



4. IMPULSO Y CONTROL DE LA ACCIÓN DE GOBIERNO

451. Mociones

M/000121-01

Moción presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, relativa a política general en materia de sanidad, consecuencia de la Interpelación formulada por dicho Grupo Parlamentario, sustanciada en la Sesión Plenaria de 7 de junio de 2016.

PRESIDENCIA

La Mesa de las Cortes de Castilla y León, en su reunión de 16 de junio de 2016, ha admitido a trámite la Moción, M/000121, presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, relativa a política general en materia de sanidad, consecuencia de la Interpelación formulada por dicho Grupo Parlamentario, sustanciada en la Sesión Plenaria de 7 de junio de 2016.

De conformidad con el artículo 154 del Reglamento podrán presentarse enmiendas hasta seis horas antes del comienzo de la Sesión en que dicha Moción haya de debatirse.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena su publicación en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, de conformidad con el artículo 64 del Reglamento.

En la sede de las Cortes de Castilla y León, a 16 de junio de 2016.

EL SECRETARIO DE LAS CORTES DE CASTILLA Y LEÓN,
Fdo.: Óscar Reguera Acevedo

LA PRESIDENTA DE LAS CORTES DE CASTILLA Y LEÓN,
Fdo.: Silvia Clemente Municio

A LA MESA DE LAS CORTES DE CASTILLA Y LEÓN

El Grupo Parlamentario Ciudadanos de las Cortes de Castilla y León, al amparo de lo establecido en el artículo 154 del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente MOCIÓN derivada de la Interpelación I/000121 relativa a Política General de la Junta de Castilla y León en materia de Sanidad:

ANTECEDENTES

El objetivo de esta moción es proponer algunas medidas que contribuyan a mejorar y a definir el camino que queremos que recorra la sanidad de Castilla y León. Buena parte de ellas han sido anunciadas anteriormente, sin que se haya hecho ningún intento serio de cumplirlas. Las propuestas con mayor contenido económico se plantean para su cumplimiento de forma gradual, y sólo abarcan a determinados aspectos de la sanidad, dada su amplitud, posponiendo para otras iniciativas temas tan importantes como salud pública, farmacia, transporte sanitario, etc.

La Sanidad de Castilla y León tiene ante sí importantes retos, como son el envejecimiento y la cronicidad de las enfermedades, que ya está afrontando, pero que se incrementarán en los próximos años en un escenario cuando menos de contención



del gasto. El Programa de Estabilidad 2016-2019 fija para 2019 un gasto sanitario público del 5,74 %, en relación al PIB, lo que implica un crecimiento anual del 1,8 % anual, absolutamente insuficiente para atender el incremento del gasto farmacéutico y las necesidades de reposición de tecnología e infraestructuras.

Uno de los datos que se aducen, como muestra del buen estado de la sanidad en Castilla y León, es el de personal sanitario "per capita". Un dato favorable, que tiene más que ver con la dispersión de nuestra población (247 centros de salud y 3.652 consultorios locales) que con la calidad del servicio que se presta, por lo que, cuando nos acercamos a la realidad, evidencia sus insuficiencias. Nuestro modelo sanitario está derivando a una "medicina de pruebas y técnicas", que presentan un crecimiento exponencial, no siempre justificado como nos aportan las sociedades científicas. Por el contrario, hay un detrimento de la atención directa del paciente que se produce de forma prioritaria en la Atención Primaria, que es el nivel básico de la asistencia y el que más rentabiliza los recursos, en términos de salud.

Los problemas sobre los que la moción quiere fijar la atención, en relación con la Atención Primaria, son: la atención de urgencias en los núcleos alejados de los hospitales, la pediatría, la geriatría y la coordinación con Atención Especializada. No son los únicos, baste recordar el problema de la saturación de las consultas, especialmente cuando se producen bajas, libranzas de guardia o en periodo de vacaciones, cuando se producen acumulaciones de cupos, y el número de pacientes atendidos por un médico se multiplica por dos.

En los últimos tiempos se ha producido un hecho poco frecuente hasta el momento en dicho nivel de Atención: las esperas para consulta. En muchas zonas de nuestra comunidad es imposible conseguir cita para menos de dos días, llegando a superar en algunos casos los 4 días. Como consecuencia inmediata, se incrementa la afluencia a urgencias.

Una de las características de nuestra Comunidad, que todos conocemos, son las distancias, lo que implica que una parte importante de las urgencias tienen que recorrer un número importante de kilómetros para ser atendidas en el Hospital de referencia, ya que su Centro de Salud carece de medios de diagnóstico elementales que hubiesen evitado su derivación. Piénsese que algunas de nuestras poblaciones distan más de 100 km del Hospital y que las carreteras de montaña son frecuentes en Castilla y León.

Hay que plantearse las dotaciones de medios diagnósticos de los centros especialmente alejados para mejorar su resolución de casos, lo que, con el apoyo de la telemedicina, puede evitar desplazamientos y mejorar la saturación de las urgencias hospitalarias. Algo similar a lo que pasa con las urgencias pediátricas. Es verdad que la falta de pediatras y la falta de atractivo de las condiciones que se les ofrecen hace difícil no sólo la cobertura de la asistencia pediátrica de urgencias, sino la consulta ordinaria. Es conocida la dificultad de cubrir las plazas que se quedan vacantes en zonas alejadas de las capitales de provincia, pero la Consejería no debe resignarse a la situación, y debe incentivar el desempeño de plazas de difícil cobertura, y debe dar seguridad de que los concursos de traslados se producen regularmente y que los profesionales que ocupen dichos puestos van a tener la oportunidad de salir de ellos en un tiempo razonable.

Debemos aspirar a que se cubran, no sólo las plazas de pediatría, sino a que se puedan establecer guardias de pediatría en puntos alejados de los hospitales.



Otro de los grandes problemas, como he comentado antes, es el envejecimiento de la población, lo que hace necesario potenciar la geriatría y hacerla accesible para que los médicos de A. Primaria puedan remitir los pacientes que estimen oportuno a Geriatría. No es homogénea la situación de las distintas áreas de la Comunidad, en algunas es posible la derivación pero no así en el resto, impidiendo que los pacientes se beneficien de tareas tan útiles como, por ejemplo, el análisis de la compatibilidad de medicamentos en pacientes con diversas dolencias.

Una atención especializada geriátrica coordinada con los médicos de familia y los servicios sociales es imprescindible para mejorar la calidad de vida de nuestra población de edad avanzada.

El gran problema organizativo en este nivel de atención es la coordinación con la Atención Especializada, que facilite la continuidad asistencial. Para resolverlo el SACYL ha creado varias comisiones, lo que es una garantía de que no se resolverá el problema. La integración de las gerencias de atención primaria y especializada en varias áreas puede ser un paso adelante en la resolución de un problema que necesita de la ampliación del catálogo de las pruebas que pueden solicitar desde primaria, de mayor dotación de equipamiento, del apoyo de la telemedicina, y de protocolos de derivación para cada una de las especialidades y, todo ello, debe ser impulsado por personas concretas a las que se les asigne esa responsabilidad. Existen suficientes personas en los equipos directivos para poder cumplir esta misión.

En cuanto a atención especializada, el gran problema se refiere a las listas de espera; se ha presentado un nuevo plan para su reducción: Perycles (Plan Estratégico de Eficiencia y Control y Reducción de las listas de Espera). De momento sólo conocemos los titulares, pero no sus medidas concretas. El compromiso de gestión eficiente anunciado es muy necesario, pero pretender reducir las listas de espera sin aumentar recursos, plantillas y equipamientos, supone estar completamente un preocupante alejamiento de la realidad por parte de la Consejería. El Plan ha sido valorado negativamente por los profesionales. El Consejero anunció que el Plan no implicaba la utilización de recursos externos, lo que no ha cumplido, ya que el nivel de concertación con la sanidad privada es, al menos, el mismo que el año anterior. Y se han puesto en marcha nuevos conciertos con la medicina privada, como recientemente en Segovia, derivando intervenciones quirúrgicas a un hospital privado de Madrid.

Las estadísticas que se manejan no muestran la realidad de muchos pacientes, la importante espera para primeras consultas y para las pruebas diagnósticas de diagnóstico inicial o seguimiento. Los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas, el aspecto más debatido, es una verdad a medias, cuando no una mentira, porque no tiene en cuenta los tiempos anteriores a la entrada en "lista de espera".

Otro de los problemas asistenciales en Especializada, al igual que en Primaria, es a los pacientes de zonas alejadas. Es necesario reducir al "mínimo indispensable" los largos desplazamientos, mediante la implantación de consultas de alta resolución y la dotación de un equipamiento básico a los centros más alejados.

En definitiva Castilla y León tiene un problema con la sanidad en el medio rural, y si queremos mejorar la equidad y la accesibilidad es necesario afrontarlo, si no queremos que sea una razón más para despoblar buena parte del territorio. El sistema se basa en



el trabajo de los profesionales, y en los medios que se ponen a su disposición, por lo que nada de lo expresado anteriormente se puede resolver si no se mejora la motivación y la dotación del personal, en los puntos en los que existen insuficiencias, y si el equipamiento no es adecuado o no está actualizado. Uno de los déficits más graves de la sanidad ha sido, y es, la política de personal, todos recordamos los problemas de las oposiciones y la conflictividad de cualquier acto de la política de personal: concursos de traslados, jubilaciones, carrera profesional, etc.

En el caso de los licenciados especialistas muchas plazas permanecen vacantes, presuntamente por falta de especialistas, cuando muchas veces es por ofertar contratos en peores condiciones que otras CC. AA. Mientras, se realizan jubilaciones forzosas a facultativos que solicitan prolongar su actividad asistencial.

La normativa actual permite la prolongación de actividad asistencial, cuando los facultativos lo solicitan voluntariamente y existen criterios clínicos; pero se están produciendo autorizaciones/denegaciones sin transparencia y criterios objetivos. Incluso hay plazas que no son ocupadas por nuevos especialistas.

La tasa de interinidad es muy elevada, y las oposiciones planteadas no la van a reducir a una cifra aceptable.

Los concursos de traslados se realizan "tarde, mal y nunca" haciendo que las plazas de difícil cobertura lo sean más aún por el miedo a quedarse atrapado en un destino no deseado. Se ofertan las plazas de forma arbitraria, reservando muchas sin una razón clínica que lo sustente. Llevan años hablando del concurso abierto y permanente, pero no se materializa.

El equipamiento está al borde de la obsolescencia. Muchos centros de salud hace años que necesitan una renovación, las obras de los hospitales nunca cumplen los plazos, ni los presupuestos, obligando a situaciones de provisionalidad eternas.

Los sistemas de información, al menos los que se hacen públicos, son absolutamente insuficientes, y no permiten hacer un análisis preciso de la eficiencia del sistema. Hemos sido la última CC. AA. en disponer de receta electrónica, actualmente sólo parcialmente instaurada; la historia clínica electrónica única e integrada del paciente sigue siendo una quimera en Castilla y León, se siguen anunciando mejoras y nuevos desarrollos, frecuentemente olvidados en pocos meses. La realidad es que profesionales y pacientes siguen sufriendo la carencia de lo más básico, como por ejemplo la solicitud y gestión electrónica de las pruebas.

La gestión sanitaria está en manos de personas con un perfil, sobre todo político, cuya máxima en la gestión es "no tener problemas", por lo que las situaciones se enquistan, sin encontrar solución.

MOCIÓN

Las Cortes de Castilla y León instan a la Junta de Castilla y León:

1.- Adoptar las medidas oportunas para que no se produzcan esperas en la obtención de consulta en Atención Primaria superiores a las 48 horas. Cuando dicha demora sea superada durante un periodo superior al mes, se adoptarán las medidas oportunas para reorganizar la asistencia, dotando de los medios oportunos para reducirla.



2.- Implantar, de forma gradual, Unidades de Alta Resolución en aquellos centros que, por su especial lejanía del Hospital, y posibilidades de atención a una comarca, deba dotárseles de un equipamiento básico que disminuya la derivación al Hospital.

3.- A dichas unidades se les dotará del servicio de urgencias pediátricas, y para todos los médicos de los servicios de urgencias de los Centros de Salud existirá la posibilidad de realizar consultas, apoyadas por la telemedicina, a los especialistas de guardia de su Centro de referencia. Si no es posible la implantación simultánea, se comenzará por los Servicios de Radiología y Pediatría.

4.- Cada servicio de Atención Especializada designará, de la forma que consideren procedente, un médico consultor que conteste a las dudas que le planteen los médicos de Atención Primaria y creará, en caso de que no existan, protocolos de derivación, para las patologías más prevalentes de su especialidad, que difundirá entre los médicos de Atención Primaria de su área de referencia.

5.- Conceder prioridad a la implantación de telemedicina, dando preferencia en su implantación a aquellos centros más alejados de los centros hospitalarios.

6.- Ampliación de la cartera de servicios de los médicos de Atención Primaria incluyendo en la misma: Ecografías, cirugía menor en consulta, infiltraciones articulares y músculo tendinosas y disfunción de la articulación temporomandibular.

7.- En todas las áreas de Atención Primaria de la Comunidad los médicos de Atención Primaria podrán remitir pacientes a las consultas de Geriatría.

8.- Se reforzarán las Unidades de Continuidad Asistencial y se designará, de entre el personal directivo existente, un responsable de la coordinación A. Primaria-A. Especializada y, específicamente, de la implantación de los protocolos de derivación.

9.- La acumulación de cupos, como método de cobertura de ausencias de médicos o enfermeras de Atención Primaria, sólo se podrá utilizar de forma excepcional, y por periodos de tiempo no superiores a la semana.

10.- Dotar de recursos para la reducción de listas de espera, apoyando las medidas que se va a desarrollar en el "Plan Perycles". De forma prioritaria se realizará con la contratación del personal sanitario necesario; si no hubiera especialistas disponibles, se utilizará preferentemente la autoconcertación con los profesionales (siempre adecuadamente justificada), sobre la remisión de los pacientes a la sanidad privada.

11.- Ampliar en Atención Especializada las consultas de Alta Resolución, en todas las especialidades en que sea posible, articulando un sistema que dé prioridad a los pacientes que viven a más de 50 km Del Hospital.

12.- Presentación inmediata en la Comisión de Sanidad del Plan de dotación de equipamiento e inversiones en alta tecnología para los próximos años.

13.- Realización de un plan de cuidados al final de la vida, que incluya unidades de paliativos, derecho a rehusar tratamiento y encarnizamiento



terapéutico, y potenciar el registro de voluntades anticipadas en enfermedades neurodegenerativas y tumores avanzados.

14.- Puesta en marcha inmediata de la unidad avanzada para el diagnóstico precoz de las enfermedades raras aprobada por unanimidad en este parlamento.

15.- Garantizar el mantenimiento de los medios asignados a la atención de la salud sexual y reproductiva y, específicamente, garantizar el mantenimiento de los centros de Planificación Familiar existentes.

16.- Implantación a 1 de enero de 2017 del sistema de concurso de traslados abierto y permanente.

17.- Que se tomen las disposiciones normativas necesarias para primar la ocupación de plazas de difícil cobertura.

18.- Realizar los cambios normativos oportunos para permitir la prolongación de actividad de aquellos licenciados especialistas que lo soliciten, previa evaluación de la Comisión Mixta del hospital, en la que se tenga en cuenta la existencia de escasez de especialistas.

19.- Eliminación de la caracterización como "libre designación" de los puestos existentes, hasta la categoría de Jefe de Servicio, que serán cubiertos por concurso ordinario y, aquellos que se determinen, serán objeto de evaluaciones periódicas.

20.- Adoptar como prioridad la implantación de la Historia Clínica Electrónica.

21.- Fomentar la participación en los Consejos de Salud de Área y Consejos de Salud de Zona y vigilar el cumplimiento de la Ley 8/2010 de Ordenación del Sistema de Salud, especialmente en lo referido a la periodicidad en las reuniones de dichos órganos.

22.- Implantación inmediata del Portal de Transparencia, ya aprobado por unanimidad, en la Comisión de Sanidad.

23.- Introducir un índice de demora oncológico en todos los hospitales de nuestra comunidad que refleje de forma retrospectiva el tiempo transcurrido desde la solicitud de consulta a atención especializada o primera sospecha diagnóstica hasta el inicio de tratamiento, ya sea quirúrgico, oncológico-radioterápico o paliativo. Dicho índice se elaborará inicialmente en el caso de los 10 tumores de mayor frecuencia y mortalidad en nuestra comunidad.

24.- Publicación, con carácter semestral de los tiempos de espera de las consultas y pruebas diagnósticas (primeras y sucesivas), en Atención Especializada, por Hospitales y Especialidades. Asimismo se publicará con dicha periodicidad, por Hospitales, y por prueba, los tiempos de espera para pruebas diagnósticas.

Valladolid, 10 de junio de 2016.

EL PORTAVOZ,
Fdo.: Luis Fuentes Rodríguez