



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA DON PEDRO MUÑOZ FERNÁNDEZ

Sesión celebrada el día 15 de febrero de 2013, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Comparecencia Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000127, a solicitud del Grupo Parlamentario Mixto, para informar a la Comisión sobre:
 - Solicitud de información sobre el cambio de modelo de atención prestada a los enfermos crónicos en nuestra Comunidad Autónoma y sus efectos sobre la calidad de la atención a estos pacientes.

SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos.	8014
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, abre la sesión.	8014
Intervención de la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista) para comunicar sustituciones.	8014
Primer punto del Orden del Día. SC/000127.	
La Secretaria, Sra. Martín Cabria, da lectura al primer punto del Orden del Día.	8014
Intervención del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad, para informar a la Comisión.	8014
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	8022



	<u>Páginas</u>
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	8022
En turno de Portavoces, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	8025
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular).	8028
Intervención del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	8031
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	8035
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad.	8037
En turno de réplica, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	8039
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad.	8041
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular).	8044
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, abre un turno de preguntas para los Procuradores que no han intervenido en el debate.	8045
En turno de preguntas, interviene el Procurador Sr. Muñoz Expósito (Grupo Socialista).	8045
En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Benito Benítez de Lugo (Grupo Popular).	8045
Contestación del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad.	8046
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, levanta la sesión.	8047
Se levanta la sesión a las doce horas cincuenta y cinco minutos.	8047



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

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Buenos días a todos, se abre la sesión. Antes de nada, la... ¿los Grupos tienen alguna sustitución? ¿Por parte del Grupo Socialista?

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Sí. Gracias, señor Presidente. Buenos días. Don David Jurado sustituye a doña María Fernanda Blanco. Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Bien, muchas gracias. ¿Por parte del Grupo Popular? No hay sustituciones. Muy bien. Pues nada, aprovechamos para dar la bienvenida al Consejero de Sanidad, Antonio María Sáez, para responder a... a las cuestiones que se planteen hoy en la Comisión. Así que, sin más, pasamos a... a solicitud del Grupo Mixto, para informar a la Comisión sobre cambio de modelo de atención prestados en... ¡Ay!, perdón, que lo lea... que lo lea la Secretaria.

SC/000127

LA SECRETARIA (SEÑORA MARTÍN CABRIA):

Gracias, Presidente. Buenos días a todos. Primer punto del Orden del Día: **“Comparecencia del Excelentísimo señor Consejero de Sanidad 127, a solicitud del Grupo Parlamentario Mixto, para informar a la Comisión sobre solicitud de información sobre el cambio de modelo de atención prestada a los enfermos crónicos en nuestra Comunidad Autónoma y sus efectos sobre la calidad de la atención a estos pacientes”**.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Sin más, tiene la palabra don Antonio María Sáez.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días, señoras y señores Procuradores. Me parece importante hacer... dar respuesta a la comparecencia del Grupo Mixto para informar a la Cámara sobre los cambios previstos en esta Estrategia de Atención a Pacientes Crónicos y sus efectos sobre la calidad de la atención que se pueda plantear en el futuro.

Esta estrategia se plantea en un momento de... de una situación de debate sobre los sistemas sanitarios, que yo... me gustaría no circunscribirla exclusivamente a la situación de crisis económica que tenemos y a los efectos que esta situación puede tener sobre la sanidad pública. Yo creo que el debate sobre una mejor atención o sobre los cambios necesarios en la atención a los pacientes crónicos debe ser un debate que extraigamos de la situación de crisis económica y que lo vinculemos a la evolución y el análisis de los sistemas sanitarios desarrollados, como es el sistema de salud de Castilla y León.



Porque, por sus antecedentes históricos y su... y la evolución de estos sistemas en los últimos años, caben identificar una serie de restricciones, una serie de ineficiencias y una serie de elementos organizativos de los sistemas de salud que hacen que la atención a los pacientes crónicos no sea, en este momento, la más adecuada desde el punto de vista del conocimiento; desde el punto de vista del conocimiento tanto científico y técnico como desde el punto de vista de la... del conocimiento de las organizaciones sanitarias.

Los sistemas de salud están todavía diseñados, con carácter general, con una organización que tiene aspectos que dificultan la atención continuada, especialmente de los pacientes crónicos. Están organizados tradicionalmente en dos niveles asistenciales: la Primaria y la Hospitalaria, en los cuales, la Atención Primaria responde –en mi opinión– con... con muy buenos resultados a la atención a la cronicidad, pero no tanto la Atención Hospitalaria, en la medida en que su diseño está pensado... –y esto es obvio en su funcionamiento– está pensado para la atención a... a procesos de corta duración, procesos que pueden resolverse en unos pocos días, procesos agudos o reagudizaciones de procesos crónicos.

Y ese es uno de los elementos sobre los que tenemos que trabajar más, porque, en último término, la realidad a lo que nos... a la que nos confrontamos es la de los procesos crónicos y pluripatológicos, y, por lo tanto, un diseño hecho para la atención a descompensaciones, reagudizaciones o centrada en procesos agudos no es suficientemente satisfactorio desde el punto de vista de la atención y de sus resultados y, especialmente, de su eficiencia.

Las razones del por qué un cambio y una estrategia de este tipo, yo creo que, por lo tanto, son evidentes, y más en el caso de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Tienen que ver, lógicamente, con el envejecimiento progresivo de nuestra población, que es un elemento que yo creo que es altamente positivo, pero que nos obliga a adaptar nuestra organización sanitaria para dar respuesta adecuada a los fenómenos que derivan de ese envejecimiento. En segundo lugar, está influida también la necesidad de esta estrategia por la modificación de los estilos de vida de los ciudadanos, que, seguramente, se ha acelerado en las últimas décadas. En tercer lugar, y como consecuencia en parte de las dos anteriores, por la cronificación de muchas patologías.

Afortunadamente, los cambios en los estilos de vida en sus aspectos positivos, y la incidencia y las mejoras que se han producido en la sanidad hacen que lo que antes eran procesos que terminaban con la vida de las personas hoy se cronifiquen cada vez con mayor intensidad, y, por lo tanto, tenemos que... que atender a esta situación.

En la... el aumento de la cronicidad tiene una serie de efectos que fundamentalmente tienen que ver con el incremento de la demanda asistencial, y, en segundo lugar, con elevado... el elevado consumo de recursos públicos por parte de las personas con enfermedades crónicas. Si me permiten hacer un esquema... un esquema, y, por lo tanto, tiene algo siempre de reduccionista, el tipo de pacientes medio que hoy atendemos en la sanidad pública es valorado, evaluado y tratado en primera instancia por nuestros médicos de familia, por nuestra enfermería de primaria; una vez que se producen reagudizaciones acude a la asistencia hospitalaria, y ahí se pierde, en alguna medida, en alguna medida, la continuidad asistencial. ¿En qué medida? En la que se fragmenta en virtud de la organización hospitalaria, que está realizada de



acuerdo con los distintos servicios médicos, quirúrgicos y de otro tipo, y que atienden a patologías concretas, fundamentalmente vinculadas a la concepción orgánica de la medicina.

Y en último término, y en ese... y en esa valoración esquemática, lo que nos encontramos con... es con pacientes crónicos atendidos con continuidad en la Primaria, pero en los que la... su atención se fragmenta un poco más en la Especializada, de manera que pueden ser vistos por tres, cuatro, cinco, seis especialistas, en función de su patología, sin que esté tan desarrollada la continuidad asistencial, que sí que caracteriza a la Primaria. Y este... esta dialéctica también hay que decir que es necesaria, porque eso ha permitido desarrollar de... de una manera muy importante las especialidades y las superespecialidades médicas, pero, por contra, genera algunas ineficiencias, que son las que pretendemos corregir.

En términos generales, los pacientes crónicos generan algo así como el 80 % de todas las consultas que se realizan en nuestro sistema de salud; suponen más del 50 % de los ingresos hospitalarios; incluso una tercera parte de todas las urgencias hospitalarias, que cabría pensar o desvincularla un poco más de... de la cronicidad, pues también en la... en el uso de las urgencias representan una tercera parte; tienen... tiene un peso muy importante, también, en el consumo farmacéutico; y, en definitiva, la estimación es que, del gasto de nuestro sistema de salud, algo más de un 70 % es un gasto derivado de atención a los procesos crónicos. Y eso, bueno, nos obliga a priorizar, a priorizar este tipo de estrategias, porque, globalmente, mejoras progresivas en la atención a los crónicos, mejoras en la eficiencia en esta atención, tienen resultados mucho más importantes que en otros ámbitos por las dimensiones de la cronicidad en términos de uso de recursos.

Pero también por las personas afectadas. Globalmente, en Castilla y León estimamos que, aproximadamente, un millón... casi 1.800.000 personas tienen alguna enfermedad de carácter crónico -esta sería la base de... de estos pacientes-, de los cuales... es decir, el 70, el 80 % de la población sería población crónica, desde el punto de vista sanitario, el 15 % de la población serían pacientes de alto riesgo y el 5 % pacientes de alta complejidad, desde el punto de vista de la cronicidad.

En esa estratificación de los casos es en la que tenemos que trabajar, fundamentalmente en los dos últimos ámbitos, para, progresivamente, ir ampliando al conjunto de pacientes crónicos. Lo que pretende esta estrategia es proceder a una transformación de nuestro sistema de salud, precisamente para orientarla hacia este nuevo fenómeno de la cronicidad. La iniciaremos con medidas orientadas a los pacientes de mayor complejidad, después de mayor riesgo, pero sus efectos debieran extenderse al conjunto de los pacientes crónicos, que, como digo, son la base fundamental de nuestra atención.

Y desde el punto de vista de... de esas oportunidades de mejora para la transformación del sistema en los tres aspectos en los que este se basa (pacientes, profesionales y organización), encontramos también algunas oportunidades, como digo.

Respecto a los pacientes, en primer lugar, la estrategia apuesta por una mayor implicación en su... en su autocuidado, por un papel más activo, por lo tanto, en el desarrollo de su vida en relación con sus enfermedades, por la vía de una mayor autonomía y mayor proactividad en la gestión de la enfermedad; y, desde el punto de vista preventivo, también en la identificación de los síntomas de las descompensaciones y de las complicaciones. Desde un punto de vista más filosófico -si quieren-, de lo



que se trata es de superar una... un elemento que está en nuestra cultura, en nuestra sociedad, que es la de responsabilizar de... de los problemas y de los cuidados de la salud, dejar esa responsabilidad en manos de los profesionales y del sistema sanitario. Yo creo que eso está altamente inscrito en nuestra cultura, pero también tenemos que dar algunos pasos, modificarlo, en el sentido de que la responsabilidad de la... de la salud y de los cuidados no debe recaer exclusivamente en el sistema sanitario o en sus profesionales; una parte de esa responsabilidad debe ser asumida por los propios pacientes.

Desde el punto de vista de los profesionales, tenemos también que generar algunos cambios en la cultura de su trabajo en el sentido de reorientarla más hacia la información, la formación y la capacitación de los propios pacientes. Superar esa "pasividad" -entre comillas- por parte de los... de la propia sociedad y de las personas que depositan toda su confianza en los profesionales debe tener como... como correlato el que estos, los profesionales, informen, formen, capaciten a los pacientes en el manejo de su enfermedad, de sus síntomas y de sus tratamientos. Y también, en el... en algunos cambios en las relaciones entre las profesiones sanitarias, y, fundamentalmente, en el desarrollo de un papel algo distinto de la enfermería; en la atención a los pacientes crónicos, yo creo que encontramos una vía para reforzar y ampliar la competencia profesional de la enfermería en nuestra Comunidad Autónoma, con mayor liderazgo respecto a los cuidados, y, además, de una manera yo creo que suficientemente analizada desde el punto de vista teórico, de cuál debe ser la competencia de la enfermería en torno a los cuidados de los pacientes.

Y en tercer lugar, desde el punto de vista de la organización, las oportunidades de transformar nuestro sistema se centran en adoptar, en primer lugar, un enfoque centrado en el paciente y no tanto en los niveles asistenciales o en el tipo de patología que presentan -en el paciente, no solo en su patología-; en segundo lugar, avanzar hacia una atención integrada que garantice la continuidad de cuidados; que evite esa separación entre la Primaria y la Especialidad, y, especialmente, la fragmentación de la atención por especialidades o por superespecialidades; y, en cuarto lugar, en la oportunidad que nos... que nos ofrece esta transformación para avanzar en la aplicación de las mejores evidencias científicas y clínicas, también en el ámbito de la atención a los pacientes crónicos.

Bien, a partir de ahí, lo que hemos hecho sobre estas... sobre las bases en las que se asienta... en las justificaciones y en las razones del porqué de esta estrategia de crónicos, lo que hemos hecho es revisar el estado de la cuestión en otros países, en otras Comunidades Autónomas españolas, en las propias experiencias que se han desarrollado en la Comunidad de Castilla y León, y plantearnos un modelo... un nuevo modelo de atención a los crónicos, que tiene tres... que tiene tres fundamentos o tres bases: en primer lugar, la gestión eficiente de la enfermedad; en segundo lugar, la gestión eficiente de los recursos; y, en tercer lugar, la evaluación de los resultados y la mejora continua.

Respecto a la gestión de la enfermedad, debemos ser capaces de integrar distintos aspectos:

En primer lugar, los aspectos preventivos. Esta estrategia incorpora una buena parte de ellos y esta estrategia es complementaria de otras; algunas de ellas ya están definidas en el Plan de Salud de Castilla y León, una reciente estrategia de... nueva estrategia de salud pública, que incorpora numerosos aspectos de prevención y de promoción de la salud.



En segundo lugar, en una selección adecuada de procesos clínicos, como después señalaré, a partir de la elección de diez... de nueve tipos de patologías, sobre las que vamos a centrarnos inicialmente.

En tercer lugar, en otro aspecto que me parece fundamental, que es la selección de pacientes y la estratificación de pacientes en función de su complejidad y de la carga de cuidados que precisen. Este es un cambio que a mí me parece muy importante, porque hasta ahora la selección de pacientes se realizaba en virtud casi exclusivamente de los... de los diagnósticos; los diagnósticos que, lógicamente, se centran en las enfermedades que padecen. Y este es un cambio yo diría que casi epistemológico, en el sentido de que debemos incorporar a nuestra sanidad no solamente los criterios diagnósticos, sino la complejidad de los casos y las necesidades de cuidados que tienen los pacientes, de tal forma que un paciente diabético, que hasta ahora estábamos clasificando y estratificando a los pacientes con ese tipo de diagnóstico, puede tener un grado de complejidad o una necesidad de cuidados muy distinta, en función de otros parámetros: de la comorbilidad, de la pérdida de autonomía, etcétera. Y por lo tanto, en mi opinión, este es un cambio muy importante desde el punto de vista del desarrollo de la estrategia. No solo diagnóstico; también necesidades de cuidados, complejidad deben incorporarse a la forma en que identificamos, seleccionamos y estratificamos a los pacientes.

Y desde el punto de vista de la enfermedad hay otros dos elementos, como es la atención integral, en el sentido que antes señalaba; y los elementos de autocuidado, que debemos impulsar progresivamente.

Desde el punto de vista de la gestión de los recursos, lo que me gustaría destacar es que la estrategia lo que pretende es centrar la Atención Primaria como eje de la atención a los crónicos, asegurar la continuidad de los cuidados por la vía de la integración y continuidad entre Primaria y Especializada, y también, como apuntaba antes, proceder a unos cambios en la cultura y en las formas de trabajo, en los roles, en las competencias de cada uno de los grupos profesionales.

Y desde el punto de vista de la evaluación de los resultados y de la mejora, hay dos elementos a destacar. En primer lugar, la evaluación del impacto en salud en el uso de los recursos y en otros factores. Yo quiero señalar que, hasta ahora, con demasiada frecuencia nuestra evaluación se centra especialmente en el cumplimiento de determinados requerimientos técnicos. Dicho de una manera más concreta, cuando nosotros evaluamos algunos aspectos del funcionamiento de la Primaria, por ejemplo, lo que analizamos es el cumplimiento de determinadas normas técnicas, léase "paciente hipertenso: hay que tomarle la tensión cuatro veces al año al menos"; eso debe hacerse, debe registrarse y eso nos sirve para... para evaluar el funcionamiento. Y eso tenemos que transformarlo, ampliarlo, porque esto es necesario, tomar la tensión al paciente hipertenso cuatro veces al año, pero tenemos que añadir más cuestiones, como es qué resultados tenemos en términos de salud, cómo es la atención de los pacientes, cuántas complicaciones hemos evitado por nuestras intervenciones, etcétera.

Bien, a partir de ahí, por ir avanzando un poco más, nuestra estrategia se inicia con la definición de una población diana, que fundamentalmente se centra en el concepto de paciente crónico pluripatológico, en definitiva, en el paciente en el que coexisten dos o más enfermedades crónicas, que conllevan la aparición de reaguizaciones y patologías interrelacionadas, que condicionan una especial fragilidad



clínica, que grava al paciente con un deterioro progresivo y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diversos ámbitos asistenciales. Este es el centro de nuestra estrategia, especialmente en su fase inicial.

Y, además, la hemos definido en torno a nueve patologías más concretas, de mayor prevalencia, en los que es más frecuente la asociación de comorbilidad o de pluripatología, que generan especial fragilidad clínica, que generan reducción de su autonomía y que generan el uso de acumulado de recursos. Esas nueve patologías son, en primer lugar, las enfermedades del área cardiológica, concretamente insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y arritmias; en segundo lugar, el ictus; en tercer lugar, las enfermedades neurodegenerativas y otras demencias; en cuarto lugar, la diabetes; en quinto lugar, dos enfermedades respiratorias: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma; en sexto lugar, enfermedades del área digestiva: enfermedad inflamatoria crónica y hepatopatías crónicas; en sexto lugar, tres procesos de carácter osteomuscular: artrosis, osteoporosis y artritis; en octavo lugar, enfermedades mentales crónicas, en concreto, trastornos psicóticos y depresión mayor crónica; y en noveno lugar, la enfermedad renal crónica.

Ese es el objetivo de nuestras primeras intervenciones. Y, a partir de ahí, estamos iniciando ya los trabajos para identificar a los pacientes que se corresponden con nuestras patologías y proceder a un análisis más detallado que nos permitan estratificar a estos amplios grupos de pacientes en función del grado de complejidad y del grado de cuidados necesarios.

Como supongo que conocen, la estrategia, de forma ya... en su... en su documento se organiza con un objetivo general, que es el de proporcionar a los pacientes crónicos una atención integral, de calidad, ajustada al nivel de cuidados que necesiten, y, en coordinación con el ámbito social, en un entorno de sostenibilidad. Los objetivos más estratégicos son los de asegurar la continuidad asistencial; en segundo lugar, potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente; y, en tercer lugar, los de innovación y gestión del conocimiento. Y a partir de ahí se definen, como saben, siete líneas estratégicas, que yo no voy a detallar en demasía, y, si quieren, después las podemos repasar, que son la integración asistencial; en segundo lugar, la continuidad con la atención sociosanitaria; en tercer lugar, la adaptación de nuestra organización a esas necesidades del paciente crónico; el autocuidado, la responsabilidad y la participación de los pacientes; otros aspectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades; en sexto lugar, la incorporación de tecnologías facilitadoras de este cambio; y, en séptimo lugar, otros que tienen que ver con la formación y con la investigación.

A partir de... de estas líneas estratégicas, se han definido numerosos proyectos. Yo creo que Sus Señorías han tenido la oportunidad de... de repasar esta estrategia, de... de contemplarla en sus aspectos concretos. Y a mí me gustaría, quizá, trasladarles algunas reflexiones, para ir terminando también, algunas reflexiones que son un poco más conceptuales, pero que explican el contenido y el desarrollo de esta estrategia, que, en la medida en que es un intento de transformar el conjunto del sistema sanitario, hemos establecido un periodo de implantación de estas iniciativas hasta el año dos mil dieciséis. Este no es un plan al uso, en el que pretendamos alcanzar muchos objetivos concretos y evaluarles a la manera en que habitualmente se hace con los... con las distintas planificaciones, es una estrategia que quiere transformar el sistema.



Naturalmente, evaluaremos cada una de las iniciativas que contiene la estrategia, la redefiniremos y haremos una nueva formulación en el año dos mil dieciséis. Y, desde el punto de vista organizativo, supone la creación de algunos nuevos instrumentos funcionales e instrumentales. Desde el punto de vista instrumental, estamos ya avanzando en ese sistema de estratificación de pacientes que nos permita incorporar no solamente los aspectos diagnósticos y de tratamiento de cada uno de los pacientes, sino -como decía antes- la carga de cuidados y la complejidad. Esto es, en mi opinión, muy importante, tanto en Atención Primaria como en la Especializada, porque supone una transformación -insisto- de los sistemas diagnósticos y de tratamiento.

En segundo lugar, la... su implantación requiere impulsar -y en eso estamos... continuamos trabajando- aspectos como la historia clínica compartida, y accesible desde todo el sistema de salud. Ya hemos avanzado en muchas de las áreas de salud... en todas las áreas de salud, en algunas casi casi está generalizada la historia clínica compartida, en otras aún parcialmente. Desde luego, prácticamente ya es sistemático el acceso a datos entre uno y otro sistema, a un resumen de la historia clínica, a las pruebas diagnósticas y de tratamiento, etcétera.

Y, en tercer lugar, otro de los elementos instrumentales, que serán las tecnologías de soporte, especialmente aquellas que puedan desarrollarse desde el domicilio de los pacientes.

Y, desde el punto de vista organizativo, además de los... de las orientaciones y de los cambios que le señalaba, esto va a suponer la creación en todas las áreas de salud de determinadas unidades de continuidad asistencial, el impulso de la utilización de los recursos sociosanitarios para una mejor atención a los pacientes crónicos, y también cambios en la atención domiciliaria de los pacientes crónicos.

Yo creo que conceptualmente la estrategia tiene... tiene que permitirnos avanzar en varias direcciones. En primer lugar, en un concepto y una relación de la sanidad pública con los pacientes crónicos distinta de la que existe en este momento, distinta en cuanto a su consideración. No hablamos... no deberíamos hablar en el futuro solo de que un paciente es diabético, deberíamos hablar de eso y además de que tiene determinada comorbilidad y que además precisa determinados cuidados y que además su complejidad nos debe hacer advertir de determinadas cuestiones.

En segundo lugar, no deberíamos hablar solo en términos diagnósticos o de tratamiento, sino en términos de cuidados. Y eso tiene que modificar también en alguna forma las relaciones profesionales, especialmente impulsando un poco más las competencias profesionales de la enfermería.

En tercer lugar, si esta estrategia tiene... tiene recorrido y cumple sus objetivos, deberíamos deslocalizar algunas cuestiones de la sanidad pública, o desubicar algunas cuestiones: reducir el impacto de la atención hospitalaria en la cronicidad; impulsar la base y la coordinación desde la Atención Primaria; y añadir otro elemento nuevo, que hasta ahora es incipiente, que es el del domicilio como lugar de cuidados, como lugar de cuidados del propio paciente, de su autocuidado, pero también desde el que relacionarse con el sistema sanitario.

Se tratará de aprovechar las tecnologías de la comunicación, para que los pacientes puedan comunicar con los profesionales y con el sistema, no solo en forma de demanda de consulta, demanda de urgencias o en su caso de hospitalización,



sino como demanda de información, de orientación, etcétera. Por lo tanto, deberíamos conseguir desubicar, en algunos aspectos, lo que hoy es una... un sistema, que los lugares en los que se produce lo importante son el centro de salud y el hospital, también debiera serlo el domicilio. Y el domicilio también -insisto- desde el punto de vista de los propios cuidados de los pacientes. E introducir, de una manera limitada y progresiva, nuevos elementos en el sistema, que son las asociaciones de pacientes, como elemento que nos permita hacer palanca en cuanto a la formación, en cuanto a la información de los propios pacientes y en cuanto a sus propios cuidados.

Estas son las... los aspectos fundamentales. No he entrado en concretar muchos de los... de las iniciativas. He pretendido trasladarles más bien las bases, el concepto de lo que entendemos lo que justifica la implantación de esta estrategia, sobre todo los elementos en los que nos apoyamos para plantear que debe ser una estrategia de transformación del sistema y no meramente de atención o de un cambio de atención puntual o parcial a un grupo de pacientes de nuestra Comunidad, porque, además, con ello, si somos capaces de hacerlo, o de avanzar en esa dirección, estaremos preparando también el futuro, que será aún más el futuro de patologías crónicas, de ciudadanos con problemas complejos, con problemas pluripatológicos, de ciudadanos mejor formados y mejor informados en esas patologías, y de un sistema que se adapte mejor y que dé mejor respuesta a ello.

En paralelo, hay otras circunstancias que tienen que ver con esta estrategia. Hay determinados cambios, por ejemplo, en la formación de los profesionales, que se están apuntando, y que encajan adecuadamente en los objetivos y en la visión que tenemos de las enfermedades crónicas. Por ejemplo, el cambio en la formación de los especialistas, por la vía de la troncalidad, que nos permitirá combinar dos líneas de trabajo que, en mi opinión, son muy complicadas de combinar, pero absolutamente necesarias.

Hoy vivimos en un mundo en el que en el sistema sanitario, durante muchos años, se ha tendido a la especialización y a la superespecialización. Sin embargo, vemos también que los datos de la cronicidad de los pacientes crónicos hacen que ahí algo no encaje suficientemente. ¿Cómo combinar una atención de alta calidad, cada vez con mayor tecnología, con tecnología compleja, más hiperespecializada, con esa realidad de los pacientes crónicos? Ese es un reto que tenemos, pero para el que la línea de trabajo de la troncalidad en la formación de especialistas puede facilitar las cosas, porque nos puede permitir disponer de especialistas más formados en los aspectos globales, y, a su vez, que de ahí deriven especialistas... "hiperespecialistas" -entre comillas- que, con el uso de la tecnología cada vez más compleja, nos permita -como digo- combinar las dos circunstancias.

Y junto a ello, los cambios en los estilos de vida, en la información y en el uso y en el acceso a las tecnologías por parte, en general, de todos los ciudadanos, también apunta a que una estrategia de estas características puede estar avanzando en una buena dirección si somos capaces de que ese acceso masivo y generalizado, cada vez más generalizado, a las tecnologías de la comunicación también se incardine y enganche con lo que pretende la estrategia... esta estrategia respecto a los pacientes crónicos.

Bien, estos son las... las cuestiones fundamentales, en un momento -decía al principio- en el que esta estrategia obedece fundamentalmente a la necesidad de reordenar la manera en que atendemos a los pacientes crónicos. No se vincula de



una manera directa a la situación que vivimos en este momento de... una situación de... de dificultad en la sanidad pública española y en la de Castilla y León, pero no es ajeno... no es ajena la estrategia a esa situación, porque incorporará también elementos que ayuden a la sostenibilidad del sistema; con lo cual, también encaja bien en los debates acerca de la sostenibilidad. Mejor atención, más adecuada a los pacientes crónicos y pluripatológicos en ese contexto, en el que todas las medidas que adoptemos tienen que contribuir, lógicamente, a la sostenibilidad. Pero no es una estrategia que pretenda inscribirse en la línea de los ahorros, de los ajustes, sino en la de la sostenibilidad, pero en particular de la adecuación y la mejor atención a los pacientes crónicos en Castilla y León. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Muchas gracias, señor Consejero. Si algún Grupo solicita algún receso, bien, y, si no, continuamos, como ustedes digan. ¿Continuamos? Muy bien. Muy bien.

Pues para fijar... para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se procede a la apertura de un turno de los Portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, el Procurador don José María González Suárez.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Muchas gracias, señor Presidente. Señor Consejero, muchas gracias por comparecer ante nuestra solicitud del Grupo Mixto. Como decimos en nuestra petición de comparecencia, deseábamos conocer de su boca y directamente en Parlamento los detalles de esta publicitada Estrategia de Atención al Paciente Crónico, porque sabido es que forma parte de un proyecto de la ínclita señora Mato, presentado por primera vez ante el IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria del Paciente Crónico, celebrado en Alicante en marzo del año pasado.

Sin embargo, nadie que haya conocido por la prensa de Castilla y León el anuncio de la mencionada estrategia dudaría un segundo en creer que se trata de una iniciativa de su Consejería, un gesto por fin de autonomía a la gestión por parte de la Junta, que solo funciona a golpe de consigna del Gobierno Central. Pues no es así, viene de largo, viene de marzo, viene de la señora Mato, y viene desde el Mediterráneo.

No es su estrategia, sino es la de la Ministra, que recibe regalos de una trama corrupta al tiempo que se dedica a robar a los españoles su derecho a recibir una asistencia sanitaria pública, digna y acorde con los impuestos que pagan de manera exclusiva los asalariados. Viniendo de quien viene esta estrategia, solo puede significar de nuevo -de nuevo- un mortal hachazo contra los derechos constitucionales a la salud, en esta ocasión, dirigido contra ese sector de los enfermos crónicos, a quienes previamente se viene demonizando con el estigma propio de la mentalidad capitalista del insostenible coste que representan para el destartado Sistema Nacional de Salud, especialmente destartado durante los últimos meses.

En efecto, señor Consejero, el envejecimiento provoca el mayor número de enfermedades crónicas, efecto derivado de una prolongación de la vida, y a quienes los políticos de la derecha conservadora mundial señalan como un pesado lastre.



Un dirigente del Fondo Monetario Internacional se hizo notar hace algunos meses al acusar a la población de prolongar en exceso su vida. Un político republicano norteamericano afirmó en las pasadas elecciones que habría que suspender las prestaciones sanitarias a la población mayor y pobre para dejar hacer a la naturaleza su trabajo. Un Ministro japonés pidió hace unas semanas a los viejos nipones que se quitaran de en medio haciéndose el haraquiri para liberar al Estado de los gastos sanitarios que representan. Todos estos gestos denotan cuál es la ideología del neoliberalismo, aplicada totalmente en el sistema sanitario, y queriéndose aplicar también en este país y en esta Comunidad.

¿Pueden los castellano y leoneses confiar en los fundamentos de esta estrategia, cuya literatura repite en cada párrafo que las enfermedades crónicas constituyen la epidemia... -leo literalmente- constituyen la epidemia sanitaria del siglo XXI, la principal demanda sanitaria, motivan el 80 % de las consultas a la Atención Primaria, son un reto asistencial, son un coste imparable que alcanza al 70 % del presupuesto sanitario? Esta es la filosofía introductoria del documento de Alicante y del suyo, presentado hace escasos días, del que fuimos testigos.

Y, así, una larga retahíla de acusaciones sobre los ciudadanos con derecho a la salud, sobre los enfermos crónicos, sobre las personas mayores.

Este discurso, en boca de la Ministra Mato, y santificado por el gabinete Rajoy, solo puede interpretarse como un recorte de las prestaciones asistenciales, farmacéuticas y hospitalarias de este sector de la población, enmascarado bajo los adjetivos al uso de la jerga neoliberal de eficiencia, reorganización y sostenimiento, y que usted ya me ha escuchado a mí en diferentes ocasiones desde que ambos compartimos este espacio parlamentario, que, dichos en estos momentos, y en boca de quienes están gobernando, son absolutamente poco creíbles.

El nuevo atraco a los derechos constitucionales de los castellano y leoneses que se anuncia tras este forzado cambio de modelo asistencial, *made in* Mato, se articula en torno a varias medidas tipo del recetario conservador para hacer digerir el desmontaje de la sanidad pública:

Primero. Cambiar el foco de la atención sanitaria de la enfermedad concreta a todo el proceso asistencial, un componente que, si no se partiese de... del economicismo, podría incluso decirse que tenía elementos hasta casi positivos. Es decir, importa más la apariencia... les importa más la apariencia burocrática que el seguimiento particularizado seguido hasta el momento.

En segundo lugar, hacer corresponsable al paciente en el proceso de la atención sanitaria. En cristiano: culpabilizar al paciente de su propia evolución y liberar de la carga de su atención en lo posible al personal sanitario, que es decir al sistema, a la Administración, a los que tienen la obligación de atenderle. De igual modo, se prevé un importante recorte en el capítulo de hospitalizaciones reiteradas -a ello alude-, y no desde el punto de vista de la necesidad del paciente, sino desde el punto de vista -aluden ustedes- de la eficacia, la eficiencia, el ahorro y el austericidio -añado yo-.

En tercer lugar, puestos a pedir colaboración, también piden colaboración a los farmacéuticos; estos son requeridos en las tareas de la clínica diaria. Además, se piensa en utilizar a los propios pacientes crónicos como monitores y consejeros de otros pacientes, una solución absolutamente gratuita para el sistema. Alguno me decía el otro día... algún paciente: da la impresión que buscan el "muérase usted en



compañía”, más que el “muérase usted después de haber hecho el sistema los esfuerzos que debiera hacer”.

En quinto lugar, se hará constar de manera insistente y pública el impacto económico que el paciente causa con su imperdonable enfermedad a la sanidad, un procedimiento que se extenderá también al resto de los usuarios. Se sigue culpabilizando al usuario, al ciudadano, por recibir un servicio público al que tiene pleno derecho.

En sexto lugar, por primera vez se advierte al paciente que los diversos fármacos que toma por prescripción facultativa pueden tener efectos secundarios indeseados, lo que podemos entender por la eliminación de buena parte del tratamiento seguido, siguiendo el objetivo principal del ahorro presupuestario, porque toda la vida ha habido efectos secundarios. Aquellos que, por desgracia, somos usuarios personalmente o tenemos en nuestro entorno usuarios y leemos el prospecto, habría ocasiones en que apetece no tomar la medicación, pero esa es la medicación que te permite incrementar la esperanza de vida, y ahora da la impresión que el sistema quiere ponerlo como en las cajetillas del tabaco, “el tabaco mata”, da la impresión que quieren poner “el medicamento mata”.

Asimismo, como si esto fuese una novedad en nuestro país, se implicará a las familias en el cuidado general del paciente crónico, otro elemento, por supuesto, sin incidencia económica alguna para la Junta de Castilla y León. Y digo “como si fuese una novedad” porque, por suerte para los pacientes, pero algunas ocasiones por desgracia para las familias, la implicación de los castellano y leoneses, y de los españoles en general, en el cuidado de sus familiares es total, sea en el domicilio o sea cuando el ciudadano está hospitalizada... hospitalizado.

Todo este plan de derribo, y alguna literatura de adorno añadida, constituyen el Plan Mato para el ahorro de un dinero que es mucho más útil desviado hacia la deuda financiera de la banca y hacia los favores prestados a *lobbies* y grupos de presión económica.

Por supuesto, señor Consejero, si usted nos lo pide, si usted me lo pide a mí ahora mismo, empiezo a corear en esta sala, de forma casi obediente, que, a partir de esta estrategia, el enfermo crónico será tratado con seguridad, con calidad y con eficacia. Corear lo podemos corear, unos desde el convencimiento que es un derecho de los ciudadanos y otros desde el modelo meramente de *marketing* y publicidad.

Por lo escuchado, señor Consejero, parece... -lo escuchado y lo leído- parece que, hasta el momento, nuestra población de crónicos no recibía tan excelente trato como el que le promete en adelante con su estrategia, y todo con menos dinero. Por cierto, señor Consejero, uno de los significados de estrategia es astucia.

Esta es “la magia potagia” del Partido Popular para escamotear los derechos constitucionales a la población de Castilla y León.

Señor Consejero, algunos de los aquí presentes hemos estado también presentes en ese acto público de presentación de la Estrategia de Atención a los Enfermos Crónicos, que se conoció con posterioridad a la petición de esta comparecencia. Estuvimos allí representantes, creo que don Jesús Aguilar, Portavoz del Grupo Popular, don Fernando García Roderó, del Grupo Socialista, y yo mismo durante toda la mañana, y prestamos mucha atención a todo lo que se decía, y yo me quedo de todo lo que allí se decía, no por parte de la representación política ni por parte de la representación empresarial, marketiniana, a todas las intervenciones aludía a...



EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Señor...

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Sí, ya acabo, señor Presidente.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Vale.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Muchas gracias por la advertencia, ya que me quedan cinco minutos.

Decía que todos los intervinientes profesionales hacían especial hincapié en la parte positiva de lo que allí se estaba diciendo, pero también hacían especial hincapié en la parte positiva de que solamente tendría resultados para la población, en base al derecho que tienen los ciudadanos a la salud, si iban acompañados no de recortes, como ustedes plantean en la estrategia, sino de inversiones en la Atención Primaria. Hubo una fuerte insistencia en la Atención Primaria, en la necesidad de enriquecer la Atención Primaria, cosa que yo no lo... ni lo he visto escrito ni se lo he escuchado a usted. Yo le he escuchado a usted lo que veo escrito, especialmente cómo utiliza la pirámide de Kaiser para definir la necesidad de estratificar a los enfermos crónicos.

Señor Consejero, acabar agradeciéndole su intento de convencernos, y agradecerle que en el dos mil dieciséis, casi "largo me lo fiais", sea usted capaz de presentar unos resultados positivos para la población, no para las finanzas de la Junta de Castilla y León. En este momento -y siempre- lo que debe preocuparnos son las personas, son los ciudadanos con derecho a la salud. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra doña Mercedes Martín Juárez, por un periodo de diez minutos.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Buenos días a todos. Le doy la bienvenida, señor Consejero, y le agradezco, en nombre de mi Grupo, la comparecencia para debatir esta estrategia; una estrategia que, como documento pues metodológico y científicamente y técnicamente está muy bien, es impecable, pero lo importante pues no es hacer un documento estupendo, que, por otro lado, y viendo la amplísima bibliografía, pues está todo inventado.

Yo no querría hacer hoy un discurso o un debate sobre la estrategia al uso, sino intentar ser útil a la gente y transmitirle a usted algunas situaciones de vida que no recoge la estrategia y lo que los ciudadanos no pueden decirlo a usted directamente, que... que les gustaría. Yo voy a intentar ser su interlocutor. Claramente, los ciudadanos en este momento, hastiados de sacrificios que les pide la señora Mato, cuando ella, por otro lado, no hace ninguno, pues están ya cansados de discursos y nos piden que en las sedes parlamentarias debatamos en... en el mismo nivel y en la



misma fase en la que ellos viven su realidad, alejarnos un poco de este lenguaje tan técnico y tan científico. Porque es verdad que se ha hecho mucha publicidad de esta estrategia, estas... ya lo conoce que tenemos esta estrategia prácticamente toda la población; los enfermos crónicos saben que son crónicos. Y si, por ejemplo, a mí me preguntan y tienen la oportunidad "oye, y ¿qué... cómo va a repercutir en nosotros?, ¿qué es esta Estrategia de Crónicos?", pues yo les tengo que decir que esta estrategia va a ser un instrumento para facilitarles una mejor atención y que los resultados se vean, cosa, por otro lado, que es una pura cuestión de fe, porque -como decía ahora el Portavoz del Grupo Mixto-, sin recursos, sin financiación, y en la época de más recortes que se recuerdan, pues es francamente difícil. Pero para nosotros hay una estrategia real, que no recoge el documento, que son las personas de Castilla y León, que viven en nuestros pueblos, que tienen nombres y apellidos y que tienen unos problemas muy concretos.

Y aquí, estudiando la estrategia, en la estratificación y la priorización de entre todas las patologías crónicas, de la cardiopatía isquémica, los ictus, el EPOC, las hepatopatías crónicas, la insuficiencia renal, pues yo le pongo alguna... ejemplo concreto. En una hepatopatía crónica, usted imagínese un enfermo que la padece, con una mujer que tiene una enfermedad mental crónica y diabetes, con un hijo discapacitado, con 700 euros y al que le está afectando el copago, la exclusión de la financiación y todos los demás recortes tan drásticos. A este enfermo, ¿qué le decimos?, para que tenga expectativas ahora mismo en la estrategia. De aquí al dos mil dieciséis tiene tiempo de meditarlas, pero hay que decírselo ahora. O una pareja de ancianos solos; la mujer con una cardiopatía isquémica, el marido con una insuficiencia renal dializándose, a los que les está preocupando el copago en el transporte sanitario, que están haciendo una aportación más allá de una media de un euro y medio, ni de un café, ni de cuatro cafés, sino de 20 euros, 30 euros, 40 euros, y que todavía no tienen la devolución. O un EPOC, señor Consejero, una situación de un enfermo con EPOC, prácticamente en fase terminal, con una mujer beneficiaria de su cartilla, con un hijo beneficiario de su cartilla y en paro, y que en este momento tienen que facilitársele un tratamiento con aerosolterapia y la bombona de oxígeno no tiene flujo suficiente y no hay manera de, a través del médico de Atención Primaria, de que le cambien una bombona para que se le pueda dar la aerosolterapia, y que tenga que trasladarse al centro de salud a dársela; y, es verdad, a diez-doce kilómetros, pero no tienen coche y no hay manera tampoco de que por la mañana y por la tarde le traslade el transporte sanitario.

Esta es la estrategia real, de ahora mismo, de todas estas patologías que usted estratifica. O un ictus; ictus es una patología, desgraciadamente, frecuente. Los ictus que yo conozco ahora mismo, los hijos, las hijas -fundamentalmente en femenino-, a dejar de trabajar y a disponerse a atender a estos enfermos en el centro de la estrategia, que es el domicilio, como usted mismo decía, y con el soporte prácticamente exclusivo de la familia. Porque, dígame usted, en los municipios donde iba una enfermera cinco días a la semana, dos horas y media a cada municipio, y que en este momento se queda en una hora u hora y media, tres días a la semana.

Esta es la estrategia, señor Consejero, y esta es la situación de los enfermos crónicos, afectados gravemente por el copago farmacéutico, por la exclusión de esos cuatrocientos medicamentos de la financiación pública, que han doblado su precio, y que les está haciendo muchísimo daño, afectados por la amenaza del copago en el transporte sanitario, por el copago en las dietas terapéuticas, en el material ortoprotésico. Es decir, son enfermos a los que les ha dado de lleno esta política de recortes



y de atropello brutal a estos tipos de enfermos, y fundamentalmente a los del medio rural.

Y ellos preguntan ahora, que ven la televisión y oyen la radio, y ha salido en todos los sitios, y dicen: bien, ¿y qué soporte, y qué plus de atención va a significar para mí y para liberar a los cuidadores familiares, las mujeres, en el medio rural con esta estrategia?; ¿qué financiación tiene esta estrategia para que en este momento...? No solo ya afectados por esos recortes brutales, porque si no hay enfermeras suficientes, pues dígame usted a mí cómo se potencian la continuidad de los cuidados y esta atención en domicilio. Porque es que no hay recursos en este momento para dar, no ya continuidad, para dar un mínimo soporte; y soportes a mayores, pues muchísimo menos. Porque la famosa coordinación Atención Primaria y Atención Especializada, pues ya llevamos diez años con ella; o de la potenciación y la capacidad resolutive de la Atención Primaria. Pero todo esto aún está todo por hacer.

¿Y se pretende mejorar la calidad de vida de estos pacientes, o dejar del todo la atención en manos de la familia, si nos remitimos a cómo está la situación en este momento, señor Consejero? Porque cuando se da tanta publicidad a una estrategia, pues se crean muchas expectativas, pero cuando no hay un euro de financiación y se divulga esto en el momento de mayor recortes de la sanidad pública, que nunca imaginaron los españoles, pues la gente y nosotros mismos nos preguntamos si esto es algo más que un buen documento, si es una buena declaración de intenciones o si realmente es un instrumento que va a cambiar en algo la vida diaria de estos enfermos.

Porque en esta estratificación inicial, pues a nosotros se nos ocurren estas incógnitas respecto a estos casos reales. Porque ¿cómo se va a garantizar ahora, inicialmente a estos que se prioriza, a los más... a los más graves, la atención integral y la coordinación entre niveles, si no hemos sido capaces en diez años, y ahora estamos con menos recursos que nunca?

Y este modelo de clasificación de pacientes, pues es muy importante, pero hay que ponerse un calendario rápido. Pero, a mí, permítame que sea escéptica, pero todas las estrategias metodológicamente impecables, pero sin un solo euro de financiación, pues, las veo, como poco, poco futuro.

Y, es verdad, usted dice que inicialmente se priorizan todas estas patologías, que se irá extendiendo al resto de patologías crónicas, y en este proceso de atención al paciente, los tres objetivos, las siete líneas estratégicas, pero, de momento, habría que dar una respuesta, adecuar estas necesidades perentorias, inmediatas, las que existen ya, y las expectativas de los pacientes.

Y, desde luego, pues sin soportes, sin recursos -porque no lleva ni uno implícito-, a los enfermos, como poco, esto les produce escepticismo, porque el eje -y usted mismo lo decía- tiene que pivotar de alguna forma no solo en la historia clínica compartida, sino en la Atención Primaria. Y, claro, en la Atención Primaria, mejor que yo, o por lo menos en el mismo nivel -usted lo conoce y yo lo vivo-, los recortes sin sustituciones, y que se... tanto que hablamos de la frecuentación, pues se ha disminuido la frecuentación en cada uno de los núcleos rurales de los equipos de Atención Primaria; me refiero al médico y la enfermera.

¿Y cómo vamos a hablar ahora de incrementar la capacidad resolutive de la Atención Primaria...?



EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Vaya concluyendo, señora Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

¿Cómo?

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Qué vaya concluyendo.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

(Concluyo, sí. Pues sí que es... No podemos debatir en profundidad la estrategia, señor Consejero, ya lo ve. Intento acabar). Pero con más de 200 millones de euros menos en dos ejercicios presupuestarios para la Atención Primaria, pues me pregunto yo cómo va a haber esas unidades de continuidad asistencial que dice la estrategia, ese médico interconsultor, esa enfermera coordinadora hospitalaria, esas enfermeras de enlace entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria y ese plan de despliegue que... con financiación cero, donde el plan de comunicación que usted decía, dirigido a profesionales, a pacientes, y el plan para implantarlo, creando esa estructura organizativa, un equipo a nivel central, concertar los proyectos, diseñar la implantación, y esa hoja de ruta, con ese calendario hasta el dos mil dieciséis. Sin entrar a hablar de mecanismos de control y evaluación, porque, ahora mismo, lo que podemos evaluar es la realidad dura, durísima, y en los dos últimos años muchísimo peor, que viven los enfermos crónicos.

Por lo tanto, ¿alegrarme de este documento, nuestro Grupo? Pues sí, pero es que a los enfermos no les sirven los documentos. Y metodológicamente y científicamente está muy bien, la bibliografía es amplia, pero ya estaba todo inventado. Ahora falta inventar cómo con menos, en una situación acuciante, mejoramos un poco, de forma inmediata, las circunstancias de vida de estos enfermos, que ustedes mismos priorizan en la estrategia, y de sus familias. Muchas gracias, señor Consejero. Y gracias, señor Presidente, por este minutito de más.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Muchas gracias. Muy amable. Para un turno por el Grupo Popular, tiene la palabra don Jesús María Aguilar Santa María.

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Buenos días. Señorías. Señor Consejero, buenos días, bienvenido de nuevo a esta Comisión de Sanidad. Muchas gracias por sus explicaciones, esta vez de uno de los objetivos más importantes, que usted nos adelantó ya en su discurso al principio de esta legislatura.

Bueno, parece que, además, yo creo que le tenemos que dar las gracias por seguir pensando en avanzar, por avanzar... por avanzar y por seguir avanzando, y por seguir pensando en los ciudadanos, ¿no? Porque ya en el año y medio que llevamos de legislatura, pues parece que... que, bueno, pues que algunos parece que no quieren que se haga nada, que sí, que no, que no, que sí, pero nosotros creemos



que, señor Consejero, tenemos que seguir... que seguir avanzando, independientemente del problema y de la situación económica en la que nos podamos encontrar.

Estamos totalmente de acuerdo que el incremento de la esperanza de vida se encuentra directamente relacionado con el nivel de salud de la población, y que es uno de los logros incuestionables de nuestra época, ¿no? El éxito del sistema de salud, contribuyendo a evitar la mortalidad prematura de la población, pues ha sido también un elemento fundamental en el establecimiento del nuevo patrón epidemiológico dominante, representado por las enfermedades crónicas.

Sabemos que, considerando las causas de la mortalidad, se observa que las tres quintas partes de los fallecimientos de los castellanoleoneses son ocasionados por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias. Se estima –como nos decía usted anteriormente, y según dicen las sociedades científicas relacionadas con las enfermedades crónicas– que estas consumen el 80 % de los recursos del sistema sanitario, aspecto especialmente destacado en el contexto económico en el que nos encontramos.

En este contexto, resulta imprescindible que el sistema de salud en Castilla y León deba sufrir una transformación progresiva para adaptarse a esta realidad. Esta transformación, en la que este Grupo está de acuerdo, además debe de producirse en un entorno de crisis económica, lo cual nos obliga a ser más eficientes en el uso de los recursos disponibles, precisamente para garantizar que el sistema de salud, en sus principios fundamentales, sea sostenible en el futuro.

Este es el objetivo que nosotros entendemos como fundamental de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León; una estrategia que entendemos que tiene como ejes principales el papel protagonista del paciente y su familia, impulsando, siempre que sea posible, ese desplazamiento de la atención desde el nivel hospitalario –como usted antes nos ha comentado– al nivel de Atención Primaria, de manera que el paciente permanezca en el entorno de su domicilio; la prevención y la promoción de la salud como elementos básicos para evitar los nuevos casos de enfermedad y mejorar la calidad de la vida; y la utilización de las nuevas tecnologías que faciliten la comunicación entre los profesionales, y de estos con los pacientes.

Vemos que esta Estrategia de Atención al Paciente Crónico pretende ser una reforma global del sistema, que tenga impacto sobre los pacientes, sobre los profesionales, sobre los centros sanitarios y sobre la población en su conjunto; que significa una apuesta para mantener la equidad, los derechos de los pacientes, la accesibilidad y los niveles de calidad del sistema público de salud.

Y, precisamente, para mantener estos valores y principios, en escenarios con recursos limitados, es necesario reorganizar y transformar el sistema. Y esta transformación, bajo nuestro punto de vista, entendemos debe hacerse, en primer lugar, mediante actuaciones y políticas activas de prevención y promoción de salud, impulsando estilos de vida más saludables y adoptando una... una actitud proactiva, tanto en los profesionales como en los ciudadanos.

Entendemos que muchas de las enfermedades crónicas están relacionadas determinan... con determinantes de la salud comunes, como son los temas de las dietas inadecuadas, las escasas actividades físicas, los abusos de alcohol, tabaco... sobre los que se pueden actuar mediante muchas actividades propias de la salud pública, que han demostrado su efectividad y su eficiencia.



La inclusión de estas actividades se convierten en una herramienta fundamental para garantizar el mayor nivel de bienestar de nuestra población, impulsando hábitos y estilos de vida saludable.

Por otra parte, en aquellos casos en que las enfermedades no puedan ser evitadas... evitadas, es preciso incidir en su detención en las etapas iniciales, para que no lleguen a fases avanzadas.

Y, finalmente, una vez establecidas las enfermedades, debemos promover que el paciente crónico tenga más y mejor información sobre su patología, y, con ello, sepa cómo puede cuidarse mejor, de modo que se transforme también en un agente activo en su propio tratamiento y control, mejorando su pronóstico y calidad de vida.

En segundo lugar, entendemos que a través de un cambio de modelo que supone la puesta en marcha de nuevas formas de atención, tanto en ámbito ambulatorio como en régimen de hospitalización, debemos caminar hacia una atención integral del paciente, a través de entender el sistema de salud como un todo, sin compartimentos estancos, de manera que cada paciente tenga a su disposición los recursos que necesite en cada momento para una atención rápida y eficaz. Para ello, será necesaria la creación de nuevos dispositivos asistenciales que vayan poco a poco sustituyendo a los dispositivos tradicionales.

El hospital actual no siempre entendemos es la mejor opción para los pacientes crónicos, que, una vez... una vez -como usted nos indicaba- estabilizados, estarían mejor en centros donde la atención residencial sea más acorde a sus necesidades, habitualmente de baja complejidad sanitaria y de larga duración.

Estamos de acuerdo en que es preciso reforzar la comunicación entre los profesionales y los diferentes centros y niveles asistenciales para que la atención sanitaria se preste en el lugar más adecuado, atendiendo a las necesidades concretas de cada paciente; y, en este sentido, apostamos por que la atención se preste fundamentalmente en el domicilio y en el centro de salud, de forma que la Atención Primaria asume un... un papel protagonista en el siguen... en el seguimiento de los pacientes y de sus familias.

Por esto, supone un modelo de atención que rompe las barreras de las diferentes estructuras gracias a las nuevas tecnologías, sobre todo gracias a la historia clínica única, a la que tiene acceso todos los profesionales que participan en la atención y en el propio paciente.

Y, en cuarto lugar, entendemos que es preciso apoyar a la familia y a los cuidadores, especialmente en los pacientes dependientes que permanecen en su domicilio. Y, en este sentido, el papel de la enfermera y el médico de familia como agentes principales de la atención sanitaria, en coordinación con los... el resto de los profesionales de los servicios sociales, cuando sean necesarios, es entendemos que fundamental.

Es, por tanto, un modelo -bajo nuestro punto de vista- mucho más eficiente; un modelo que se está ensayando en mayor o menor medida en casi todas las sociedades desarrolladas; un modelo que supondrá el mayor cambio en los servicios de salud de los últimos treinta años. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Muchas gracias. Terminado el... perdón, el señor Consejero puede contestar ahora de modo conjunto a... a las distintas intervenciones. Tiene la palabra don Antonio María Sáez.

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

Bien. Muchas gracias. Me gustaría repasar un poco alguna de las consideraciones que han hecho los Grupos, y, en primer lugar, el Portavoz del Grupo Mixto, que yo no sé si... si tiene algunos intereses en... en ser Diputado en el futuro, o, incluso, en trasladarse a la Asamblea General de la ONU, porque parece que ha fundamentado la mayor parte de sus críticas en lo que usted considera que es... hace o deja de hacer la señora Mato, o, incluso, pues algún Ministro nipón o norteamericano o de otros puntos. De ahí lo ha relacionado con el neoliberalismo, y ya está; directamente ya desembarca en nuestra Comunidad y lo aplica de una manera directa.

Y claro, eso le hace decir cosas un poquito raras -si me permite que lo califique así-. Por ejemplo, parece que critica que en la estrategia se considere que la cronicidad es una epidemia sanitaria. Bueno, es una manera de hablar que supongo que usted disculpará, pero es que, efectivamente, el fenómeno de la cronicidad ha eclosionado y puede considerarse como si fuera una epidemia sanitaria; porque ha eclosionado en el conjunto de la sanidad con un gran impacto y con un gran efecto.

Y a usted le parece que eso es negativo, que... o cuando decimos que el 80 % -o casi el 80 %- de los recursos sanitarios se destinan a la atención a los pacientes crónicos, a usted le permite deducir que estamos acusando a los pacientes crónicos de algo. Oiga, ¿por qué dice eso? Estamos describiendo una realidad que es objetiva, y es que el 80 % del gasto y del... de los recursos que utilizamos les destinamos a atender a los pacientes crónicos; pues claro que sí. No estamos acusando a nadie; estamos constatando una realidad.

Y, precisamente por eso, porque eso es así, creemos que debemos mejorarlo, y debemos priorizarlo, y por eso estamos desarrollando esta estrategia.

De manera que no plantee usted las cosas en estos términos, que yo creo que no tienen ninguna justificación. Que es un reto asistencial. ¿Pero cómo puede criticar eso? Nosotros decimos que es un reto asistencial la atención a los pacientes crónicos, y ya usted lo... lo engloba en una crítica a lo que dice la estrategia. Es que no lo puedo entender, sinceramente. Salvo que usted, en ese ánimo de criticar al neoliberalismo, pues... pues le dé igual lo que diga este Consejero, el Ministro nipón o no sé qué autoridad norteamericana. Por tanto... por tanto, centrémonos en esto.

En segundo lugar, afortunadamente, dice que algunas cosas estarían bien en la estrategia siempre que no tuvieran el ánimo economicista que tiene. Yo he intentado antes separar en alguna medida esta estrategia de otro tipo de medidas, y, desde luego, estrategia... esta estrategia no contiene medidas que pretendan reducir gasto, reducir coste, sino ser más eficientes -y como la señora Portavoz del Grupo Socialista ha dado algunos datos, algunos daré después-. Por lo tanto, me alegro que coincidamos en este hecho, que es positivo que la estrategia pretenda cambiar el foco de la enfermedad a todo el proceso asistencial.

Pero usted sigue derivando en cosas que yo no entiendo por qué las dice: que, cuando decimos que el paciente debe ser corresponsable de sus cuidados, le estamos culpabilizando. Pero bueno, ¿cómo dice eso? Si usted dice que es paciente crónico que toma medicación, ¿usted no cree que debe corresponsabilizarse de sus cuidados, de tomar bien la medicación, de tomarla adecuadamente, de alertar cuando tiene algún síntoma que pueda indicar una descompensación o un efecto secundario, o de tener estilos de vida más saludables, de tener debates más sosegados en el Parlamento y hacer una vida más saludable? Yo creo que esa es también su responsabilidad, si usted es un paciente, y la mía y la de todos los pacientes.



Bueno, yo esas cosas no las... no las puedo compartir y no entiendo a qué óptica obedecen. Dice que pretendemos reducir las hospitalizaciones; pues claro que sí. ¿Usted cree que por el hecho de que se haya incrementado la cirugía mayor ambulatoria en un 50 % en estos años, eso no es un... un elemento positivo, el que, en vez de hacer intervenciones quirúrgicas con hospitalización, las hagamos de carácter ambulatorio, y los pacientes ese mismo día vuelvan a su domicilio?, ¿no le parece positivo? Pero, claro, tal como lo dice usted, eso es un recorte y un ánimo de reducir las hospitalizaciones. No, no, no se confunda; eso es, si lo hacemos así, es ser más eficientes, porque si el conocimiento y la técnica nos permite que a mí me intervengan y al mismo día esté en mi domicilio, eso es ser más eficientes que hospitalizarme y tenerme cuatro días ingresado. Y, sin embargo, usted parece que lo asocia a medidas de recorte de las hospitalizaciones; pues mire usted, no. Y si podemos atender a los pacientes en su domicilio, en el centro de salud, mejor hacerlo ahí que en el hospital. Y, por lo tanto, no entiendo por qué usted lo orienta por ahí.

Y lo de los medicamentos ya, que me diga usted que con leer el prospecto es suficiente, pues mire usted, primer problema que tenemos, ¿sabes cuál es?, que... que muchas personas mayores casi no pueden leer los prospectos porque están en letra muy pequeña; pero, más allá de esa consideración, ¿sabe usted que el 17 % de los ingresos hospitalarios se producen por efectos secundarios o adversos de los medicamentos? Pues fijese usted si no tendremos que... [murmullas] ... perdón, si no... fijese si no tendremos que mejorar esto y intentar que los pacientes conozcan mejor estas cosas.

Y cuando dice ya que... que pedimos el ahorro... perdón, la ayuda de otros pacientes para que ayuden a... a algunos pacientes, y que eso es decir, bueno, que... que fallezcan acompañados de otro paciente, bueno, aparte de que me parece que está fuera de lugar, debo decirle que las asociaciones de pacientes existen antes que esta estrategia, mucho antes, y que ellas saben bien para qué sirven las asociaciones de pacientes, y que hacen un papel muy importante que le queremos reforzar, y queremos apoyarnos mucho en las asociaciones de pacientes para que nos ayuden a mejorar la atención a la cronicidad, sin ninguna duda.

Por lo tanto -le reitero-, este... esta estrategia no tiene ánimo y no se inscribe en la línea de las medidas de ajuste del presupuesto, del ahorro -se lo he dicho desde el principio-, sino de la eficiencia, y por eso no contiene medidas concretas, y no las identificará usted. Y usted ha tenido que acudir a ese tipo de fantasmas que, en ese esquema de ministro nipón, neoliberalismo, Castilla y León, hace una confusión que yo no he comprendido, y que, desde luego, no comparto en absoluto.

Lo que pretende la estrategia -y así he finalizado- es, sobre todo, mejorar la atención a los pacientes crónicos y, por esa vía y por la vía de la eficiencia, contribuir a la sostenibilidad del sistema. Ese es su objetivo.

Y la responsable del Grupo Socialista me ha parecido algo similar lo que ha planteado. Dice usted -se lo agradezco- que el documento es impecable y estupendo; yo se lo agradezco, porque eso quiere decir que, si lo ponemos en marcha, estaremos haciendo bien las cosas. Y luego usted deriva en otras consideraciones, ¿eh? También creo que ha hablado de la Ministra Mato... Por cierto, yo les pediría un poco de respeto a la Ministra Mato a la hora de... de hablar de ella. [Murmullas]. Sí, sí, yo... yo creo que a las autoridades hay que respetarlas.

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

Un segundo, por favor. Absténganse de hacer ningún comentario de la intervención del Consejero o cualquier otra persona que esté interviniendo, ¿de acuerdo? *[Murmullos]*.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Yo lo que pido -digo-, un poco de respeto a la Ministra Mato y las valoraciones políticas que cada uno quiera hacer sobre su trabajo y sobre su labor. No... yo no pido nada más.

El... la señora... la señora Martín ha hecho una serie de consideraciones que, globalmente, vienen a decir: esto está muy bien, es impecable, es estupendo -se lo agradezco de nuevo-, pero el problema es otro: el problema es el copago, es no sé qué, es no sé cuál. Bueno, ahí... hemos de tener oportunidad de discutir sobre otros problemas de la sanidad; a mí me hubiera gustado centrarnos más en esta, de... sobre si es posible atender mejor a los pacientes crónicos, ¿eh?, sobre si es posible hacer evolucionar el modelo para que estén mejor atendidos y para que lo hagamos con más eficiencia, y así sucesivamente.

Usted parece que solo le preocupa el criticar a la Ministra Mato, el criticar medidas -que, por cierto, en general, no se... no las ha tomado de esta Comunidad Autónoma, este Gobierno, en general- y en hacer unas referencias yo creo que... que no responden a la realidad sobre la situación de nuestra sanidad. He apuntado aquí algunas; mire usted: la aerosolterapia, y pone aquí ejemplos que, como siempre, yo no sé si son ejemplos o no, pero, desde luego... *[Murmullos]*. Sí, sí. Yo le puedo decir... por ejemplo, hacía usted referencia a la aerosolterapia; yo le puedo asegurar que los conciertos para el suministro de oxígeno y todo lo que tiene que ver con la aerosolterapia no se han reducido en los últimos años, ¿eh?, no se han reducido en los últimos años.

Entonces, no me hable usted de recortes, porque no se ha hecho así. Yo le puedo asegurar que el número de médicos y de enfermeras de Atención Primaria que... que trabajan en Castilla y León es el mismo este año que en el año dos mil once, que en el año dos mil diez; es el mismo. Por lo tanto, diga usted otras cosas, pero no diga que hay menos médicos y menos enfermeras, porque ustedes saben que la plantilla de médicos y enfermeras no se ha reducido. Y, por cierto, se lo recuerdo, que esas plantillas son las más dimensionadas de toda España; que en Castilla y León, por ejemplo, cada médico atiende una media de 925 habitantes, y que en España esa media es de mil cuatrocientas... perdón, de 1.342. Esos son los datos objetivos, no lo olvide, y no se han reducido. Por lo tanto, critique usted otras cosas, pero no aquello que no responde a la realidad.

Dice usted que no tenemos enfermeras suficientes. Pues mire, le voy a dar dos datos, que son datos oficiales del Ministerio de Sanidad -para que usted no sospeche, en esa línea habitual suya-, publicados por el anterior Gobierno de la Nación, y que después se han visto añadidos y analizados en un informe de Comisiones Obreras sobre dotación de profesionales en la sanidad pública española. ¿Y sabe usted lo que nos dice respecto a la enfermería? Que respecto a la tasa media que existe en España, en Castilla y León estamos por encima en 3.192 enfermeras. Es decir, si en Castilla y León tuviéramos la tasa media de enfermeras que hay en Es-



pañá, tendríamos 3.192 enfermeras menos y 1.023 técnicos auxiliares de enfermería menos. Pues fíjese usted cómo... cómo es el panorama, cómo son los datos y cómo es la realidad. Por lo tanto, haga usted otra valoración, critique nuestra organización, critique nuestros resultados, pero no altere los datos, que son datos objetivos. Es decir, donde hay mil enfermeras, hay mil enfermeras, por mucho que usted diga que esto funciona fatal.

Por cierto, aprovecho para darle otro... otro dato: en este mismo estudio de Comisiones Obreras se dice, por ejemplo, que para llegar a la tasa media de enfermería en la Comunidad de Andalucía, que... de la que siempre hablamos –como sabenaquí, para llegar a la tasa media española, Andalucía tenía que contratar 5.340 enfermeras más –fíjese usted– o 1.447 técnicos auxiliares de enfermería. O sea, que les falta esas 5.300 enfermeras para llegar a la tasa media española. Por lo tanto, yo le pediría que los datos les utilice con una cierta objetividad.

Y que la valoración, yo concluyo que a usted este plan le parece razonable, bueno, y a mí lo que me corresponde es aplicarlo. Es lo que vamos a hacer, insisto, para mejorar la atención a los pacientes crónicos.

¿A usted no le parece que este plan tendría elementos muy positivos al margen de que el copago en farmacias sea A o B? El copago en farmacia tiene el impacto que tiene, y usted lo ha criticado mucho, y yo he explicado que tiene otros elementos que nos permiten avanzar en sostenibilidad. Pero tiene el impacto que tiene, y usted no quiere entrar en lo que supone esta Estrategia de Crónica. Se limita a decir: como los pacientes crónicos, algunos, pagan más... –siempre se olvida a decir que otros no pagan nada– entonces no valora la estrategia y utiliza ese... ese tipo de argumentación, que a mí me parece que está, si me permite decírselo así, fuera del contexto de lo que es la propia estrategia. El que los pacientes –por cierto, todavía no se ha tomado decisión– aporten o no en el transporte sanitario es una cuestión que podemos discutir, y estar de acuerdo o seguramente no. Pero ¿qué me dice usted de la estrategia? ¿Solo que es impecable y estupenda? Pues se lo agradezco, e intentaremos desarrollarla en el sentido este que usted señala, porque seguro... seguro que entonces avanzaremos en muchas cosas. Insisto, al margen del debate que tengamos sobre el copago o sobre otras cuestiones colaterales a la Estrategia de Crónico que... que usted ha señalado.

Y al Portavoz del Grupo Popular, aparte de agradecerle el... el apoyo y la valoración que hace de la estrategia, yo me gustaría recordarle una cosa, que creo que la insinuaba, y que me parece que es muy importante: es curiosa la inversión que se produce en esta Comunidad Autónoma, la inversión de algunas cosas. Yo percibo que en otras Comunidades Autónomas los gobiernos... yo solo hablo... oigo hablarles de medidas de ajuste y de debates sobre la privatización o no de la sanidad; y la Oposición en esos... en esas otras Comunidades, de muy distinto signo, les reclama que hagan cosas en sanidad, que mejoren las cosas. Y aquí me da la impresión que ocurre lo contrario, aquí estamos intentando poner sobre la mesa una estrategia de crónicos, poner sobre la mesa iniciativas para la gestión clínica, intentar ir mejorando las cosas y sustraernos del debate sanidad pública o privada, o de otros debates. Aquí vamos a mantener el modelo público. Y, sin embargo, yo lo que percibo a una Oposición, en los dos Grupos que intervienen, que más que hablar de la mejora de la atención a los crónicos, más que hablar de la gestión clínica, sistemáticamente se remiten a medidas, casi todas no tomadas por este Gobierno, pero que tienen que ver con... con ajustes, y parece que ese es el objeto de su atención.



Y yo, desde luego... desde luego decir, nosotros vamos a intentar seguir avanzando, seguir mejorando la atención a crónicos, seguir avanzando en gestión clínica y en otros temas, y haciendo menos ruido sobre otros debates que, desde el punto de vista de los ministros nipones, del Congreso de los Diputados, podrán ser interesantes, pero, señores, aquí estamos en Castilla y León, y vamos a intentar seguir mejorando la sanidad de Castilla y León.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Consejero. Para un turno de réplica, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, don José María González Suárez.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Espero no agotar los cinco minutos. No obstante, le pido que el primer minuto me lo deje para algunas anécdotas en la contestación, que no tienen que ver con el componente político.

Señor Consejero, teniendo en cuenta que acabo de abandonar mi adolescencia política, teniendo en cuenta que dentro de algunas semanas abandonaré mi juventud cronológica, teniendo en cuenta que pienso estar cuatro años de Procurador y ocho Presidente de Castilla y León, no renuncio a ser Diputado en el Congreso de los Diputados, a ser europarlamentario y a ser representante de la ONU, teniendo en cuenta que todos mis antepasados muertos de forma natural se han ido con una media de los 104 años, ¿no? *[Risas]*.

Bien, dicho esto, por especificar, ya he consumido ese minuto y ahora vamos al componente político. Bien, señor Consejero, de nuevo gracias por sus explicaciones. Yo estoy muy sosegado, estoy... siempre he sido muy sosegado y estoy aprendiendo mucho de usted. No hay como estar rodeado de psiquiatras a nivel parlamentario, a nivel personal, como para ir sosegándose en lo poco que uno pudiese no ser sosegado. Es cierto que para ajustarme al tiempo a veces tengo que ir deprisa.

Mire, el objetivo de mi intervención, señor Consejero... -y ahora sí... a partir de ahora va la parte política, señor Presidente- señor Consejero, el objetivo de mi intervención, por si acaso no se había dado cuenta de ello, es muy claro; es reorientar su acción hacia el ciudadano con enfermedades crónicas desde la base economicista, que usted renuncie a ella aquí, y me alegro oírsele, y espero que vuelva a renunciar a ella, porque se lo iremos recordando durante tiempo.

Pero claro, los fantasmas no los ve José María González, los fantasmas no los ve Izquierda Unida, los fantasmas son realidades. Y si yo he hecho la intervención que he hecho, es porque su Estrategia de Atención al Paciente Crónico, como le he dicho en mi primera intervención, toma como base algo presentado por la señora Mato en el IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, y porque lo presentado por la señora Mato en Alicante, en el mes de marzo, tiene como fundamento -ojo lo que voy a decir, como fundamento- un documento titulado, como usted bien conoce, "Diez temas candentes para la Sanidad española en 2012. Dos agendas simultáneas: recortes y reformas", de Waterhouse... -espero pronunciarlo bien, ¿no?- Waterhouse, con firmas tan interesantes en los documentos como el señor Lasquetty, el señor Jordi Sevilla, el señor Rai... bueno, algunos del sector de la construcción, incluso la señora Consejera... perdón, Ministra de... de Fomento, y



además –si usted quiere, seguimos con fantasmas– de relación intensa, desde el punto de vista económico y otras, con Janssen-Cilag, que además aparece financiando aquella jornada, que yo no tengo ningún problema en que nadie financie una jornada; y sabe que yo allí solo critico una cuestión: la aparición –en persona, no en fantasma– del representante de la empresa a su lado. Bastante era que ustedes se lo hubiesen agradecido.

Entonces, no son fantasmas, son realidades. Y del análisis y el estudio de esas realidades, nos llevan a decir lo que decimos, y ciertamente, si usted reorienta su postura hacia ese objetivo desde el punto de vista de la respuesta integral del sistema público de salud en Castilla y León hacia los ciudadanos con enfermedades crónicas, tendrá aquí a un gran aplaudidor de sus acciones. Ni más ni menos es lo que intentaba, intentaba mi intervención.

Y no me he fijado tanto en la parte positiva de ciertos objetivos o de ciertos... ciertos conceptos que ya vienen aquí explicitados y que usted nos ha hecho explícitos también, sino en la parte a la que tenemos mucho miedo, que es la parte de lo que venimos entendiendo que se está aplicando, que es la del austericidio.

Y si usted me dice que el objetivo –ya me ha dicho– no era el ahorro; y me dice: no es el austericidio; y me da una nueva definición de la eficacia y la eficiencia solamente puesto al servicio de los ciudadanos, yo me voy aquí supercontento de haber pedido su comparecencia, porque entiendo que se ha conseguido un objetivo, muy claro.

Señor Consejero, mire, en el tema de la hospitalización, lógicamente, nadie quiere que nadie esté hospitalizado ni un minuto más de lo necesario, y se lo digo yo que nunca he estado hospitalizado ni quiero estar, pero por... he tenido que... que ejercer con familiares, con amigos, de visitarles, de acompañarles. Y, entonces, minutos de hospitalización, los mínimos. Pero, claro, si resulta que el objetivo es el austericidio, y habría que ponerlo en relación con esos 189 días de lista de espera, con plantas cerradas, con quirófanos cerrados, con no sé cuánto, entienda usted que nosotros desde la Oposición entendamos que su objetivo sigue siendo el mismo que se plantean cuando no dedican más recursos públicos a la respuesta al derecho a la salud.

Y agradeciendo al señor Presidente, pues que no me haya señalado –yo sé que no he llegado todavía a los cinco minutos, pero bueno, no me ha advertido del tiempo–, ponerme a disposición del señor Consejero... *[murmullos]* ...

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Un segundo, por favor.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

... igual que mi Grupo, Izquierda Unida...

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Señora... Un segundo, un segundo. Ahora... ahora le voy a dar otro minuto. Señora Martín Juárez, no haga ningún comentario mientras estamos hablando o esté hablando un Portavoz; lo he dicho antes.



EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Bien, el...

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Puede continuar.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

... el compromiso de Izquierda Unida para seguir defendiendo aquí lo que el señor Presidente Herrera reafirmó en las jornadas públicas de presentación del plan, que es el compromiso con la sanidad pública, gestionada de forma pública. Y, además, no voy a dejar de insistir en ello, igual que no voy a dejar de recordarle a usted unas palabras de uno de sus invitados allí, el señor Bengoa, cuando hablaba de que los recortes en sanidad solamente sirven para cumplir con el presupuesto, pero no soluciona nada; que es una estrategia simplista y equivocada. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. ¿Consejero, contesta...? Muy bien, pues damos la palabra al señor Consejero. ¿De acuerdo, estamos de acuerdo? Muy bien.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Bueno, pues tengo que decirle dos cosas. Primero -lo he señalado antes-, el propósito de esta estrategia desde luego no tiene que ver con el austericidio, como usted dice, y no tiene... no está inscrita en la línea que podemos entender como de ajustes, de recortes, que han sido necesarios -ahí... esa necesidad no la compartimos-, pero que -también lo decía el otro día el Presidente de la Junta- no son suficientes, no son suficientes para garantizar la sostenibilidad futura de la sanidad. Y para eso sí que son necesarias estas medidas, que son cambios organizativos, que son cambios estructurales, que no... no incorporan recursos nuevos pero tampoco los detraen, y que lo que pretenden es reorientar las cosas y el funcionamiento de la sanidad; ese es el propósito. Por lo tanto, yo creo que eso es lo fundamental.

En segundo lugar, parece usted más joven de lo que decía, que va a superar su juventud cronológica. Y dice usted que esta estrategia está inspirada en la señora Mato, y cosas de ese tipo. Pues fíjese usted, le voy a decir una cosa: ¿usted por qué cree que vino aquí el señor Bengoa a presentarla, a... a intervenir en esa reunión? ¿Eso... eso qué le parece a usted? ¿Usted cree que lo inspira la señora Mato? Naturalmente, el Ministerio de Sanidad ha elaborado una estrategia, que no crea usted que es demasiado parecida a la que hemos aprobado en Castilla y León, pero algunas cosas comparten -¡faltaría más!-. Pero en la elaboración de esta estrategia nos hemos inspirado en eso, en los documentos del País Vasco -que ha avanzado mucho en los últimos años en esto-, en algunas cositas que ha hecho la Comunidad de Andalucía, en algunas cosas de Cataluña, pues en todo lo que nos hemos podido inspirar, sin ninguna duda. Pero quien ha venido aquí a presentar -fíjese usted- la estrategia, primero, es el Presidente Herrera, haciendo explícita un compromiso irrenunciable con la sanidad pública y con la gestión pública. Y yo eso... esos son los datos objetivos.



Y luego hace usted una... una incursión en un sitio, ¡uf!, que es... que es preocupante. Primero habla de... de un laboratorio que nos ha ayudado a financiar esa jornada, y así es. Nosotros hemos tomado la decisión en la Consejería de que no vamos a generar ningún gasto en este tipo de cosas. Es el único... la única publicación que hemos editado, porque no la hemos pagado nosotros. Es el único acto en el que no utilizamos medios públicos. Hoy hay aquí una jornada con asociaciones de pacientes, entre otras cosas, porque este Parlamento nos cede gratuitamente sus instalaciones; y si tenemos que pagar alquileres de salas, no lo hacemos, acudimos a un lugar público; y, cuando lo necesitamos, le pedimos a alguien que lo pague. Y si hay que dar un café a los asistentes, nosotros no damos ese tipo de... de cafés, o de comidas o de no sé qué. Ese es el motivo.

Segundo, habla usted de una consultora, que es PricewaterhouseCoopers, y hace usted una asociación que me parece... la he escuchado en otros sitios, en algunas redes sociales, que dicen: en un documento de... de esa consultora sobre los diez temas candentes en la sanidad aparece la pirámide... la misma pirámide para clasificar la estratificación de crónicos que aparece en nuestra Estrategia de Crónicos. Y alguien por esa vía asocia el hecho de que estamos... -y lo decía así en algún documento de esas redes sociales- que estamos en manos de PricewaterhouseCoopers. Una cosa impresionante, porque esa pirámide cualquiera que haya analizado este tema la habrá visto reproducida en decenas... en decenas y... o en centenares de documentos técnicos, de expertos, porque es algo absolutamente asumido en el sector, en la planificación sanitaria, etcétera.

Y fíjese usted qué curioso es esto, cómo son las redes sociales: yo el otro día contesté a preguntas de los ciudadanos de Castilla y León, dentro del Programa de... de Gobierno Abierto, y en un canal de televisión que ha... que ha puesto en funcionamiento la Junta de Castilla y León, un canal en internet. Y una de las primeras preguntas también era esa: ¿por qué la política sanitaria la diseña PricewaterhouseCoopers? Supongo que sería del mismo autor que esos comentarios que ahora usted parece que medio recoge o medio insinúa, y que me parece que están... bueno, que son una... un despropósito, porque se basan sobre todo en el hecho de que la pirámide para la estratificación de los pacientes aparece en un documento de esta consultora. Yo no voy a decir mucho más, porque me parece suficientemente ilustrativo.

Pero, le insisto, nosotros nos basamos en la estrategia que ha hecho el Ministerio, naturalmente, por... entre otras cosas, por una cuestión de lealtad, y porque el Ministerio tiene competencias para establecer las bases de cómo orientar este tipo de cosas a nivel nacional. La concretamos nosotros aquí, la concretamos sobre la base de muchísimos documentos y de opiniones de muchos expertos. Desde luego, en esto no hemos consultado con PricewaterhouseCoopers, ya se lo... ya se lo puedo adelantar. En fin.

Pero, sobre todo, que el propósito de esta estrategia es cambiar cosas, funcionar de otra manera para adaptarnos mejor a la atención a los pacientes crónicos.

Las medidas de ajuste, se han tomado algunas, no sé si tendremos que seguir tomando otras; pero, desde luego, esta se orienta, con independencia de las anteriores... Yo quiero decirle que... que, respecto a los modelos sanitarios, esa apuesta por la sanidad pública es independiente de que esta mida cien, ciento cinco, noventa y cinco; nosotros a lo que nos hemos comprometido es a mantener el modelo y a



hacerlo sostenible, y si hay que tomar alguna medida de ajuste, la tomaremos, desde luego, sin modificar el modelo sanitario que tenemos.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Muchas gracias, señor Consejero. Para un turno de réplica, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, doña Mercedes Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Voy a hacer este equilibrio apasionante de contestar a una disertación pausada e ilimitada telegráficamente, que es... es muy difícil.

Vamos a ver, señor Consejero, usted pretende hacernos creer que va a mejorar la atención a los pacientes crónicos sin un solo euro y recortando los recursos. Y eso pues es un milagro, y ahora que no tenemos Papa, está mal lo de... lo de creer en los milagros, señor Consejero. Se lo digo sinceramente. *[Murmullos]*.

Nos dice que tengamos respeto a la señora Mato, pues el mismo que tiene ella a los enfermos y al resto de los ciudadanos; ni un poquito más ni un poquito menos. *[Murmullos]*.

Me dice que yo critico. Yo no critico, señor Consejero; yo constato, como constatan todos los ciudadanos, que en esta Comunidad hay copago, muy dañino para estos enfermos, y hay recortes, muy perjudicial para estos enfermos. Y yo los ejemplos que le he puesto son la realidad de los enfermos crónicos. A cientos, a miles, ese 1,8 millón que usted ha dicho, fíjese, de dos millones y medio, y esos son los enfermos, los ejemplos que a usted no le gustan, pero esa es la verdadera estrategia. Y siga negando la realidad. Así no vamos a ninguna parte.

Usted sigue negando que no hay ni una enfermera ni un médico menos. Pues sí, señor Consejero, llámelo como quiera, pero donde iban cinco días a la semana un médico y una enfermera tres horas, ahora van tres días o dos, una hora y media o dos horas. Eso es menos, ¿o no? Porque es que... es que usted, con toda la pausa que quiera, pero está negando el... el misterio del Espíritu Santo, vamos. Es que... es que ya es el colmo, el que tiene la última palabra. Se lo tendrán que transmitir a usted.

Y yo pongo ejemplo de las personas que usted dice que son el centro de esta estrategia, no las cartillas. Luego si vamos a hablar de personas, vamos a hablar de personas y no de cartillas, y vamos a tener en cuenta la realidad de Castilla y León, esos municipios que tendrán doscientos vecinos, pero que, a lo mejor, hay siete en esa situación de esa estratificación de enfermos crónicos muy severos y con patologías asociadas, que es la prioridad de la estrategia, y, si no, será literatura, señor Consejero.

Yo digo que este plan es, metodológicamente, un buen documento, a la bibliografía me atengo, que está todo inventado, y que para que sea una realidad más que un canto al sol, pues tiene que tener recursos y financiación, y eso es lo que no tiene. Porque dice la estrategia: "Para los pacientes más severos, se les proporcionará un soporte asistencial a través de la famosa coordinación Primaria-Especializada, a través de las unidades de continuidad asistencial, para el recurso más adecuado: hospital de día, ingreso hospitalario u hospitalización a domicilio". Y, específicamen-



te, en hospitalización a domicilio dice: “Con otros recursos disponibles”. ¿Cuáles? ¿Cuan esa enfermera que va a ir una hora y media, tres días a la semana, deprisa y corriendo? ¿O con ese médico que iba cinco días y ahora va a ir tres? ¿O van...? O dígame cómo. Dice: “La coordinación con lo social: una comisión mixta”. Pero si está todo sin hacer, señor Consejero. Si usted lo sabe. Porque dice que el punto de partida, que ya disponemos de muchas acciones para favorecer todo eso porque ya hay un proceso integrado de atención sociosanitaria; mentira, en el papel. Porque dice que ya hay una gestión de altas hospitalarias que proporcionan continuidad en los cuidados en los domicilios; no es verdad, señor Consejero. Porque dice que ya hay una coordinación con los servicios de rehabilitación y unidades de fisioterapia; señor Consejero, pocas, saturadas e insuficientes. Y dice que ya hay una valoración de cuidados geriátricos y el geriatra consultor; una entelequia, otro canto al sol, más literatura.

Usted sabe todo esto, luego dígame cómo se va a coordinar de verdad, si para estos enfermos pluripatológicos, de mayor complejidad, que son los primeros que han seleccionado, si va a haber una enfermera de enlace, cómo van a ser esas unidades de continuidad asistencial, cómo se va a articular ese médico interconsultor, cómo va a ser la enfermera coordinadora de atención hospitalaria, porque hay menos en todos los sitios. Lo ve toda Castilla y León menos usted, señor Consejero. Y yo a usted le tengo en altísima valoración, pero a ver si va tener que ponerse gafas. Porque es que de verdad se lo digo: donde había una enfermera cinco días, ahora la hay tres; donde había un médico tres días, a lo mejor ahora va dos o uno. Eso es ir de más a menos, señor Consejero. Y eso está reñido con esta estrategia, por muy elogiable que me parezca el documento.

Y dice usted que si nosotros tal, y se remite usted a Andalucía, señor Consejero. En Andalucía funciona, o tienen también una estrategia, pero hay que tener en cuenta que en Castilla y León somos dos millones y medio y en Andalucía más de ocho. La cosa es completamente diferente. Por lo tanto, nos tendremos que comparar con los que sean pues, respecto al número de habitantes, más o menos como nosotros.

Pero yo, para concluir, que dice usted que es que al final no sabe si nos gusta el plan o no nos gusta el plan. En todos los documentos, que están muy bien, pues que científicamente, en conocimientos, en estadísticas, en datos, y en proyectos, y en objetivos, y en estrategias son completos, pues claro que lo apoyamos. Pero es que eso es apoyar su publicidad, apoyar que usted se pase otro mes, otras cinco semanas ocupando titulares y publicidad, pero los enfermos no tienen tanta publicidad, los enfermos no tienen ni una portada. Por eso le ponía yo un ejemplo de una familia con un enfermo con un ictus, un ejemplo de una familia con un enfermo con una hepatopatía crónica, un enfermo de diálisis con una insuficiencia renal y una mujer conviviendo con él encamada e inmovilizada, para que usted tenga en cuenta que... que, lo dice la propia estrategia y ambos lo sabemos, que todo este proceso de crónicos, de pluripatologías y de envejecimiento pues que lleva aparejada todas esas situaciones de discapacidad profunda, y que hoy en día, realmente, estas familias llevan el soporte total y el peso global.

Y todo esto está muy bien, pero hay que darles una expectativa de esperanza para... para... ¿esto cómo... cómo lo llamaban?, si es que era impactante, era... que dice: “Plan de Despliegue”. Pues para el Plan de Despliegue que dice la estrategia,



un primer inicio de despliegue en las expectativas que ha generado para estos enfermos. Y yo le digo: con menos recursos y sin un solo euro, dígame cómo. Si yo quiero crear, si yo... nosotros queremos apoyarle y queremos que se desarrolle esta estrategia, ¿cómo no? Pero, por favor, señor Consejero, si quiere que le demos credibilidad, no haga usted el correr un tupido velo ante la realidad que yo intento transmitirle, porque es que algún día, en esta comparecencia, ahora que están tan de boga las iniciativas legislativas populares, tenían que venir aquí cincuenta enfermos crónicos, con sus cincuenta familiares en femenino que llevan el soporte de sus cuidados, a hablar aquí el lenguaje de sus problemas. Y eso es lo que de verdad daría credibilidad a todo un debate de una mañana como esta.

Y yo es lo único que trataba de transmitirle, señor Consejero, que claro que se puede contar con nuestro apoyo a la implantación de esta estrategia, pero todas las estrategias tienen que llevar aparejados, si no más recursos, no recortar los que hay; y, si no, un presupuesto añadido, desde luego no recortando 215 millones en dos años, señor Consejero. Porque, si no, si a lo mejor me convence y es que no lo he entendido yo bien en la primera intervención, pero dígame cómo, cómo se hace esto tan completo y que sería tan beneficioso para los enfermos con mucho menos. Eso es lo que yo y mi Grupo quiere saber, porque todo lo demás está por hacer.

Y, por supuesto, se necesita la implicación de los enfermos en su autocuidado, en su corresponsabilidad, y la implicación de los profesionales, pero no corren buenos tiempos para los profesionales. Usted sabe en qué situación se encuentran, de más horas, menos días, más trabajo, y una desmotivación seria. Hay que hacerlo todo con algo más que pura cuestión de fe. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Muchas gracias, señora Martín Juárez. Para un turno de... de contestación, tiene la palabra el Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Bien. Muchas gracias. Yo ahora, muy rápidamente, intentaré resumir cómo creo que se pueden mejorar las cosas sin precisar necesariamente grandes recursos y, a veces, ningún recurso.

Si no... si no fuera eso posible, desde luego, yo no entendería la gestión desde el ámbito de lo público. ¿Usted no cree que es posible mejorar las cosas, al margen de que tengamos más recursos o no los tengamos? Yo estoy absolutamente convencido de que sí, y, por eso, yo siempre, desde lo público, me ha parecido que se pueden mejorar, y mucho, las cosas.

Pero permítame que le diga dos cosas previas:

Primera. A usted a veces parece que le da igual decir lo que le da la gana -como.... como es lógico y natural-, y después contradecirse usted misma. Y usted dice aquí que hay muchísimas menos enfermeras, y después dice, "bueno, a lo mejor no hay menos enfermeras, es que van menos tiempo o menos horas". Eso es lo que nos está diciendo usted, que cómo... cómo puedo decir yo que se mantiene el mismo número de profesionales cuando van menos horas a algunos sitios, dice usted. Y yo le insisto: la plantilla de enfermería en Atención Primaria es exactamente la misma este año y el pasado. Vamos, se lo aseguro y, si quiere usted, se lo certifico. *[Murmullos]*.



Y usted dice “es que van menos horas a algunos sitios”; ese será otro problema. *[Murmullos]*. Sí, pero me está reconociendo que el número de enfermeras es el mismo –y luego entramos en el otro debate–. Por eso le digo: no diga usted una cosa, después la matiza, porque se... *[murmullos]* ... se desautoriza usted misma. Primero, diciendo que hay menos enfermeras; luego diciendo “bueno, quizá no haya menos, es que van menos... con menos frecuencia”. Y cualquier día nos dirá que son las mismas, que aproximadamente van con la misma frecuencia y que le parece muy bien. Y en ese momento estaremos de acuerdo con la descripción de la realidad.

Por cierto, ahora tenemos a trescientos pacientes y asociaciones en esta misma... en esta misma sede hablando de la Estrategia de Crónica... de Crónicos. Cuando usted dice “cualquier día tendrán que venir cincuenta crónicos a contarnos, etcétera”, ahora hay... *[murmullos]* ... algo así como trescientos pacientes y... y miembros de asociaciones de pacientes crónicos comentando, repasando y haciéndonos propuestas de cómo desarrollar esta estrategia.

Y antes de entrar en el fondo de la cuestión, le recuerdo otra cosa –y yo siento tener que decirselo–. Dice usted: “No compare los datos de Castilla y León con los de Andalucía; compárese... comparémonos con Comunidades con número de habitantes similares –decía ahora esto, ¿no?–”. Pero es que yo le hablo de otra cosa: yo le hablo de tasa de enfermeras; es decir, de número de enfermeras por mil habitantes. Por lo tanto, esa es comparable en Andalucía, Madrid, Castilla-La Mancha, Cataluña.

Creo que alguna vez hemos hablado de esto: una tasa es una proporción entre un numerador y un denominador; en este caso, enfermeras en relación, se expresa, con mil habitantes. Es perfectamente comparable esa tasa de cualquier territorio. Y yo lo que le digo es que en el caso nuestro, en el caso de Castilla y León, estamos en una cifra de 3.192 enfermeras por encima de la tasa media nacional. Y le ponía como ejemplo que en Andalucía esa tasa supone que hay 5.340 enfermeras menos que la tasa media nacional. Por lo tanto, son comparables, y por eso yo las comparo.

Y se lo pongo como ejemplo, porque le repito que en enfermería de Atención Primaria Castilla y León es la Comunidad con mejor tasa y mejor ratio de todas las Comunidades Autónomas.

Y le recuerdo también otra cosa: no somos la Comunidad más dispersa, no. Porque usted siempre dice “claro, es que cómo no va a ser así”. Oiga, hay Comunidades con un grado de dispersión mayor que esta que tienen menor tasa de profesionales de Primaria. Por lo tanto, no lo atribuya usted solo a ese hecho, sino, en alguna medida, a algún esfuerzo que se está haciendo.

Por lo tanto, le reitero: se puede; si no se pudiera mejorar una organización, con independencia de que tenga más o menos recursos, seríamos meros administradores, meros administradores. Si tenemos... si tenemos más presupuesto, contratamos más personas; si no lo tenemos, no las contratamos. Pero las posibilidades que tiene la sanidad pública de incorporar mejoras organizativas que mejoren los resultados... desde luego, yo confío mucho en eso.

Le pongo un ejemplo reciente –y después seguro que en el pasillo usted me lo discute–: hemos creado unidades de... de diagnóstico rápido en todos los hospitales, y lo hemos hecho sin tener... sin incorporar recursos adicionales. ¿Por qué? Pues, porque los servicios de medicina interna están funcionando de una manera en la que se puede mejorar teniendo los mismos recursos. Así de sencillo.



¿Usted no cree que son posibles las mejoras organizativas? Supongo que sí. ¿Y que no siempre requieren recursos? Supongo que también. Pues apliquémonos... apliquémonos a... a esta cuestión.

Y transmite usted, finalmente, una idea demasiado catastrófica; yo le pido que no sea tan catastrofista. Me dice usted -y pone los ejemplos... son ejemplos fáciles de... plantearlo de esa manera-: la señora de no sé cuántos años y el marido de no sé cuántos, con un ictus, con una insuficiencia renal, etcétera... Y son casos que responden a la realidad, pero yo le puedo... estoy seguro, sin conocerlo, que ese caballero que tiene una insuficiencia renal está... está siendo atendido y siendo dializado, y... [murmullos] ... claro, pero es que usted dice que las familias cargan con el soporte total de su atención. Y yo le digo, oiga, matice esto... [murmullos] ... no, no, soporte total de su atención... [murmullos] ... y el señor con ictus es atendido en el hospital y después le visita su médico y su enfermera de Primaria. Claro, no me diga... [murmullos] ... no me diga que es que están abandonados y... y el soporte le hacen solo las familias. [Murmullos]. Oiga, que tenemos...

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Señora Martín Juárez es... es ya muy reitera... reiterativo lo que le digo, pero es que, si no, no vamos a acabar nunca de decírselo. [Murmullos]. No, pero usted no conteste. Son preguntas retóricas; se las preguntará a alguien, pero no a usted. [Murmullos]. Esto no es un diálogo, señora Martín Juárez, por favor. No es un diálogo. Usted lo sabe. Ha tenido su oportunidad, ha tenido diez minutos en la segunda y pretende seguir interviniendo. Si está haciendo preguntas, déjele que haga las preguntas que quiera, que está en su intervención. Le ruego, por favor, que no vuelva a intervenir.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

De manera resumida. El soporte... claro que hay un soporte familiar, afortunadamente. Y ese soporte familiar también le queremos mejorar en esta Estrategia de Pacientes Crónicos. Pero no dé usted la idea de que los pacientes con ictus o los dializados no están siendo atendidos adecuadamente en el sistema; lo están, incluso en el domicilio. Claro que sí. ¿Qué sentido tiene que tengamos 2.000 enfermeras en Primaria o 2.400 de Atención Primaria? Acercar eso y hacer... y hacerlo en el domicilio.

Y es que, además, usted está trasladando una idea equivocada de la situación. Oiga, le recuerdo que en Castilla y León tenemos el 35 % de los consultorios locales de España, y que ahí van nuestros médicos y nuestras enfermeras. Y que tenemos, fíjese, más de 1.200 consultorios en núcleos que tienen menos de cincuenta habitantes. Y usted sabe que nuestra normativa dice que hay que pasar consulta en núcleos por encima de cincuenta habitantes. Pues, tenemos 1.200 consultorios donde van nuestros médicos y nuestras enfermeras, y no tienen cincuenta habitantes. Y eso parece que se le olvida. Y usted, a partir de un ejemplo genérico, pretende descalificar todo ese funcionamiento, y está en un grave error.

En definitiva, que claro que se pueden mejorar las cosas, claro que se pueden organizar mejor las cosas y claro que se puede mejorar la atención a los crónicos en este momento, sin recursos adicionales, porque usted también sabe que cuando este... este Gobierno ha gestionado en momentos de bonanza y ha tomado decisiones ha puesto sistemáticamente recursos adicionales. Lo hará cuando corresponda,



pero este es el momento de hacer las mejoras organizativas en las que parece que usted no atisba... con esa pregunta de decir ¿cómo se puede mejorar sin un solo euro más? ¡Pues claro que se puede mejorar, y mucho!

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Gracias, señor Consejero. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, don Jesús María Aguilar Santamaría.

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Muy bien. Presidente. Simplemente reiterar que este Grupo considera que es necesario -como hemos manifestado-, pues una... una profunda reorientación del sistema de salud, con cambios funcionales que permitan la adecuación y optimización de los recursos y que mejoren la... la eficiencia del sistema. Que entendemos que debemos mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, a través de una atención integral de calidad, ajustada al nivel de las necesidades de cuidados, y en coordinación con los servicios sociales en todos los... en todo un entorno de... de sostenibilidad. Que debe haber tres premisas, que tienen que ser -entendemos- gestionar eficazmente la enfermedad crónica, gestionar eficazmente los recursos y generar una cultura de evaluación de los resultados y de la mejora continua.

Que para ello apoyamos, tal y como nos ha... ha comentado el Consejero, los... el cambio de roles que... que vamos a tener que... que afrontar, en el sentido de que el equipo de profesionales va a... sustituye al... al profesional de manera individual; que el objetivo es no tanto curar, sino cuidar, mantener, apoyar, mejorar la calidad de vida de paciente y familias; que tiene como eje la... la Atención Primaria, que recobra así su papel de agente del paciente; que las nuevas tecnologías están al servicio de los profesionales y de los pacientes; que los nuevos protagonistas van a adquirir una importancia en la atención que... los cuidadores de la... los cuidadores de familiares, las enfermeras como gestoras de los... de los cuidados; y que, no obstante, todos los profesionales deben adaptarse -y esto es importante, entendemos nosotros-, deben adaptarse a esta nueva relación con los nuevos... con los pacientes.

Que surgirán nuevos dispositivos asistenciales y nuevos proveedores; que la integración asistencial entre todos los servicios de salud y los servicios sociales serán una realidad tanto en los pacientes que se encuentren en su domicilio como en los que se encuentren en los dispositivos residenciales; y que, finalmente, la construcción de este modelo solo es posible y solo será posible con la participación de los profesionales y de los pacientes a través de acuerdos con las asociaciones de pacientes -tal y como nos comentaba el Consejero, en esta misma fecha tiene... tiene lugar una... una reunión, ¿no?, en las Cortes, con... con asociaciones de pacientes- y con las sociedades científicas, apoyando e impulsando iniciativas de los profesionales en el ámbito local.

Y entendemos, además, que, si tenemos muchas familias como la de... Su Señoría González, tenemos que darnos prisa, porque, con una media de 104 años, yo creo, señor Consejero, que tenemos que ponerlo rápido, ¿eh? Muchas gracias.

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

Muy bien. Terminado el turno de intervención, ¿algún Procurador desea intervenir? ¿Alguno más? Muy bien, pues, terminado el turno de Portavoces, se procede a la apertura de un turno para que el resto de Procuradores presentes que no hayan actuado como Portavoces de los Grupos puedan, escuetamente, formular preguntas o pedir aclaraciones sobre la información facilitada. Tiene la palabra el señor Muñoz.

EL SEÑOR MUÑOZ EXPÓSITO:

Gracias, señor Presidente. Sí, yo muy... muy escuetamente. El pasado miércoles el señor Consejero estuvo en Soria y habló sobre esto de... que hoy nos trae aquí. En concreto -puedo leer y leo-, preguntado sobre la Estrategia de Atención a Crónicos y Pluripatológicos, el Consejero dijo lo siguiente: "Partimos de que la organización es un poco antigua porque no responde bien a la cronicidad, y en Soria puede ser incluso más acusado porque está diseñado en procesos agudos de corta duración". Mi pregunta es si en referencia a esa... a esa antigüedad, si tiene algo que ver, o ya... o ya hemos empezado con la noticia que aparece al día siguiente en la prensa de que Soria aprovechará alrededor de cien camas articuladas del antiguo Hospital de Burgos. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Bien. Otra pregunta, señora Canto Benito.

LA SEÑORA BENITO BENÍTEZ DE LUGO:

Sí, Señoría. Aquí parece que los sorianos preguntamos todos. El motivo de que yo pregunte es, primero, porque en Soria... -hago este inciso, señor Presidente- en Soria ya se ha puesto en marcha la primera Unidad de Crónicos y Pluripatológicos en plan piloto, y está funcionando, sin ampliación de recursos, sino... sino simplemente con la reorganización de los mismos.

Tengo que decirle, señor Consejero, que, lo siento, yo le cambio de profesión; yo ya no digo que... o de especialidad; yo ya no creo que sea psiquiatra, sino que usted es anestesista, porque en esta Comisión hay Procuradores... [murmuros] ... que parece que no se han enterado de nada, de nada...

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Un... un segundo, un segundo, por favor...

LA SEÑORA BENITO BENÍTEZ DE LUGO:

... de forma natural...

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

... por favor. No, no, cambie...

LA SEÑORA BENITO BENÍTEZ DE LUGO:

... y formulo la pregunta, y formulo la pregunta.



EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

No, no, no, no, por favor. Es simplemente que estoy pidiendo un poco de tranquilidad a todo el mundo...

LA SEÑORA BENITO BENÍTEZ DE LUGO:

Sí.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

... porque ni la estamos escuchando ni...

LA SEÑORA BENITO BENÍTEZ DE LUGO:

Ah, bueno.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

¿Vale? Entonces, ahora, una vez que nos hemos calmado todos, formule la pregunta ya directamente, por favor.

LA SEÑORA BENITO BENÍTEZ DE LUGO:

Sí, vamos a ver. Usted ha hecho referencia a la presentación que el otro día tuvo lugar en el Delibes del... de este programa o de este proyecto de enfermos crónicos o pluripatológicos, en los cuales, efectivamente, asistimos más de alguno de los que estamos aquí y a los cuales ha hecho referencia el Procurador del Grupo... el representante del Grupo Mixto.

En la mesa estaban presentes tanto el internista de Salamanca, responsable de la UCAI, como un señor -y lo digo-, un alto representante de la sanidad española, concretamente el señor Bengoa... -y usted ha hecho referencia a él- Bengoa Rentería, que fue ex-Consejero de la Consejería de Sanidad del País Vasco con el señor Patxi López. Y quiero preguntarle: en relación con su... la exposición que ese señor hizo, que sabemos que hoy por hoy es el asesor de... en Estado Unidos, del señor Obama, del Presidente Obama, ¿qué relación tiene con este proyecto que nosotros queremos implantar en nuestra Comunidad Autónoma? Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Me parece que no había más preguntas, ¿no? Bien, puede... *[Murmullos]*. Bueno, necesitamos algunos un margen para explicarnos. Para contestar a las... a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el... el señor Consejero de Sanidad, don Antonio María Sáez.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Muchas gracias, señor Presidente. Yo, el otro día, cuando estuve, efectivamente, en... en el Hospital de Soria hablando con los profesionales de este tema, debatimos de muchas cosas y fue una reunión muy... efectivamente, muy productiva.



Usted plantea algún... un problema... una cuestión muy concreta, como es la renovación de alguna de las camas en el Complejo Asistencial de Soria, que, efectivamente, se ha producido y... y que ha mejorado las cosas, ¿eh? Disponíamos de algunas... de algunas camas no articuladas o... o articuladas antiguas, se han mejorado, y, por lo tanto, solo le puedo decir que han mejorado las cosas desde ese punto de vista, de esa dotación.

Que, además, es un hospital en el que ya se están tomando algunas iniciativas para la mejor atención a los pacientes crónicos, y... y la unidad que se ha hecho referencia ahora, pues es una prueba de ello. Que, además, es un área de salud donde se ha tomado ya la decisión, y está funcionando como tal, de hacer una gerencia de salud... de asistencia sanitaria integrada, y ahora se supervisa todo el proceso asistencial, no el de Primaria y el de Hospitalaria en su conjunto. Y que, por lo tanto, que las cosas están funcionando bien, especialmente en una... en un área de salud con población, pues envejecida de manera acusada y con un grado de dispersión importante.

Y... y, bueno, si usted estuvo en la... en la jornada de presentación, pues supongo que se podrá constatar que los planteamientos que hacía el señor Bengoa están en la misma línea de trabajo que los que estamos planteando en esta estrategia. Yo antes le decía al señor González, cuando decía que esta estrategia está ilustrada o... o determinada o... -no recuerdo exactamente cómo lo decía- por la señora Mato, pues que hemos utilizado muchas fuentes, y, desde luego, una de las fuentes más autorizadas de la sanidad pública española es el señor Rafael Bengoa por su experiencia en la Organización Mundial de la Salud, por los proyectos que ha impulsado en el... en la Comunidad Autónoma del País Vasco, y, claro, ¿cómo no lo vamos a utilizar? Pero recordará usted que las líneas estratégicas y gran parte de las medidas concretas que él planteaba, que él ha planteado para el País Vasco y que planteaba en esta jornada, pues están... coinciden en lo fundamental y en muchas cosas concretas con las iniciativas que estamos tomando en... en esta estrategia.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Muchas gracias. Antes de terminar, sí que me gustaría decir una cosa desde esta Presidencia: agradecer la... la presencia del Consejero con tanta reiteración. Y permitidme que diga que... Consejero, que muchísimas gracias, porque creo que no ha habido tantas comparecencias creo que en estos dos años, o... o ha habido bastantes más que incluso en la anterior legislatura, en toda, a petición de los Grupos a responder a las cuestiones que se plantean, incluso las cuestiones que ha planteado el Grupo Mixto. Por lo tanto, para nosotros es una satisfacción; y para mí, en lo personal, como Presidente de esta Comisión, es un orgullo contar con un Consejero como usted. Muchas gracias.

Se levanta la sesión.

[Se levanta la sesión a las doce horas cincuenta y cinco minutos].