ahora. No. Bueno, como siempre, brrr, distorsionando.

Mire, cuando me dice que es que yo... que usted no ha sido la responsable de. Me parece que usted conoce a la señora Armisén, ¿no? Bueno, y la señora Armisén era la Portavoz de aquí; y cuando habla un Portavoz de aquí, me consta, me consta, me consta, -y nos consta a todos-, que es que previamente lo habla bien con el Gerente o bien con la... o con la esa; incluso la mayoría de las veces lo leen, ¿no? Pues mire, es que la señora Armisén, el treinta del once del once, dijo que en el primer semestre estaría aprobado el III Plan de... Sociosanitario -no lo digo yo, lo dice su Grupo-. Dos: es que en la Pregunta Escrita 2476, del trece del siete del doce, la Consejería afirma que está... el III Plan está en fase de tramitación y pendiente de próxima aparición -no soy yo, es eso-. Y en la Proposición No de Ley del siete del dos del trece se nos afirma categóricamente... del catorce -perdona-, se nos afirma categóricamente que ya no habrá plan... III Plan Sociosanitario.

Nosotros le decimos eso, pero es que toda esa información nace de su Consejería. Yo... yo lo siento, son datos, datos... Tal vez usted se entere ahora, pues a lo mejor es que... Pero lo que sí que que es verdad es eso.

Mire, nosotros afirmamos, creemos completamente necesario que un crónico... que un enfermo crónico, una vez estabilizado, no tiene por qué estar en una cama de agudo. Pero eso lo llevamos diciendo años, años y años y años. No estamos en contra de eso. Lo que creemos que es que un crónico debe de estar en una plaza de crónicos -que es una enfermedad, mientras no se diga lo contrario-, y tiene que tener un régimen hospitalario, y tendrá que haber hospitales de crónicos, como a veces aquí se ha afirmado por la Consejería de Sanidad -ahora no, sí, no se sabe-, pero es necesario que haya; o de larga estancia, me da lo mismo. ¿Hace falta? Sí hace falta.

¿Qué es lo que ocurre? Que nosotros creemos... -no sé, es por si lo entiende, o a lo mejor le aportamos, a lo mejor, algún detallito que... de su... que sea digno de su consideración- es que creemos, que creemos, que cuando un crónico le ponemos en servicios sociales con una atención que viene especificada en este protocolo, pues no parece muy conveniente. ¿Por qué? Porque, según parece, en este convenio -no soy yo-, es que puede estar con oxígeno, puede estar con vías, tiene que estar con bombas de perfusión, necesita un aparataje médico, etcétera, y le ponemos un médico por cada 30 plazas, y tan solamente en horario de mañana, y solo en días laborables -eso lo pone aquí, ¿eh?, eso lo pone aquí, señora Consejera; ahora usted me dirá que yo digo otra cosa, pero es lo que pone aquí-. Entonces, nosotros, pues parece que, en un habitáculo, el que haya 30 personas con vías, con oxigenoterapia, con tal, con cual, etcétera, etcétera, pues, hombre, un médico que tan solamente esté, geriatra, en horario de mañana, a mí, a mí, como profesional, me parece harto insuficiente. ¿Por qué? Porque creo que esa plaza es de enfermo crónico, que se necesita. Eso es una cuestión, y que son los hospitales.

Me acuerdo yo que aquí debatí con el Gerente o el Consejero sobre el hospital... sobre el Hospital Provincial de Ávila, y me decía que tal vez, a lo mejor, habría que haberlo pensado y convertirlo en hospital de crónicos. Pues... pues a lo mejor, a lo mejor. Y es lo que se tiene que hacer. Y esas plazas sí que que ahí estaría correcta.

Porque a mí me parece una osadía -osadía, de verdad, tal como yo veo- o una injerencia de... sanitizar los servicios sociales. Y eso es lo que no quiero. ¿Por



qué? Porque eso va en detrimento de la salud; independientemente de los aspectos económicos, que resulta que antes no me cobraban nada y ahora me cobran como si estuviera en una residencia, como parece ser que es... es... o sea, el paciente -porque es paciente, es paciente, no es un... un usuario de servicios sociales, es un enfermo- tiene que estar pagando, cosa que antes no pagaba, porque estaba en el hospital, inadecuada o no inadecuadamente, pero estaba en un hospital; con crónico o no crónico, con plaza de larga estancia o como usted quiera llamarlo, pero estaba, y no cobraba nada, y ahora va a ponerse... tiene que sufragarse parcialmente la plaza.

Mire, señora Consejera -y termino-, en este convenio esas unidades las autoriza... son sociosanitarias, pero las autoriza la Consejería de Sanidad; esto es porque cree que es un establecimiento sanitario, y lo... Es la Consejería quien lo autoriza, no Servicios Sociales, no Servicios Sociales. Todo eso me está hablando a favor de un establecimiento sanitario, y es lo que tratamos de decirle, tanto el Grupo de Izquierda Unida como el Grupo Socialista, de que, de verdad, Señoría, que el peligro es sanitizar, sanitizar, los servicios sociales; que los servicios sociales nos metamos en un jaleo que no nos corresponde ni presupuestariamente ni, sobre todo, funcionalmente. Eso es lo más importante.

Porque, claro, el estar hablando de que es que el Sacyl va a pagar 36 euros, dice: ¡pero bueno!, pero si...

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Señor Rodero, por favor, vaya terminando.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

No es muy comprensible.

Termino ya, termino ya, haciéndole un recordatorio, pues del equipamiento sanitario, por ejemplo, que pone... y que dice que es como mínimo, como mínimo. Yo todavía no conozco ninguna residencia... sí... no conozco... bueno, sí, hay muchos centros de salud que no conozco con este equipamiento, y son centros de salud, ¿eh?, centros de salud, que tienen que tener, por supuesto que electro, oxigenoterapia en vacío, equipos de intubación, sueroterapia, respiración asistida, reanimación, etcétera. Todo una cantidad de equipamiento que muchísimos centros de salud en esta Comunidad no lo tienen, no están tan equipados. Y me dice: ¡ah!, pero eso no es sanitario, eso es de servicios sociales. Esa es nuestro gran miedo, y creo que es nuestra humilde aportación. Muchísimas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Gracias. Por parte del Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra don José María González Suárez.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Gracias, señora Presidenta. Señora Consejera, voy a intentar ser un poco más explícito -creía que lo había sido, pero bueno-, en base a ejemplos concretos.

Mire, si usted habla de desarrollar programas de envejecimiento activo y saludable, es un título, un concepto al que nadie nos oponemos, ¿cómo nos vamos



a oponer? Es muy interesante. Pero, claro, hay que llenarle de contenido. ¿Con cuántas ciudadanas o ciudadanos de Castilla y León se trabaja, con 200, con 500, con 800?, ¿y cuántos lo necesitan? Porque, claro, respecto a los informes de los expertos, yo he dicho muchas veces: en el país de los ciegos, el tuerto es Presidente de la República. Pero hay que poner a cuántos habría que llegar y a cuántos se llega, y en qué condiciones se llega. Eso es lo que quiero decir con que ustedes venden lo que teóricamente hacen, dicen que hacen, y no hacen lo que dicen que van a hacer. Ese es el verdadero... el verdadero problema.

Y yo vuelvo a insistir en el tema que nos ha traído aquí en esta comparecencia, que es el de los ciudadanos... ciudadanos pacientes crónicos. A mí me preocupa enormemente -y cuando aludía a las camas hospitalarias y a las camas sociosanitarias-, si yo voy a un hospital con un problema de asma, quiero que me traten el asma y no me inyecten bótox, aunque salga más rejuvenecido. Porque mi juventud será derivada de no tener problemas de asma, y no de tener menos arrugas.

Si yo llevo mi coche al taller con un problema mecánico, no quiero que me le trate el chapista, quiero que le trate el mecánico. Pues los enfermos crónicos no necesitan que un jefe de taller sea médico y que por teléfono diga qué atención necesita. Necesita que el jefe del taller del cuerpo humano de ese ciudadano esté presente, y que los auxiliares que vayan a tratar ese cuerpo, ¿eh?, el motor de ese cuerpo, estén capacitados y estén al cien por cien de dedicación. Gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Gracias. La Portavoz del Grupo Parlamentario Popular, ¿quiere intervenir? Muchas gracias. Pues para contestar a las cuestiones planteadas, tiene nuevamente la palabra la Excelentísima señora Consejera.

LA CONSEJERA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES (SEÑORA MARCOS ORTEGA):

Señor Rodero, creo que le he escuchado bien, pero no sé qué quiere que le plantee yo el día después de aprobarse una Estrategia de Paciente Crónico por parte de la Consejería de Sanidad, y que el Consejero viene -que es el responsable- a explicar a esta misma Cámara sus metas, sus objetivos y lo que se pretende conseguir. Yo puedo venir y decir otra vez lo mismo, porque, evidentemente, los mecanismos, los objetivos, los retos que se plantean abordar, la situación de la Comunidad Autónoma que se plantea... plantea abordar con esa estrategia es la misma, lo cuente el Consejero de Sanidad, que es el responsable de ella, que lo cuente la Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, que, lógicamente, la conoce, pero no en la profundidad que la puede conocer el responsable de la propia estrategia.

Mire, yo no dudo de que usted tenga todas las fechas y de que haya sido así, de que los Procuradores del Grupo Popular, que son tan autónomos como lo son ustedes, hayan planteado estas cuestiones. Yo creo que eso no se debe poner en duda en ningún... en ningún caso, es una cuestión de respeto a la profesionalidad de cada uno.

Mire, insisto, el... los planes sociosanitarios, lógicamente, tienen, igual que la Estrategia del Paciente Crónico, su responsable -los conocemos todos-. Si en lugar de un plan sociosanitario aislado se ha recurrido a la idea de la Estrategia del



Paciente Crónico, incorporando ahí todos los mecanismos sociosanitarios, pues habrá habido un momento en que la Consejería de Sanidad decidió que esto fuera así, y entiendo que en esta Mesa se habrá planteado. Yo no tengo por qué ponerlo en duda, ni muchísimo menos; ni me parece que la decisión siquiera se pueda tachar de desacertada.

E insisto, un paciente crónico, si necesita un hospital, estará en un hospital. Y si no necesita un hospital, porque no tiene por qué necesitar un hospital, entendemos que hay que poner todas las garantías para que esté bien atendido donde quiera vivir, en su domicilio, en un domicilio compartido con otro miembro de la familia, en un centro de personas mayores o allí donde realmente quiera vivir. Porque es un paciente crónico, pero no es un enfermo que tenga que estar en un hospital de agudos permanentemente. Quien tenga que estar en un hospital de agudos, sea paciente crónico o no, lo estará; lo estará porque es decisión médica. Es decisión médica, y, si tiene que estar, estará, con independencia de que tenga una enfermedad crónica o no la tenga. No tiene nada que ver.

Y las unidades sociosanitarias las utilizarán aquellas personas que ya no tengan que estar en un hospital de agudos; que ya estén de alta de un hospital de agudos, de media, de larga estancia, de lo que se considere. Y es... como bien dice el documento que usted ha replicado, es el equipo técnico, son los profesionales del sistema quienes, después del alta, después del alta, deciden si la persona puede estar en una unidad sociosanitaria, puede estar en su domicilio, con la información que recaban del propio paciente y de su entorno familiar. Pero una vez que se ha producido el alta. Es que no podemos mezclar una cosa con otra.

Mire, las residencias públicas de la Gerencia de Servicios Sociales tienen un equipamiento sanitario, de siempre, y toda la actividad, de siempre, la autoriza, y todo el servicio de prestación de servicio sanitario -la farmacia, el servicio de enfermería, el servicio médico- lo autoriza Sanidad, no de las unidades de convalecencia. Todas las prestaciones sanitarias, se presten donde se presten, requieren una autoridad... una autorización de la autoridad de Salud Pública, todas, todas, y una autorización de funcionamiento, tenga el equipamiento que tenga. Tiene que tener esa autorización impenablemente; pero no la unidad de convalecencia, cualquier actividad sanitaria que se realice en la Comunidad Autónoma requiere esa autorización por parte de la autoridad sanitaria, que recae en Salud Pública.

Yo creo que de lo que se está tratando es de que realmente haya personas que no pueden tener... estar en su domicilio, por determinadas circunstancias, que requieren posiblemente un poco más de atención sanitaria de la que tienen ahora mismo todas las residencias de personas mayores, y que, por eso, van a estas unidades específicas. Pero para nada el modelo de trabajo es sanitizar los servicios sociales, y usted lo sabe; es todo lo contrario. El modelo "en Mi casa", las unidades de convivencia, la prestación de servicios profesionales en el domicilio pretenden, precisamente, todo lo contrario: evolucionar de lo que era tradicionalmente una historia sanitaria en una residencia de personas mayores a una historia de vida. Esa es la clave del modelo "en Mi casa", esa es la clave en la que estamos trabajando.

Eso no quiere decir que aquella persona que esté en una unidad de convivencia, que esté viviendo como en su casa, no tenga la atención sanitaria que necesite. En un momento determinado, y si necesita estar con mayor asistencia, o si necesita



irse a un hospital porque tiene una crisis de la enfermedad o de la patología que sea, son cosas diferentes. Se está evolucionando el modelo de atención residencial a personas mayores, precisamente, a un modelo mucho más personalizado y mucho menos sanitizado. Pero las unidades de convalecencia sociosanitaria son otra cosa. Son para esas personas que, como he repetido en varias ocasiones, están de alta en el hospital, necesitan un poco más de asistencia sanitaria de la que pueden recibir en su domicilio, y ellos, su familia y los profesionales sanitarios sociales determinan que va a estar mejor atendido en estas unidades. No es... no es otra cosa.

Me decía que en las unidades de... sociosanitarias puede haber injerencias desde... para que las residencias parezcan hospitales. Yo es que no veo el peligro, de verdad, ¿eh?, se lo digo con toda tranquilidad. Y, desde luego, estaremos pendientes de que esto no ocurra, porque no tiene por qué ocurrir. Se controla mucho, el procedimiento está muy afinado ya, pero, desde luego, insistiremos, porque este no es el objetivo en ningún caso, eso se lo puedo garantizar. Sanidad tiene sus propios recursos y seguirá funcionando con ellos. Y si una persona necesita esa cama de 800 euros que usted decía, pues seguirá utilizándola. Pero para nada el objetivo es más que poner a disposición de los ciudadanos que lo puedan necesitar un servicio que hasta ahora no existía y que se veía -los expertos a nivel nacional, no nosotros- que... y a nivel internacional, o sea, el tema sociosanitario es una demanda histórica de... de ambos sistemas, ¿no?, y de todos los profesionales. Por lo tanto, pues seguiremos trabajando para que todo lo que es la atención al paciente crónico realmente se garantice en lo que necesite el usuario y allí donde viva el usuario. Pero creo que el paciente crónico es una cosa y el paciente crónico hospitalizado porque tiene una enfermedad aguda es otra; y será paciente crónico, o no, incluso, ¿no? O sea, tampoco hay que tener una... una enfermedad crónica para necesitar asistencia hospitalaria de agudos.

En cuanto al... al señor González, sí decirle que, efectivamente, el envejecimiento activo y saludable tiene su propia estrategia de desarrollo; se está... se reguló, se planteó como mecanismo integrador de todas las actividades en la Estrategia del Paciente Crónico -se vinculó a eso-, y hace muy poco -hace poco más de un mes- se ha presentado ya, elaborado con los técnicos del... de las Corporaciones Locales, fundamentalmente, la Estrategia de Envejecimiento Activo en la Comunidad, que tiene sus propios programas. Por primera vez, se han definido claramente el componente... -lo he enunciado en mi... en mi comparecencia- el componente que tienen que tener esos programas, el componente de salud, el componente de... rehabilitador, el componente de mejora en la autonomía de estas personas; incluso se han determinado específicamente los talleres, el tipo de profesionales que tiene que impartir estos talleres, la intensidad con la que se tienen que impartir estos talleres y a quién va dirigido.

En principio, todas las actividades de envejecimiento activo de esta estrategia, vinculadas bajo la marca del Club de los 60, porque es como realmente lo conocen las personas mayores, llega a más de 200.000 castellanos y leoneses que en este momento ya son socios del Club de los 60, es decir, que esa es, en principio, la población de referencia que, aunque sea toda la población mayor de 65 años... mayor de 60 años, en este momento ya hay más de 200.000 -de 300.000, casi- usuarios el... 300.000 usuarios en el... del Club de... del Club de los 60, que pueden participar en todos estos programas a través de los equipos técnicos que tienen las Corporaciones



Locales para estas actividades, y que se regulan a través del Acuerdo Marco, y de los propios centros públicos de la Gerencia de Servicios Sociales, que están distribuidos por todo el territorio para llevar actividades a la mayor parte del... del entorno.

Por eso le digo que realmente no venimos a contar lo que no hacemos, sino que, cuando contamos, es porque lo hemos hecho; y, cuando nos evalúan, no nos evalúan sobre lo que contamos, sino lo que... sobre lo que realmente hacemos y han hecho en otros lugares, y hacen comparativas; las comparativas siempre son odiosas, pero ahí están, y los indicadores y los criterios son los mismos.

En todo caso, yo creo que estamos -y hay que ser conscientes- en un cambio de... de perfil de personas mayores, que lo puedan necesitar, que demandan cuestiones diferentes a las que se podían demandar hace 20, 30 años; que estamos en un cambio de modelo de atención, en un cambio de modelo de profesionalización en el domicilio, en el que las personas mayores no van a centros residenciales nada más jubilarse, sino que permanecen en el domicilio; estamos poniendo recursos profesionales en el domicilio, hay un cambio de modelo de trabajo radical en nuestra Comunidad Autónoma; y yo reconozco el esfuerzo, ¿eh?, no solo de los gestores, sino de todos los profesionales y de las Corporaciones Locales, con las que nos estamos coordinando para ir a un modelo de gestión de los servicios sociales mucho más personalizado y mucho más orientado a las... a las personas. Siempre es más complicado que lo que se venía haciendo tradicionalmente, pero creo que es más eficiente y, sobre todo, que lo que estamos viendo es que ofrece mejores resultados que el modelo tradicional.

Es cierto que todos los cambios hay que explicarlos, que son complejos y que hay que ir dándolos paso a paso, o abordándolos paso a paso para hacerlo con garantías, y evaluarlos en todo momento y siempre que sea necesario para no desviarnos de... del objetivo, que creo que es... es común para... para todos.

LA PRESIDENTA (SEÑORA ROMERAL MARTÍN):

Muchas gracias. Finalizado el turno de Portavoces, se abre otro turno para aquellos Procuradores que quieran formular alguna pregunta o pedir alguna aclaración, de forma escueta, sobre la intervención realizada. No hay preguntas por parte de ningún Procurador.

Pues, antes de cerrar la sesión de la presente Comisión, quisiera agradecer la presencia de la Consejera y, desde luego, las explicaciones que ha realizado en esta Comisión.

Pues, no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión. Muchas gracias a todos.

[Se levanta la sesión a las trece horas diez minutos].