



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DON PEDRO MUÑOZ FERNÁNDEZ

Sesión celebrada el día 22 de marzo de 2013, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Pregunta con respuesta Oral ante Comisión, POC/000641, formulada a la Junta de Castilla y León por las Procuradoras D.^a María Mercedes Martín Juárez y D.^a María Ángela Marqués Sánchez, relativa a funciones de los coordinadores en atención geriátrica, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 191, de 13 de febrero de 2013.
2. Pregunta con respuesta Oral ante Comisión, POC/000642, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores D.^a María Mercedes Martín Juárez y D. Francisco Javier Muñoz Expósito, relativa a equipos de valoración y cuidados geriátricos, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 191, de 13 de febrero de 2013.
3. Pregunta con respuesta Oral ante Comisión, POC/000703, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores D. Fernando María Rodero García y D.^a María Mercedes Martín Juárez, relativa a utilización de los servicios de salud fuera de Castilla y León, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 195, de 22 de febrero de 2013.

SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos.	8854
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, abre la sesión.	8854
Intervención de la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista) para comunicar sustituciones.	8854

Páginas**Primer y segundo puntos del Orden del Día. POC/000641 y POC/000642**

La Secretaria, Sra. Martín Cabria, da lectura al primer punto del Orden del Día. 8854

El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, comunica que, por decisión de los Grupos Parlamentarios, se unifican los dos primeros puntos del Orden del Día. 8854

La Secretaria, Sra. Martín Cabria, da lectura al segundo punto del Orden del Día. 8854

Intervención de la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista) para formular sus preguntas a la Junta de Castilla y León. 8855

Contestación, en nombre de la Junta, del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud. 8857

En turno de réplica, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista). 8861

En turno de dúplica, interviene el Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud. 8864

Tercer punto del Orden del Día. POC/000703.

La Secretaria, Sra. Martín Cabria, da lectura al tercer punto del Orden del Día. 8865

Intervención del Procurador Sr. Rodero García (Grupo Socialista) para formular su pregunta a la Junta de Castilla y León. 8866

Contestación, en nombre de la Junta, del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud. 8869

En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. Rodero García (Grupo Socialista). 8873

En turno de dúplica, interviene el Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud. 8874

El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, levanta la sesión. 8876

Se levanta la sesión a las doce horas diez minutos. 8876



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

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Buenos días. Señorías, se abre la sesión. Por favor, ¿los Grupos Parlamentarios quieren comunicar alguna sustitución? ¿Por el Grupo Socialista?

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Sí. Gracias, señor Presidente. Buenos días. Doña Esther Pérez sustituye a don Javier Muñoz Expósito. Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

¿Por el Grupo Popular? *[Murmillos]*. Muy bien. Pues... Sí, no hay... no hay sustituciones por parte del Grupo Popular. Bien, muchas gracias.

Damos la bienvenida a Eduardo García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, para contestar a las preguntas que quiera formular la Comisión. Muchísimas gracias por su presencia. Y, sin más, damos paso a la primera pregunta del Orden del Día. Por la señora Secretaria se dará lectura del primer punto.

POC/000641

LA SECRETARIA (SEÑORA MARTÍN CABRIA):

Gracias, Presidente. Buenos días a todos. Primer punto del Orden del Día: **“Pregunta con respuesta Oral ante Comisión 641, formulada a la Junta de Castilla y León por las Procuradoras doña María Mercedes Martín Juárez y doña María Ángela Marqués Sánchez, relativa a funciones de los coordinadores de atención geriátrica, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León 191, de trece de febrero del dos mil trece”**.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Disculpa, ha habido un problema por la Presidencia. Es que hemos unido... hemos decidido, por... por decisión de los Grupos, unir los dos primeros puntos. Entonces, le ruego dé lectura también al segundo punto del Orden del Día, y se unifican en la primera pregunta. Muchas gracias.

POC/000642

LA SECRETARIA (SEÑORA MARTÍN CABRIA):

Bien. Segundo punto del Orden del Día, que se une al primero: **“Pregunta con respuesta Oral ante Comisión 642, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores doña María Mercedes Martín Juárez y don Francisco Javier Muñoz Expósito, relativa a equipos de valoración y cuidados geriátricos, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León 191, de trece de febrero del dos mil trece”**.

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

Muy bien. Ahora sí. Muchísimas gracias. Para la formulación de la pregunta, tiene la palabra doña Mercedes Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Sí. Gracias, señor Presidente. Buenos días a todos. Le doy la bienvenida al Director General en nombre de nuestro Grupo. Y paso a contextualizar las dos preguntas del Orden del Día.

Hace aproximadamente un año y medio, en esta misma Comisión, formulamos también una pregunta de atención integral de cuidados geriátricos para respuesta por parte de la Junta de Castilla y León. Tanto en aquel momento como en este, empezamos valorando que las características demográficas de Castilla y León, con la población envejecida, que supera prácticamente el 23 %, es un dato que conocemos todos, de la misma forma que las patologías asociadas al proceso de envejecimiento, pues no vamos a dudar que son prácticamente una constante en este tramo de edad.

Ya digo que en aquel momento, y a lo largo de anteriores legislaturas, hemos debatido en numerosas ocasiones cómo está planificada la situación de la atención geriátrica en Castilla y León. En esas iniciativas y en otras hemos analizado las carencias; nuestro Grupo hemos hecho propuestas, casi siempre corren la misma suerte; quiero decir que la mayoría de las veces se rechazan; hemos intentado transmitir lo que es nuestro análisis de la realidad de la atención a este importantísimo grupo de población.

Y, en muchas ocasiones, la Junta de Castilla y León lo ha justificado con muchas declaraciones, planes y estrategias, que vamos a ver hoy, pero, a nuestro juicio –si nos permite, señor Director General–, para nosotros, muchas veces, la mayoría de ellos solo existen sobre el papel. Como en otras áreas y en otras disciplinas, es verdad que la Junta de Castilla y León pone sobre la mesa planes y estrategias que, metodológicamente, están muy bien, pero que luego hay que convertirlo en hechos concretos.

La mayoría de estos planes y estas estrategias no suelen estar financiados, y mucho menos la buena práctica que sería acostumbrarse a evaluar anualmente cada uno de estos planes y dar esa información en las Cortes de Castilla y León. Me refiero, por ejemplo, a ese Plan de Atención Sanitaria Geriátrica 2005-2007, el Plan de Atención Integral Geriátrica, que integral, pues... pues tiene un... una interpretación muy profunda; es decir, integral significa, a nuestro juicio, que debe hacerse un abordaje muy completo de la atención a los ancianos. Y en esos planes integrales, la valoración geriátrica, que es lo que se debatió en esa Comisión, se entendía pues como procesos multidimensionales diseñados para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que presentan los ancianos, con el objetivo de desarrollar pues ese plan de tratamiento y seguimiento de los problemas y la óptima utilización de los recursos para afrontarlos. Esta planificación, a nuestro juicio, no... no la vemos, entendemos... –perdón– que no existe en Castilla y León.

Y la realidad, pues no... no se asemeja. El papel y las declaraciones es verdad que aguantan pues todo lo que queramos, pero, en materia de atención geriátrica, la atención nosotros entendemos que es claramente mejorable, por no decir, bueno, que, después de tantos años, no se ha conseguido... –perdón– no se ha conseguido



los objetivos que se proponían. Nosotros entendemos... perdón, que se está faltando, de alguna forma, a la verdad en un tema de atención que, a nuestro juicio, es muy serio. Y consta -como le digo- en numerosas actas de los Diarios de Sesiones, en esta sede parlamentaria, la supuesta existencia de equipos de valoración de cuidados geriátricos, como en esta Comisión, que así se afirmaba por el Director General -repito- la existencia de equipos de valoración de cuidados geriátricos en todos los hospitales de la Comunidad.

Nosotros, claramente, pues no podemos creerlo, porque ahora mismo te diriges a cualquier hospital de la Comunidad, y ni físicamente ni en el organigrama puedes localizar lo que es un equipo de valoración de cuidados geriátricos. Sí puedes encontrar el equipo de medicina interna y puedes encontrar el equipo de traumatología y la unidad de traumatología y la unidad de digestivo, pero yo no he sido capaz de encontrar ni la ubicación física del equipo de valoración de cuidados geriátricos. Por lo tanto, es verdad que hay alrededor... no sé exactamente si 20 o 22 geriatras en toda la Comunidad para alrededor de 600.000 personas mayores de 65 años con pluripatologías, con muchos problemas. Y los geriatras, que, prácticamente, con la consulta externa, pues funcionan luego a nivel de hospitalización como consultores para las interconsultas que les llegan desde otros servicios clínicos del hospital.

Por lo tanto, no sé, a ver si usted hoy es capaz de explicarnos, para que visualicemos dónde están los equipos de valoración de cuidados geriátricos. Porque, claro, no es que exista un geriatra; un equipo de valoración, nosotros entendemos que tiene que tener geriatra, enfermera, trabajador social, un trabajador... un psicólogo, es decir, lo que es un equipo multidisciplinar, porque, si no, no se le puede llamar a eso un equipo. Y estos equipos serían una herramienta fundamental de diagnóstico global en el que se basara la clínica geriátrica en todos los niveles de atención, que, por otro lado, está aceptada universalmente como de gran utilidad. Pero, para ser útil, debe establecerse un plan de seguimiento evolutivo que constate y demuestre la eficacia y los beneficios de los tratamientos instaurados, y así como demostrar... demuestran todos los estudios que se derivarían incuestionables ventajas respecto a la disminución de la morbimortalidad, de la institucionalización y de las hospitalizaciones de las personas mayores, si realmente se trabajara con esta metodología, porque hay pues mayor precisión de los diagnósticos, o habría una mejora del estado funcional, habría una utilización correcta de los recursos, habría, incluso, menos gastos farmacéuticos; es decir, pues prácticamente todo lo contrario de lo que se está haciendo en este... en este caso en Castilla y León.

Pero, para ir concluyendo, yo le ruego que nos diga cuál es la composición de los equipos de valoración de cuidados geriátricos en cada uno de los catorce hospitales de la Comunidad, cuántos geriatras tienen cada uno, si es uno, es dos o es ninguno; si tienen una enfermera, o dos, o ninguna; si tienen un trabajador social o ninguno; si tiene un psicólogo o ninguno. A ver si podemos ubicarnos y están... y se les localiza y puedes contactar con ese equipo a través de una consulta externa, con un horario determinado, de lunes a viernes, de ocho a tres, o de diez a diecisiete; cómo se ha publicitado esta labor y funcionamiento de estos equipos para conocimiento del resto de los profesionales y, sobre todo, de la propia población; cómo es la coordinación con el resto de servicios médicos y de enfermería del hospital; cuándo se han ido poniendo en funcionamiento en cada uno de los hospitales; cómo y cuál es la planificación y los objetivos de estos equipos; qué actividades hacen; y, muy impor-



tante, qué recomendaciones y conclusiones emiten a esa tan buscada coordinación con la Atención Primaria, por ejemplo, desde el hospital, cuando un enfermo... una persona mayor con pluripatologías está ingresada, se va a ir ya a su medio habitual, a su domicilio, al medio rural, y si se emiten pues informes de atención, recomendaciones de cuidados geriátricos, al alta, para que el equipo de Atención Primaria pues pueda seguir con esa planificación de atención y, por lo tanto, de mejores resultados, porque esto tendría pues un impacto positivo, sin ninguna duda, para el funcionamiento tanto de la Atención Especializada como de la Atención Primaria.

Y ya en la misma línea, y para... y para concluir, en la Atención Primaria, en esa misma Comisión, el Director General nos decía que existía, asimismo, la figura del Coordinador de Atención Geriátrica en cada uno de los 246 equipos de Atención Primaria de Castilla y León, que entendemos que, si realmente funcionara como se plantea en el plan estos equipos de valoración de cuidados geriátricos, sus recomendaciones, después -por ejemplo- de una hospitalización, para el resto del equipo de Atención Primaria, se vehicula... se tendría que vehiculizar a través de estos coordinadores de atención geriátrica.

Yo le digo la verdad, en mi propio centro de salud -y en otros- llamo para que me pongan en contacto con el Coordinador de Atención Geriátrica y creen que soy alguien que se ha trastornado o que es una llamada que está gastando una broma.

Por lo tanto, yo le agradecería muchísimo a ver si hoy, en época de Semana Santa, que no sea esto una cuestión de fe, sino de pura constatación, y además pudiéramos desde mi Grupo conocer y felicitar, si existieran o existiesen sendos equipos en los hospitales, así como los coordinadores en la Atención Primaria. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señora Martín Juárez. Para contestación, por parte de la Junta, tiene la palabra don Eduardo García Prieto. Y quiero aclarar aquí, señora Martín Juárez, que no... bueno, es una... con la finalidad de que se tome nota debidamente, no es Director General... [murmullos] ... es Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud. Vale. Sí, no... no pasa nada, era simplemente... [murmullos] ... sí, un tema aclaratorio. Vale, pues muy bien.

Pues para contestación por parte de la Junta, tiene la palabra don Eduardo García Prieto. Muchas gracias.

EL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARCÍA PRIETO):

Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, buenos días. Lo primero de todo, desearle que se restablezca pronto, porque la veo que está un poquito acatarrada, y me dicen que además lleva unos cuantos días, o sea que espero que tenga un pronto restablecimiento.

Una vez más, tengo el honor y la satisfacción de comparecer ante esta Comisión para dar respuesta a las cuestiones planteadas por los Procuradores del Grupo Socialista sobre estas dos actuaciones que fueron incluidas en el I Plan de Atención Sanitaria Geriátrica 2005-2007.



Como ha expuesto el señor Presidente, aunque el Orden del Día recoge como dos puntos distintos ambas actuaciones, pues dada la homogeneidad de la información en algunos aspectos, y en aras a simplificar y sistematizar su contenido, evitando en lo posible la ineludible reiteración, voy a proporcionar a Sus Señorías la información de una forma conjunta, igual que se ha realizado la pregunta de una manera conjunta.

El I Plan de Atención Sanitaria Geriátrica, como Sus Señorías sobradamente conocen, constituyó uno de los grandes proyectos de la sexta legislatura y una prioridad para la Junta de Castilla y León, y ha sido objeto de actividad parlamentaria en numerosas ocasiones. Son numerosas las veces que hemos comparecido ante esta Comisión para dar explicaciones sobre el seguimiento de la misma.

Este plan nace porque las personas mayores –como ha indicado Su Señoría–, sin duda alguna, un grupo de población especial, de especial relevancia en nuestra Comunidad Autónoma, tanto por su tendencia demográfica al crecimiento como por ser uno de los grupos poblacionales que más necesita de la intervención del sistema sanitario.

Fue aprobado el plan por Acuerdo 163/2004, de veintitrés de diciembre, de la Junta de Castilla y León, y perseguía el objetivo de garantizar una atención sanitaria de calidad dirigida a las personas mayores desde los diferentes niveles asistenciales, mejorando la accesibilidad y la eficiencia en la prestación de servicios.

Para ello, se establecieron prioridades de acción en cinco áreas –que permítanme Sus Señorías que recuerde–, que eran: potenciación y desarrollo de los servicios de atención a la dependencia en personas mayores desde Atención Primaria, desarrollo de un programa de atención gerontopsiquiátrica, impulso de la coordinación en atención a personas mayores, mejora de la atención sanitaria en los centros de personas mayores, y promoción y desarrollo de actividades formativas en el campo de la atención a las personas mayores.

Y es en el punto tres, de impulso de la coordinación de Atención Primaria a las personas mayores, donde se incluyeron las dos medidas objeto de sus preguntas: la puesta en marcha del Coordinador de Atención Geriátrica del equipo de Atención Primaria y el impulso de equipos de valoración y cuidados geriátricos.

En este área, se pretendía garantizar la coordinación intra e interinstitucional en el abordaje de los problemas de salud del anciano, mediante la creación o el impulso de dos figuras desde diferentes ámbitos, que deben actuar de forma coordinada: desde Atención Primaria, el coordinador o responsable de programa de atención geriátrica del equipo de Atención Primaria; y desde Atención Especializada, los equipos de valoración y cuidados geriátricos.

Las funciones o actividades de los coordinadores de atención geriátrica aparecen definidas en el propio plan, y son: impulsar y seguir y evaluar los servicios en relación con la dependencia incluidos en cartera; garantizar la integración funcional de los servicios sanitarios y sociales en su ámbito de actuación; y definir, impulsar y garantizar el funcionamiento de los procesos de coordinación y continuidad de cuidados entre niveles asistenciales en relación con las personas mayores o dependientes.



En Atención Primaria, en el año dos mil cinco, se designó un Coordinador de Atención Geriátrica en cada uno de los equipos de Atención Primaria de Castilla y León, como ya se... como ya comentó el Director General de Asistencia Sanitaria en la Comisión de Sanidad del día cuatro de octubre de dos mil once. Generalmente, son médicos de familia. Comparten esta responsabilidad con otros programas asistenciales y organizativos, y su designación se realiza de forma descentralizada, dentro de los criterios organizativos que tiene el propio equipo de Atención Primaria. No se trata, por lo tanto, de una designación de un cargo o de un puesto, sino simplemente de una organización funcional dentro del propio equipo de Atención Primaria.

Hay que destacar que los coordinadores de atención geriátrica han venido desarrollando un importante papel desde el inicio del plan, impulsando las... las actividades de prevención y tratamiento de las personas mayores a través de todos los servicios incluidos en la cartera de Atención Primaria que están relacionadas con este grupo de personas, como son la prevención y detección de problemas del anciano, la atención domiciliaria al paciente inmovilizado, la atención al enfermo terminal, la atención al cuidador familiar, la vacunación antigripal y antineumocócica en mayores de 65 años, la atención a pacientes crónicos, o los tratamientos fisioterapéuticos básicos o la salud bucodental, entre otros.

Asimismo, estos coordinadores se han implicado en todas las actuaciones de coordinación sociosanitaria y en la implantación de la gestión compartida de procesos asistenciales, como la fractura de cadera y los accidentes cerebrovasculares.

En lo que se refiere a los equipos de evaluación de cuidados geriátricos, el plan preveía las siguientes actividades: detectar situaciones de riesgo social durante el ingreso hospitalario; utilizar correctamente los recursos y niveles asistenciales de los servicios sanitarios, asesorando a los equipos de Atención Primaria y Atención Especializada sobre los mismos, en función del momento evolutivo de la historia natural de la enfermedad; realizar una valoración multiaxial mediante un plan individualizado de intervención en el hospital, garantizando la continuidad de cuidados a través de Atención Primaria y Servicios Sociales; realizar un análisis periódico de la atención a pacientes con demencia del área sanitaria a su cargo; y atención a las interconsultas procedentes de Atención Primaria.

Estos equipos se fueron constituyendo en todas las áreas de salud a lo largo de la vigencia del plan, y son de carácter multidisciplinar, como... como reclamaba Su Señoría. Su núcleo fundamental está constituido por geriatras, enfermeras y trabajadores sociales. Se trata de estructuras funcionales, no orgánicas, que en algunos casos cuentan con personal propio asignado, y, en otros -como es el caso de centros de menor tamaño-, comparten los recursos generales del hospital.

Estos equipos de valoración y cuidados geriátricos interaccionan y responden a las demandas de diferentes servicios del hospital y de los centros de Atención Primaria. Su función principal ha sido la valoración geriátrica integral; valoración de la atención a los pacientes mayores ingresados con procesos complejos desde el punto de vista funcional y social de forma protocolizada, y también a demanda de los servicios médicos o quirúrgicos de los hospitales; detección precoz de situaciones de riesgo social importante en las personas mayores ingresadas; control y seguimiento clínico, con valoración geriátrica de los pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera, fracturas vertebrales y luxaciones de prótesis de cadera, dirigidos a conseguir una recuperación más rápida y completa; interconsultas para la gestión de las altas de casos complejos; y coordinación para lograr la continuidad de cuidados, tanto sanitarios como sociales, en estos casos.



Para realizar el seguimiento y la evaluación de las medidas comentadas, se han incluido diversos objetivos e indicadores en los planes anuales de gestión, que han permitido integrar y consolidar dentro de la actividad normal de los centros sanitarios la actuación derivada del I Plan de Atención Sanitaria Geriátrica.

El III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012 se preveía el desarrollo de un nuevo plan integral de atención sanitaria geriátrica. Este objetivo, en el marco de las líneas estratégicas de la Gerencia Regional de Salud para 2011-2015, se ha integrado en una de las grandes líneas planteadas: la Estrategia de Atención al Paciente Crónico, que fue aprobada el pasado mes de enero, como Sus Señorías conocen, y en el que se producen importantes avances, que, entre otros aspectos, van dirigidos a conseguir una atención integral e integrada de las personas con enfermedades crónicas, reorganizando los modelos de atención, trasladando un peso muy importante a la coordinación sanitaria y contemplando la necesidad de implicar a pacientes y familiares en el control de la enfermedad.

Destacan las actuaciones de promoción de la salud y las de prevención de la enfermedad, y de reagudizaciones y complicaciones, como uno de los mecanismos de mejora de calidad de la vida de toda la población.

Por tanto, en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico se amplía el foco de población a la que se dirigía el Plan de Atención Sanitaria Geriátrica y se toman como referencia diferentes elementos del Plan de Atención Sanitaria Geriátrica, ya que pretende asegurar niveles de atención a la calidad a las personas mayores con enfermedades crónicas, adaptación a sus necesidades y una visión que contemple de forma más amplia las opciones de coordinación sociosanitaria y la utilización de los dispositivos más adecuados para el proceso clínico que padezca cada paciente y las posibilidades de atención en función de su entorno.

Finalmente, como conclusión, quiero destacar que la labor de los coordinadores de atención geriátrica ha contribuido decisivamente en la mejora de las coberturas de los programas del anciano incluidos en la cartera de Atención Primaria y de la coordinación sociosanitaria.

En lo que respecta a los equipos de valoración y cuidados geriátricos, han logrado, sin lugar a dudas, mejorar la valoración integral de los pacientes geriátricos complejos y la utilización de los recursos. En ambos casos, su contribución más importante ha sido garantizar la continuidad de cuidados y la calidad asistencial de la atención a mayores.

Termino, Señorías. La Consejería de Sanidad continúa trabajando en la mejora de la atención sanitaria a los castellanos y leoneses, y de forma especial para las personas mayores, mediante la articulación de medidas de prevención y tratamiento adecuados, así como facilitando los recursos necesarios para el paciente y la coordinación de los mismos. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Muchísimas gracias. Para un turno de réplica, tiene la palabra doña Mercedes Martín Juárez.

**LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:**

Sí. Gracias, señor Presidente. Y gracias, señor Gerente, por sus deseos de recuperación. Y le pido disculpas; es que estaba poniéndole cara y situada en que era el Gerente, y no sé por qué le estaba llamando señor Director General. Ha sido un lapsus, seguramente al remitirme que era el señor Director General de Asistencia Sanitaria al que hacía referencia en aquella sesión de debate.

Yo estoy convencida que... que usted no es que trate de faltar a la verdad deliberadamente, es que seguramente creerá que lo que nos cuenta es así. Pero, de verdad, y... y en un tono absolutamente coloquial y respetuosamente quiero decirse-lo, pero... pero es que parece el cuento de *Antoñita la fantástica* lo que... lo que nos ha contado, señor Gerente; se lo digo... se lo tengo que decir de verdad.

Usted vuelve a hacer referencia al Plan de Atención Geriátrica 2005-2007 como un gran proyecto de la sexta legislatura, y yo no tengo nada que decir de los grandes proyectos; los grandes proyectos como declaraciones de intenciones, que a nivel metodológico, y a nivel de contenido, y a nivel científico pueden ser documentos extraordinarios. Por otro lado, está todo inventado; no... no tenemos que inventar nada nuevo; es decir, que todos podemos recurrir a la amplísima bibliografía que hay respecto a la atención integral geriátrica, y hay para dar y tomar.

Yo, en aquella Comisión, y hoy, tengo que volver a hacerlo... en los años 70 era modélico el Hospital Central de la Cruz Roja en atención de cuidados geriátricos, de hospital de día, de consultas externas, de unidades de hospitalización; y esos eran equipos... yo, por la información y el conocimiento que tengo, equipos de geriatras, de enfermeras que trabajaban exclusivamente en geriatría, de trabajadores sociales... O sea, que está inventado.

Por lo tanto, no estamos discutiendo ni el contenido, ni los objetivos, ni el método, ni todo lo que configuraba el Plan de Atención Geriátrica. Sí estamos discutiendo que, de todo lo que se dice ahí, luego no se pone en marcha y no se hace. Eso... eso es lo que decimos.

Porque, mire, me responde -y por empezar un poco por lo más... por lo más sencillo- que en el año dos mil cinco se designaron a los coordinadores de atención geriátrica en los equipos de Atención Primaria, que son médicos de familia -me parece muy bien-, y que esto ha dado un impulso importantísimo. De verdad, pues revísenlo; o sea, revísenlo, porque es que yo pregunto en mi centro de salud que quién es el coordinador de atención geriátrica y me miran como si me hubiera trastornado; se lo digo de verdad. Y eso, para mí, que trabajo en el equipo; pues imagínese usted, cuando usted está argumentando que esto mejoraría la atención funcional, que sería capaz de detectar problemas en los ancianos, que sería capaz de detectar los problemas sociales, los problemas de pacientes crónicos, la atención a los cuidadores familiares, la coordinación sociosanitaria... sí, sí, toda la literatura, toda la literatura, que es impecable; pero si yo, como miembro de un equipo de Atención Primaria, no soy capaz de identificar quién coordina la atención integral geriátrica, imagínese una pareja de ancianos que viven solos y tienen problemas funcionales, problemas sociales, problemas de cronicidad y los múltiples problemas que caracterizan a los ancianos. Es que si esto, de verdad, fuera así... que ya lo... ya lo sé que no tendría que ser un puesto jerárquico, pero, si es funcional, pues tendría que estar identificado, como está identificado el coordinador médico del equipo y la coordinadora de



Enfermería. Y todos sabemos que, si tenemos un problema a nivel de enfermería, te remites a la coordinadora de enfermería, y si hay un problema de equipo, te remites al coordinador médico del centro, que eso lo tenemos todos identificados. Pues, si realmente no es una utopía fantástica del siglo XXIII esto que nos está contando usted, pues... pues tendríamos que identificarlo igual.

Es decir, yo no tengo ningún problema en ningún equipo de Atención Primaria para decir: ¿cuál es la pediatra de área y cuántos días viene a pasar consulta? Me lo dicen, y está allí explicitado. Bueno, pues... pues no, y se lo aseguro; es que me he molestado en llamar a unos cuantos, y cuando digo... Claro, ya no me identifico, para que no piensen que tengo una enajenación transitoria; porque dicen: "Esta le ha dado por llamar a los equipos de Atención Primaria para preguntar cosas rarísimas", y entonces me desacreditaría muchísimo mi equilibrio mental. Por eso, pues ya, como una llamada anónima; digo: "A ver, el coordinador de Atención Primaria de la atención integral geriátrica". Y dicen: "Vaya, esta, ¿qué habrá tomado?". Entonces, claro, yo se lo tengo que decir así, sencillamente.

Y respecto al hospital, a los equipos de valoración de cuidados geriátricos, señor Gerente, le tengo que decir lo mismo. Mire, no sé si tengo la buena o la mala costumbre -por no perder mis referencias con el hospital de área de Ávila, al que tengo gran cariño y donde he estado muchos años-, cuando tengo conocidos, y... y dado que es el 24... casi el 24 % de la población ingresados, yo me... me paso por el hospital. Da igual que sea un enfermo que ha tenido un ictus, da igual... que, además, me ha llamado la atención, porque dice usted "para valorar a todos los enfermos mayores ingresados por fracturas de cadera, por otro lado, muy frecuente, para ver qué cuidados a nivel sanitario necesitarían, sociales...", etcétera, etcétera. Yo le puedo garantizar: un anciano -uno de mis enfermos y de mis conocidos- que se fracture una cadera, por descontado, va a ir al hospital; si hay camas, le van a ingresar en la unidad de traumatología, le van a poner su implante y va a estar allí atendido pues por... por el servicio de traumatología y por el personal de enfermería de la unidad de traumatología. Tendría que hundirse medio mundo para que pasara por allí un trabajador social para ver qué problemas va a tener ese anciano cuando vuelva a su entorno habitual, si tiene problemas múltiples, entre ellos, de soledad y de falta de autonomía para cuidarse él mismo y, seguramente, el cónyuge, que tendrá los mismos años que él, y todos los peligros de pegarse un resbalón y romperse también otra cadera.

Por lo tanto, de eso no se ocupa nadie. Pero le digo un caso, también muy frecuente y con un... con unos niveles de alteraciones funcionales importantísimas, como pueden ser los ictus. O sea, yo le garantizo: un enfermo de 85 años, el cónyuge otros 85, un ictus, mes y medio en el hospital, y, por supuesto, se le está cuidando como corresponde; pero no le ha... le ven los internistas y el personal de enfermería de las unidades de medicina interna, pero no ha pasado por allí ni un solo miembro de estos equipos de valoración de cuidados geriátricos; ni uno, se lo digo de verdad, ni uno. Y podría pasar el geriatra como consultor, y decir: todas estas recomendaciones... porque es que no hace falta que yo le convenza a usted de las bondades de la geriatría, todo lo que... lo que repercutiría beneficiosamente en los ancianos y beneficiosamente en el propio sistema como racionalizador de los recursos. Pero, vamos, en una patología como esta, que pase, en mes y medio, en mes y medio, un geriatra



por allí... hombre, no tendría que ser excepcional –en mes y medio hay tiempo–, y, si esos equipos de valoración de cuidados geriátricos, aunque no estén situados en la primera planta derecha, al entrar, y formen parte del... del directorio del hospital, para que todo el mundo lo identifique, sí, durante todo ese periodo de tiempo, podrían pasar por allí algún miembro de esos equipos para todo lo que le he dicho antes: para las recomendaciones de cuidados al alta.

¿Qué decir del cuidado, de la atención a los cuidadores familiares? ¿Sabe cómo...? Supongo que lo sabe; si no, se lo cuento. ¿Qué pasa con estos enfermos de un ictus, después de mes y medio, cuando se van a su casa? Pues que “a quien Dios se la dé, San Pedro se la bendiga”; se van con el único soporte de su familia, si es que la tienen, señor Gerente; y esto es así.

Por eso, pues yo ya... mire, para concluir: o sea, no existe; no existen ni los equipos de valoración de cuidados geriátricos ni los coordinadores en los 246 equipos de Atención Primaria. Y no sé si procederá o no, pero es que vamos a pedir la identificación para poder felicitarles por su trabajo. Y... y nos tendrá que decir usted: fulanito de tal (nombres, los dos apellidos y el DNI), pero así, de los 14 hospitales y de los 246 equipos de Atención Primaria. Yo, de verdad, estoy convencida que ustedes tienen muy buena intención, y estoy convencida que desde el dos mil cinco hasta ahora –que han pasado unos cuantos años–, en esa sexta legislatura, ustedes estaban cargados de buenas intenciones en ese plan; y ese plan, científicamente, no hay nada que objetarle; hay que objetar todo a lo que ustedes dicen y luego no hacen.

Y yo, por último, y para finalizar, le rogaría, señor Gerente, que es que el método es el adecuado, los planteamientos son los adecuados, las intenciones son extraordinarias, pero sitúense en la realidad, sitúense en la realidad. No vale con que aquí nos digan lo que debería ser –es verdad–; párense, vaya usted, venga usted un día conmigo a los centros de salud preguntando por el coordinador, y a ver si se ocupa de todo esto.

Y luego, ¿qué me...? Claro, me pone usted que eso requiere otra sesión monográfica –la Estrategia de Pacientes Crónicos, sí, sí, suficientemente publicitada–. Pero ¿de verdad se ha parado usted a pensar ahora –y habrá que entender el contexto actual–? La reestructuración de Atención Primaria, que, traducida al castellano antiguo y al moderno, es recortes. La reestructuración de los recursos humanos, que, traducida, son más recortes. Dígame qué atención, en la Estrategia de Pacientes Crónicos, a través de los médicos y las enfermeras de Atención Primaria, cuando antes estaban en un pueblo cinco días, dos horas y media en cada pueblo; ahora tres, una hora, y se utilizan muchos más tiempos de desplazamiento, más kilometraje, mientras en los domicilios y en el entorno de los... de las personas crónicas están menos días, menos horas, menos frecuencia y menos capacidad asistencial. Pero, como no nos pueda convencer ahora, en la segunda intervención, tendremos que preguntar por escrito que nos den la identificación exacta de cada uno de los 14 hospitales y de los 246 centros de salud. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Gracias, señora Martín Juárez. Para un turno de duplica, tiene la palabra don Eduardo García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.



EL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARCÍA PRIETO):

Muchas gracias, señor Presidente. Intentaré contestar a las preguntas. Yo creo que es un tema de credibilidad lo que ustedes nos plantean. Yo solamente le puedo contar lo que pasa en los centros sanitarios. Yo creo que ustedes están refiriéndose a si existen o no existen unas estructuras. Nosotros lo que miramos es si se está realizando o no se está realizando una actividad, si estamos consiguiendo o no estamos consiguiendo los objetivos que se planteaban en este Plan de Atención Geriátrica.

Solamente como seña, decir que la propia Asociación de Geriátrica nos sitúa a Castilla y León, dentro de la Atención Especializada en... en un segundo grupo, los cuartos en la clasificación de atención geriátrica en hospitales. Mientras que otras Comunidades, como Andalucía o Asturias, se encuentran situadas en un tercer... por debajo de nosotros.

Me dice que le identifique las personas que participan. Podemos identificarlos, son alrededor de unas cien personas las que participan en los equipos de evaluación geriátrica en los hospitales. En ellos se incluyen geriatras -como he dicho-, se incluyen enfermeras; en algunos casos se incluyen auxiliares de enfermería. Si me dice: ¿dónde está situado el equipo de evaluación? Pues cada uno en su sitio, porque le he repetido que son grupos funcionales. "No realizan actividad"; y me puede sacar, posiblemente, pues un montón de casos en los cuales me dice que no existe... en los cuales no ha sido valorado el paciente anciano. Son valorados... en el caso de caderas, son valorados alrededor de un 80 % de los pacientes mayores de sesenta y cinco años; son valorados y realizan una valoración social y una valoración geriátrica para cuidados al alta de este paciente. De hecho, algunos de ellos, posteriormente, se busca... en algunas circunstancias, se buscan soluciones de tipo social para la recuperación tras la intervención sanitaria.

Son... en los equipos de Atención Primaria, me dice que no existe un coordinador, que pregunta y que llama por el coordinador. Pues efectivamente, desde el año dos mil cinco, que se hizo la designación, no se ha vuelto a repetir esta designación. Lo que se pretendía en ese momento es que, dentro de la organización normal del equipo -que Su Señoría conoce perfectamente, y que no se basa en estructuras organizativas orgánicas como es el coordinador del equipo de Atención Primaria o el responsable de enfermería-, existen otros responsables: existen responsables de programas asistenciales, existen responsables de organización de la atención continuada, existen responsables del botiquín del centro de salud; pero no existe una designación como tal, existe una relación que se actualiza en los equipos de Atención Primaria y que se comunica a la Gerencia cuando se producen cambios. Esto es muy diferente en cada equipo de Atención Primaria, y depende del tamaño del equipo de Atención Primaria; la mayor parte de las veces, estas responsabilidades son compartidas por... o comparte un... un mismo responsable varias responsabilidades de este tipo.

¿Hemos conseguido con este impulso, con este plan, algo? Hombre, pues usted dice que no, pero tenemos constituidos, por ejemplo, 176 equipos de coordinación de base, 176 equipos de coordinación de base que están atendiendo casos de tipo sociosanitario, que los están resolviendo, y que están buscando el... el más adecuado recurso, ya sea social o sanitario, para el paciente que estamos viendo. Se han atendido por parte de las unidades de coordinación de base más de mil... de diez mil consultas. Tenemos una cobertura en el servicio de prevención y detección



de problemas del anciano de un 74 %, tenemos una cobertura en atención domiciliar superior del... al 40 %, tenemos en el servicio de atención al anciano con riesgo una cobertura del 70 %. En definitiva, hemos conseguido mejorar de forma notable y ostensible la atención al paciente anciano.

Se ha conseguido instaurar -cosa que no hay en otras Comunidades Autónomas- unidades de coordinación sociosanitaria que funcionan desde los propios equipos de Atención Primaria. Existen en estos momentos comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada, con informes al alta e informes de cuidados de enfermería que se remiten desde los servicios hospitalarios a los servicios de Atención Primaria, y que permiten asegurar la continuidad de cuidados de estos pacientes. Y hemos articulado fórmulas de coordinación sociosanitaria en los cuales conjugamos recursos sociales y recursos sanitarios sin necesidad de crear una estructura sociosanitaria como tal, sino a través de una coordinación adecuada de los servicios sanitarios y los servicios sociales.

En definitiva, yo creo que se han conseguido los objetivos del plan. No tenemos ningún inconveniente en facilitarles todos los resultados y la evaluación del plan. Pero también quiero recordarle que los planes tienen una duración. Este plan era del año... acababa en el año dos mil siete... dos mil cinco, y, bueno, lo que pretendíamos con este plan era impulsar esta actividad e introducir esta actividad en la... en la actividad normal de los centros sanitarios.

Y está funcionando en la actividad normal de los centros sanitarios: el impulso de los programas en Atención Primaria de atención al anciano es evidente -lo podemos constatar simplemente viendo la evolución de la cartera de servicios- y la valoración... la dinámica normal de atención al paciente anciano que ingresa en un hospital también lo podemos constatar.

Por supuesto, vuelvo a repetir que podremos encontrar todos los casos que usted quiera, o algunos casos, en los cuales esto no se ha hecho, porque la cobertura no es del cien por cien. Pero yo le puedo asegurar que la dinámica habitual, la dinámica normal en un hospital es que, cuando un paciente anciano ingresa en el hospital, es avisado el geriatra; el geriatra realiza la valoración, que la realiza junto al trabajador social; y, en caso necesario, se instaura un plan de actuación sociosanitario. Esto, Señoría, es así. *[Murmullos]*.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Director Gerente. Pasamos al tercer punto del... tercer punto del Orden del Día. Se da lectura por la señora Secretaria.

POC/000703

LA SECRETARIA (SEÑORA MARTÍN CABRIA):

Gracias, Presidente. Tercer punto del Orden del Día: **“Pregunta con respuesta Oral ante Comisión 703, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores don Fernando María Rodero García y doña María Mercedes Martín Juárez, relativa a utilización de los servicios de salud fuera de Castilla y León, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León 195, de veintidós de febrero del dos mil trece”**.

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

Muy bien, muchas gracias. Para la formulación de la pregunta, tiene la palabra don Fernando Rodero.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días, don Eduardo. Empezaremos por decirle una... relatarle un viaje. Yo, hace unos años, fui con mis hijos... con mis dos hijos por una gira europea. Nos cogimos el coche y nos dimos una vuelta. Una de las primeras etapas fue Venecia, para luego ir subiendo hasta Holanda y luego bajar y volver a entrar en España. Tuve la malísima suerte de que, en Venecia, mi hija iba montada en mi bicicleta y metió el pie -era muy pequeña entonces- y... y le fastidió el pie. Una herida importante, con repercusiones mínimas, pero repercusiones óseas.

Bueno, empecé a buscar. Yo llevaba mi tarjeta sanitaria de desplazamiento europea, mi tarjeta europea. Empecé a buscar un sistema sanitario. Y además estaba con una... con una amiga que era de Venecia. Bueno, ya nos resultó difícil, ¿no?, conseguir la atención en base a las competencias o no competencias para atender a un extranjero desplazado, pero que es de la Unión Europea: si tengo que pagar, si no tengo que pagar, pague por adelantado que luego le devolverán, que luego no le devolverán; pero es que le hace falta una radiografía, pero le hace falta también un análisis, un exudado, y tal. Bien, como no era muy grave, mi hija y mi otro hijo y yo decidimos continuar el viaje. Dijimos: bueno, una vez arreglado el asunto, vamos a ir por los diferentes países, ya que teníamos ilusión de hacer dicho viaje. Bueno, pues fue un calvario en busca del centro sanitario para que pudieran atender a mi hija, que le hicieran las curas correspondientes o los controles correspondientes. En uno tenía que pagar, mucho, poco, esto sí, esto no. En cada sitio era diferente. Era francamente difícil gestionar un accidente pequeño de un español, de mi hija.

Bien. Ahora estamos decidiendo, tal vez, otro viaje, que, en vez de por toda Europa, sea por toda España. Pero entonces es que nos hemos asustado. Nos empezamos a asustar, porque antes yo sabía que desplazarme por cualquier lugar de España no tenía ninguna repercusión, pero ahora sí que veo que empieza a tener repercusiones y que... y que cada vez se va asemejando más la posibilidad a ese viaje europeo que le planteaba en un primer momento.

Mire, don Eduardo, yo creo que la Constitución nos dice que este país es único, es una nación, ¿no?, en donde todos tratamos de convivir y de llevarnos más o menos bien. Y en eso estamos.

Pero, bueno, parece ser que, aunque lo diga la Constitución, a nivel sanitario, parece ser que ya no hay tan... no está tan seguro el asunto.

Mire, Madrid, Castilla-La Mancha, Galicia, Valencia, Cataluña, Baleares, Murcia, Canarias -por decirle unos cuantos-, resulta que es que tienen... ¿qué le diría yo? Pues tienen unos presupuestos diferentes. Fíjese que, por ejemplo, desde el dos mil diez al dos mil trece, por ejemplo, en Castilla y León ha habido una disminución de euros *per capita* en torno a los 100 euros, por cada uno y por cada año, en concreto noventa y tantos, 95. Bien, a nivel estatal, ha sido bastante mayor, ha sido de 150. Ya lo sé que ha habido Autonomías con 200, doscientos y pico. Pero a mí lo que nos interesa es que aquí cada castellano y cada leonés han dispuesto de 100 euros menos que en el dos mil diez, *per capita*.



Bien. Además de eso, resulta que es que las prestaciones –¡ah, eso sí!– depende en cada sitio: en este sitio tienes una y en el otro otra; en el uno de tal calidad, en el otro de tal... de tal otra calidad; en uno, incluso, tienes que pagar un algo, en otro no tienes que pagar; en uno dispones de un radiólogo centralizado que tienes que recorrer equis, en otros lo tienes en el mismo sitio; en unos resulta que es que, si un castellanoleonés se va durante un mes, dos meses, tiene su tarjeta sanitaria, y en otros le hace falta nada más y nada menos que seis meses para que se le considere ciudadano de ese territorio.

Entonces, bueno, es una divergencia tan brutal la que ha habido que es que, de verdad, yo creo que es que nunca jamás, don Eduardo, nunca jamás, en tan poco tiempo ha habido un Gobierno que haya sido capaz de que la sanidad en este país diverja tanto entre sus diferentes territorios. Creo que nunca jamás.

Mire, claro, a mí estas divergencias, que están en función de recortes, básicamente, no es que se hayan divergido porque unos han ido a más, a una mayor velocidad, y otros a más, a menor velocidad, no, no, no; es porque todos han recortado; entonces, unos mucho más que otros, pero todos han recortado, ¿no?, básicamente. Y entonces, las diferencias se han hecho insufribles. Porque, claro, el recortar euros *per capita*, que es muy importante hablar de ese término, el recortar euros *per capita* es seguro que va, finalmente, a tener consecuencias sociosanitarias.

Esto, la gente se ríe, pero le voy a dar unos datos, le voy a dar unos datos. Mire, en el dos mil diez, hay un estudio –aquí le tengo el recorte, la síntesis– de Inglaterra en donde decía que cuidado con los recortes, que podía ser peligroso, que podía ser peligroso. ¡Bah!, alarmismo, alarmismo, alarmismo, decían los... los políticos y responsables de cada turno.

Bien, hoy nos podemos encontrar en la... en el dos mil once se volvió a repetir la alarma, ¿no?, “Inglaterra, recortes en el Sistema Nacional de Salud, las primeras víctimas”, un estudio en el *British Journal*, bueno, pues que nos habla de lo que estaba ocurriendo. Y otro estudio del *British* ahora, en donde nos dice que 1.200 muertos por los recortes en un solo hospital público de gestión privada, ¿no?, solo en uno.

Ante esta situación, el Primer Ministro, Cameron, pide perdón. Pero, como dicen en mi pueblo y en el suyo, una vez muerto el burro, la cebada al rabo, ¿no? Es que es la única expresión que me queda ante oír que es que se pide perdón de que se ha provocado 1.200 muertos en un solo hospital, habiendo sido denunciado en el dos mil diez, reiterada esa denuncia en el dos mil once...

Bien, pues ahora, en España, por ir bajando, resulta que es que empezamos a tener estudios de ese tenor, que nos dicen: ¡eh, cuidado!, que esto de la divergencia y los recortes, y emplear ciertos métodos de gestión, empezamos a tener las primeras víctimas. Y, entonces, tenemos como un estudio, por ejemplo, de UGT, nos habla de 2.700 muertes provocadas desde el año dos mil... desde el año dos mil nueve... desde el año dos mil al dos mil diez, ¿no? Te dice: cuidado, que ahí hay 2.700 muertes debidas a esos recortes y a esas gestiones, en Valencia.

La primera reacción del Consejero fue matar al mensajero –claro, evidentemente–, y decir que es que el sistema sanitario de Valencia es el mejor sistema de todo el Estado y el más valorado de todas las Comunidades Autónomas. Yo, cuando lo leía, digo: ¡coño!, si es que eso me suena, si es que eso me suena. Pero, claro, es que eso es lo que decimos todos y en todos los lados, ¿no?



Ese informe de UGT, que se ha presentado, que lo han recogido diferentes publicaciones especializadas en salud, y que dan ciertas valoraciones al tema, pues le podría decir uno, y más importante –yo creo– todavía, como, por ejemplo, “Los recortes sociales en Europa aumentarán la mortalidad”. Y es un estudio también de la *British Medical Journal*, ¿no?, en donde nos dice que los recortes sociales, justamente los que estamos teniendo aquí, incluso en esta Autonomía, ¿no?, dice que puede repercutir en un aumento del 0,99 % en la mortalidad general. Es importante eso.

O sea, si todos estos estudios –decimos– son bobadas y son alarmismos, nos puede ocurrir como en Inglaterra, que, después, “la cebada al rabo”.

Señor don Eduardo, esto es lo que nos dice también la OMS –por terminar– en un estudio y un llamamiento, que ha dicho que, por favor, que se defienda la sanidad universal sin temor a las repercusiones económicas, que no son ciertas, que tal. Bueno, es de ahora, ¿no?, de este mismo año, ¿no?

Pues mire, evidentemente que van a tener... que van a tener repercusión, los recortes tendrán un impacto directo sobre la salud de los españoles.

Y, además de eso, ¿qué es lo que nos encontramos? Que el Gobierno, don Eduardo, pues parece o da la impresión de que no le importa o no valora adecuadamente esta deriva en la divergencia de la accesibilidad de las... número y calidad de las prestaciones sanitarias que se dan en todo el territorio español. Parece ser que prioriza muchísimo más un impacto sobre el déficit, o sobre los ajustes, o con criterios economicistas estrictamente, pero no estamos viendo eso. Y, sin embargo, vemos que, a mayor recorte, menos PIB, menos producto interior bruto. La Comunidad que más ha recortado es la que más ha disminuido su producto interior bruto; esto es, que se ha profundizado en la recesión de una forma muchísimo mayor y de forma directa al número de recortes.

Y la Junta, ¿qué es lo que está haciendo aquí? Porque, claro, el castellano y leonés no... no somos una isla aquí, es que estamos dentro de España, y es que nos desplazamos, vamos, y necesitamos servicios sanitarios en todos los alrededores.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Señor Rodero, tiene que ir concluyendo, por favor.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Sí. Y... y termino, ¿no?, que, evidentemente, aquí ha habido también una serie de recortes que han hecho divergir, respecto a la situación anterior y respecto al resto de autonomías, en una dirección determinada, llámese Burgos, ¿no?, llámese el descenso de los gastos sociales, que van directamente implicados en la mortalidad –como le decía antes–, ¿no?

Y bien, han hecho un manifiesto que dicen que es que mantienen la universalidad, la gratuidad, la financiación pública, la provisión. Perfecto, bien; no deja de ser una declaración –que, ¿quién no puede estar de acuerdo?–, pero hay que traducirla. Porque, claro, si yo digo: provisión de todos los servicios que se den en los centros sanitarios de forma pública, y luego hacemos lo de Burgos, pues, ¡hombre!, ahí hay una contradicción; o hacemos lo de radioterapia, pues ahí hay otra contradicción.



Y, por último, señor Gerente, le leo textualmente –y termino– un brevísimo párrafo de la Conferencia de Procuradores del Común, o Defensores del Pueblo, de todas las Autonomías y del Estado español; y es muy breve, y se lo digo: “La crisis económica no puede traducirse en una merma de los derechos del estado social. Los poderes públicos deben de garantizar el impulso de la sanidad, educación, la protección al desempleo y los servicios sociales, especialmente a favor de las personas que padecen un mayor riesgo de olvido o de exclusión social. Las dotaciones de partidas presupuestarias deben de ser suficientes para los distintos programas sociales vinculados con los derechos. Es fundamental priorizar distinguiendo las prestaciones esenciales de las accesorias”. Hoy día, desgraciadamente, en según en qué Autonomía uno se desplace o se encuentre, los derechos, las prestaciones y la accesibilidad al sistema tiene unas diferencias bastante significativas. Muchísimas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Señor Rodero, ha consumido usted diecisiete minutos; el primer turno, el segundo turno entero y dos minutos más. Sabe usted que le profeso una... un profundo respeto, pero, en la segunda intervención, se lo... no, se lo digo por la segunda intervención; simplemente que nos evite las excursiones por Italia... que vayamos un poco al tema. Quiero decir, sinceramente, con... Es decir, vayamos un poco más al tema, porque yo sé que usted lo hace con muy buena voluntad, pero el... el Director Gerente... [murmulló] ... tiene que responder a las cuestiones que se plantean, ¿vale? Y... y simplemente le ruego eso, de verdad. ¿Vale?

Muy bien. Para un turno de... para contestación... –creí que era la dúplica– contestación por parte de la Junta, tiene la palabra el Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.

EL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARCÍA PRIETO):

Muchas gracias, señor Presidente. Señorías. Yo, en primer lugar, le diría que estamos encantados de... de dar explicaciones a propósito de un caso siempre que ustedes quieran; nos envían el caso previamente, lo estudiamos, analizamos, porque las peculiaridades o las circunstancias que se pueden dar de forma particular en el resto... en cada una de las situaciones es diferente y necesita un estudio previo; pero estamos a su disposición para aclarar cualquier situación que se haya podido producir.

Que... que el sistema sanitario europeo es variado, por supuesto que es variado; las diferencias que existen entre los países en la prestación de la asistencia sanitaria es diferente: la cartera de servicios, el copago o no copago, es diferente en los diferentes países europeos. Y lo que la legislación europea reconoce es que se prestan los servicios sanitarios en las mismas condiciones en las que se prestan a los ciudadanos. ¿Esto qué significa? Significa que en determinados sitios, en determinados países, puede existir un copago para sus ciudadanos, y, por lo tanto, el español que se desplaza a esos países tiene que realizar también el copago correspondiente, porque se realiza la prestación de la asistencia sanitaria –vuelvo a repetir– en las mismas condiciones que los ciudadanos de ese país.



¿Qué es lo que nos ocurre? Pues lo que nos ocurre es que estamos acostumbrados al sistema sanitario español, y el sistema sanitario español no tiene nada de esto. Nosotros sabemos que el sistema sanitario español constituye un elemento esencial del Estado y es uno de los elementos mejor valorados por los ciudadanos. Y fundamentalmente nos damos cuenta del buen sistema sanitario que tenemos cuando salimos al extranjero y necesitamos de la atención sanitaria en el extranjero.

Dicho esto, yo voy a intentar ceñirme a la pregunta, para no alargarme, y dejo para la fase de dúplica o para... pues el contestar algunas de las cosas que ha planteado en estos momentos. La pregunta, exactamente, era que cuál será la repercusión para un castellano y para un leonés en el caso de que tenga que utilizar alguno de los diferentes, y cada vez más variados y atomizados, servicios de salud en sus desplazamientos por el territorio español. Por lo tanto, yo voy a referirme a la legislación, a lo que hay en la legislación.

Como digo, podemos analizar luego circunstancias particulares que se dan en cada uno de estos desplazamientos –y nosotros, de hecho, lo hacemos de forma diaria cuando tenemos algún problema con alguna Comunidad Autónoma–, pero yo lo que voy a hacer es referirme a la normativa y a... que está establecida en estos momentos en España, y que es de obligado cumplimiento para todos los ciudadanos y para todos los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Como Sus Señorías bien conocen, la Ley 14/1986, de veinticinco de abril, General de Sanidad, declara que “el acceso a la prestación sanitaria debe efectuarse en condiciones de igualdad efectiva”. A este mandato trató principalmente de responder la Ley 21/2001 y la posterior Ley 16/2003, de veintiocho de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, facilitando el acceso a los ciudadanos a las prestaciones de atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud a través de la tarjeta sanitaria individual, a la vez que se creaba un Fondo de Cohesión Sanitaria con la finalidad de garantizar la referida igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos.

La Ley 21/2001, de veintisiete de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades de estados... con estatuto de autonomía, creó el Fondo de Cohesión Sanitaria con el objeto de garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria público en todo el territorio español, así como la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca.

En esta primera regulación fue modificada mediante el vigente Real Decreto 1207/2006, de veinte de octubre, que regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria y determina las actividades asistenciales que son objeto de compensación financiera, identificando los procesos asistenciales que se financian y su cuantía. La norma ha venido actualizándose periódicamente en la medida que se incorporaban o modificaban nuevos procesos, técnicas o procedimientos, o bien se revisaban los costes asociados a los mismos. Su última modificación se ha producido a través de la Disposición Adicional Septuagésima Primera de la Ley 17/2012, de Presupuestos Generales del Estado de dos mil trece.



Por otra parte, el Real Decreto 183/2004, de treinta de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual, establecía en su Artículo 2 que corresponde a las administraciones sanitarias autonómicas la emisión de una tarjeta sanitaria individual a las personas residentes en su ámbito territorial que tengan acreditado el derecho a la asistencia sanitaria pública. En consecuencia, el Servicio de Salud de Castilla y León emite a los castellanos y leoneses la tarjeta sanitaria de Sacyl, que, al igual que el resto de tarjetas sanitarias de las demás Comunidades Autónomas, es válida para todo el Sistema Nacional de Salud, y permite el acceso a los centros y servicios sanitarios del sistema.

Asimismo, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud estableció que, para la atención de aquellas patologías que por su baja incidencia, y por los elevados recursos diagnósticos y terapéuticos que requieren, no justifiquen su presencia en todas las áreas, se designarán servicios de referencia, que garantizarán la asistencia de los ciudadanos que lo precisen. Por ello, dentro del Sistema Nacional de Salud se ha organizado un sistema de centros, servicios y unidades de referencia destinados a la atención de determinadas patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos, que han sido designados con criterios de racionalidad y de eficiencia, estableciéndose las bases de procedimiento para su designación y acreditación en el Real Decreto 1302/2006.

En julio de dos mil siete, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó la primera propuesta de 22 centros, servicios y unidades de referencia, y, desde entonces, cada año se va incrementando y actualizando la realización de patologías y/o tecnologías, y los centros y servicios y unidades de referencia.

Ayer mismo, en el Consejo Interterritorial se aprobaron 11 nuevos centros, servicios y unidades de referencia, con lo que ya serán un total de 177 servicios o unidades de referencia los designados para la atención realizada de 42 patologías o procedimientos, que dan cobertura a todo el territorio nacional, y deben garantizar a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud que lo precise su acceso a aquellos en igualdad de condiciones, con independencia de su lugar de residencia.

Castilla y León cuenta con tres servicios de referencia: dos de ellos, para la atención de los tumores intraoculares del adulto y queratoprótesis, en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid; y uno en el Complejo Asistencial de Burgos, para el tratamiento de la mano catastrófica.

Nuestra Comunidad dispone de hospitales dotados de alta tecnología sanitaria y cuenta con excelentes profesionales, lo que confiere medios suficientes para poder atender la mayoría de las necesidades asistenciales de la población, limitándose la derivación fuera de Castilla y León a aquellas cuya situación superan los medios técnicos y humanos disponibles en la Comunidad.

Por ello, desde la asunción de las transferencias en materia sanitaria se ha modificado de forma importante el patrón de derivaciones de pacientes, tanto en función del origen del paciente y la Comunidad de destino como de la especialidad requerida.

La ampliación de la cartera de servicios propia de Sacyl ha permitido disminuir significativamente los desplazamientos de pacientes fuera de la Comunidad y reorganizar la asistencia dentro de la misma mediante el Sistema de Referencia de Atención Especializada.



La derivación fuera de la Comunidad se ha reducido en un 58 % en los últimos doce años. Actualmente, alrededor de un 80 % de los pacientes que precisan desplazarse fuera de su área de salud de origen lo hacen dentro de Castilla y León, y un 20 % requieren derivación fuera de la Comunidad. Estas cifras de desplazamiento se mantienen relativamente estables en los tres últimos años, habiéndose reducido en dos mil doce la derivación tanto dentro como fuera de la Comunidad.

En lo que se refiere a la asistencia sanitaria de los castellanos y leoneses desplazados temporalmente por todo el territorio español, cabe entender que la presentación de la tarjeta sanitaria individual en vigor les facilita el acceso a la prestación del Sistema Nacional de Salud para la atención sanitaria ordinaria y urgente, con independencia de la ubicación del centro sanitario donde soliciten la asistencia. Con la finalidad de consolidar este derecho, se ha aprobado la creación del Fondo de Garantía Asistencial, mediante el Real Decreto-ley 16/2012, de veinte de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que permitirá compensar entre las Comunidades Autónomas las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la cartera común básica del servicio asistencial y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de asegurado o de beneficiario en sus desplazamientos temporales, contribuyendo de esta manera a garantizar la cohesión y equidad del Sistema Nacional de Salud. La adecuada gestión y seguimiento de este Fondo de Garantía Asistencial precisará establecer de mecanismos de reconocimiento de estas personas en el sistema de información de tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud.

Como Sus Señorías conocen, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad está tramitando un proyecto de decreto que regula la normalización de la identificación de cada persona en el Sistema Nacional de Salud a través de un único código personal y vitalicio, y establece las características de formato común y homogéneo de la tarjeta sanitaria en este mismo ámbito. Asimismo, reglamenta la identificación de pertenencia de las tarjetas sanitarias de las Comunidades Autónomas al Sistema Nacional de Salud de España, como elemento de garantía para la ciudadanía del ejercicio de derecho a la protección de la salud en todo el Estado, y necesario para la circulación de los pacientes por la Unión Europea, con posibilidad de acceso a su información clínica.

Como consideración final, y desde un punto de vista asistencial, puede concluirse que estas medidas vendrán a reforzar la garantía de atención sanitaria para los castellanos y leoneses en sus desplazamientos por todo el territorio nacional.

Para terminar, decirles que, desde la Junta de Castilla y León, continuaremos trabajando bajo los principios de solidaridad, igualdad, universalidad y equidad para superar las desigualdades en salud y con objeto de conseguir una mayor justicia distributiva que permita a los castellanos y leoneses recibir un servicio sanitario público, accesible y de calidad, con independencia del lugar de su residencia. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Director Gerente. Señor Rodero, para un turno de réplica, tiene un tiempo de cinco minutos. Que nuestra buena relación no se vea enturbiada por un desplazamiento excesivo en... en la exposición, por favor, se lo pido; para que haya una equidad con el resto de compañeros. Quiero decir, que no se nos note que nos llevamos bien.

**EL SEÑOR RODERO GARCÍA:**

Seguro que no... Muchas gracias, señor Presidente. Seguro que no se enturbia, ni... ni por su advertencia ni por su defensa constante de los intervinientes del Ejecutivo, ¿no?, de tratarles con guante blanco constantemente.

Mire, señor... señor Gerente de... del Sacyl, lo del extranjero era una anécdota, pero una anécdota que nos invitaba a reflexionar que puede que lleguemos ahí.

Yo, después de escucharle, señor Gerente, me recuerda a ese dicho del que apunta al sol y solo ve el dedo. Es que usted solo ve la norma; lo ha hecho antes con mi compañera, ¿no? Evidentemente que la legislación está ahí, si es que ya nos la sabemos, si es estupenda. Los planes de geriatría están ahí, y son estupendos. Si es que nosotros no estamos cuestionando la legislación del dos mil, dos mil dos, dos mil seis, dos mil diez, dos mil once... el recorrido que nos ha hecho legislativo; es que lo que le estamos diciendo es una realidad, que no se tapa con normas. Pero es que usted la tapa con normas solo. Si usted me dice que es que la atomización del sistema sanitario que estamos teniendo, que el señor Consejero, su directo jefe, lo dice un día sí y al otro también, que nosotros nos estamos escapando –según él dice, ¿no?, que nosotros se lo cuestionamos–: que nos... que todos los recortes y las... las dificultades de accesibilidad, etcétera, etcétera, que aquí no ocurren –que ocurrirán en otros sitios, pero que aquí no–; que los sistemas de gestión, que recortan tal, será en otros lados, pero que aquí no. Y, de hecho, está hasta en el manifiesto de los 52, que dice: frente a todo lo que está ocurriendo en el exterior, nosotros no vamos a hacer caso y nos comprometemos a. Esto es... este es el discurso.

Y ahora me viene usted y me dice que... me lee leyes, que ya conozco, normas, que... que no me aclara nada. Lo único que le digo es que, ahora mismo, la accesibilidad, el número de prestaciones, la calidad de las prestaciones son diferentes, son diferentes, según de qué Autonomía se trate.

Si usted... yo, al señalarle eso, usted tan solamente ve mi dedo, y no ve la realidad, pues, como le dijimos antes: hágaselo mirar, hágaselo mirar, porque no consiste en negar la realidad, y la realidad es muy tozuda. O sea, ¿usted me dice ahora mismo que es igual hoy que hace 4 años? No; yo, antes, por ejemplo... –soy del Valle del Tiétar– yo me iba a Talavera y tenía unos derechos; ahora voy a Talavera, y me dicen: “No, con la crisis, no; vete a tu sitio”. Eso es en el 90 % de los casos; pero que son realidades. Ahora, usted me va a decir una norma, y me va a decir: la norma es tal. Bueno, pues muy bien, pero es que la realidad es diferente, es lo que yo le quiero decir. Y ahora mismo teníamos toda una serie de acuerdos con Comunidades Autónomas periféricas, que están haciendo aguas, que están haciendo aguas, en función de los recortes y en función de esas restricciones. Usted me dice: “No, no es cierto”. Y digo: bueno, ¿por qué? “Porque lo dice una norma”. Yo le digo: pero es que la realidad es otra. Es lo único que le planteo.

Mire –y termino–, don Eduardo, es imposible, imposible que, con lo que dice el preámbulo del acuerdo que ha firmado la Junta con 52 organizaciones –que dice que es que todo el resto de Comunidades Autónomas están inmersas en debates y en gestiones que aquí no va a haber porque vamos a mantener lo que había antes, ¿no?–, es imposible que se mantenga. No somos una isla, debemos de estar muy preocupados, debemos de instar arriba de que haya una mayor homogeneización, porque, si no, nos va a coger el toro, y nos va a coger pero que muy seriamente.



Usted me dice que la universalización, ¿no?, está asegurada en todos los lados. Sin embargo, luego el Gerente dice... el Consejero dice que no cuando le conviene, que dice que la universalización es una... es una aspiración, pero que aquí está; y yo le digo: bueno, los... los emigrantes, por ejemplo; pues en cada Autonomía se va tratando con diferente intensidad. En todos se les pone barreras, en todos, aquí incluido, se les pone barreras.

Está cambiando el concepto de accesibilidad, de verdad, señor Gerente; y nos preocupa; y tan solamente queríamos esta pregunta pues para reflexionar en torno, y luego hacer nosotros las oportunas iniciativas. Pero, de verdad, es preocupante que no tengamos... que ya tengamos 17 sistemas diferentes, que cada vez van divergiendo y que incluso dentro de cada sistema puede divergir incluso según el centro sanitario del que se trate. Muchísimas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Rodero. Para un turno de dúplica, tiene la palabra don Eduardo García Prieto.

EL DIRECTOR GERENTE DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARCÍA PRIETO):

Buenos días, Señorías. Intentaré dar una respuesta. Yo solamente puedo responder lo que hay legalmente establecido. Ustedes insisten, una vez más, en la anécdota, insisten, una vez más, en el caso particular, y el caso particular debe ser tratado de forma particular, y no generalizarlo.

Solamente como ejemplo, efectivamente, nos llegan rumores de que hay algún problema en Talavera; nos llegan rumores de que hay algún problema en Talavera en la atención de los pacientes. Nosotros tenemos un convenio con Castilla-La Mancha, y lo que he hecho inmediatamente es ponerme en contacto con el Gerente de Castilla-La Mancha, puesto que tenemos un convenio; tenemos un convenio de colaboración. El Gerente de Castilla-La Mancha desconoce que haya... que se hayan producido problemas, y me pide que los problemas que existan, las situaciones que existan, que se las comunique para dar instrucciones y corregirlas de forma inmediata. ¿Que esto ha podido responder a la actitud de algún profesional que ha atendido a un ciudadano en Talavera? Pues podría ser, pero, desde luego, le puedo asegurar que desde la Gerencia Regional de Castilla-La Mancha no se ha dado ninguna instrucción en este sentido, y que el convenio sigue vigente.

Por lo tanto, si el convenio no se está cumpliendo, tendremos que detectar en qué casos no se está cumpliendo, e intentar adoptar las medidas correctoras para que se siga cumpliendo; pero el convenio sigue vigente. No he sido capaz de dar ningún dato, porque nadie me ha podido facilitar un dato concreto; por lo tanto, lo único que he hecho, lo único que he podido hacer, de forma inmediata, es trasladar mi preocupación por esta sensación que hay de que no se está atendiendo a los pacientes en Talavera como se les venía atendiendo anteriormente.

Me dice que estamos fragmentando el sistema sanitario. Vamos a ver, yo creo que lo que estamos haciendo, de nuevo, es cohesionar el sistema sanitario. El sistema sanitario, la Ley de Cohesión es del año dos mil tres. En enero del año dos



mil cuatro, enero del año dos mil cuatro, se aprueba un decreto que crea una tarjeta sanitaria única para todo el Sistema Nacional de Salud; que establece las bases para la creación de un sistema de información sanitaria única y una historia clínica única en todo el Sistema Nacional de Salud.

Pero en marzo del dos mil cuatro se produce un cambio de Gobierno, y este cambio... con este cambio de Gobierno, ni la Ley de Cohesión se desarrolla ni la tarjeta sanitaria se desarrolla, lo que nos ha llevado a que ahora, en el año dos mil trece, volvamos a sacar otro decreto, que lo que nos hace es volver a recuperar lo que teníamos en el año dos mil cuatro. En estos momentos se está estableciendo un sistema, una base de datos de ciudadanos con derecho a asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, cosa que hasta ahora no ha ocurrido.

En estos momentos se está estableciendo un sistema de fondo de compensación, que, por cierto, se ha realizado a instancias del Grupo Socialista en las Cortes... en las Cortes de... nacionales; un fondo de cohesión que permita... que permita el... la compensación de pacientes atendidos en una u otra Comunidad.

En nuestra Comunidad disponemos de convenios con 8 de las Comunidades Autónomas que tenemos alrededor; convenios que nos aseguran la atención a los pacientes en las zonas próximas, en las zonas limítrofes de nuestra Comunidad, y colaboración con estas Comunidades; colaboración que se hace de una forma recíproca: ellos atienden pacientes y nosotros atendemos también otra serie de pacientes en otras circunstancias.

Usted me mezcla en el manifiesto recortes con fórmulas de gestión. Usted habla continuamente de recortes, como si cambiar de sistema de gestión... hace referencia al sistema valenciano, habla de recortes en el periodo del dos mil al dos mil diez -yo, que sepa, todavía no estábamos en crisis, empezamos la crisis hace ya unos años; en el dos mil diez ya estábamos en crisis, pero en el dos mil no estábamos en crisis-, y me hace referencia, realmente, a modificaciones en el sistema de gestión.

Nosotros no criticamos, en absoluto, las fórmulas de gestión que se adoptan en otras Comunidades; nos parecen legítimas las fórmulas de gestión que se adopten en cualquier Comunidad. Nosotros lo que decimos es que en Castilla y León defendemos un sistema público, porque nos parece que en estos momentos es el sistema de gestión público el más adecuado; pero defendemos lo nuestro, no contraponemos esta forma de gestión con lo que se hace en otras Comunidades. Ellos tienen otras circunstancias, que les han conducido a otras fórmulas de gestión. Pero las fórmulas de gestión, las modificaciones de fórmulas de gestión no son modificaciones, en absoluto, de la cartera de servicios.

Usted me dice que cada vez hay una mayor fragmentación de la cartera de servicios. Durante estos últimos años que hemos vivido, lo que ha habido ha sido una dejación de actuación por parte del Gobierno Central, que no ha ido regulando la cartera de servicios. En estos momentos disponemos de una cartera de servicios básica común para todo el territorio nacional, sin que ello impida que determinadas Comunidades Autónomas añadan o adicioneen determinados servicios a su cartera; pero, por fin, hay una cartera básica común para todo el territorio nacional.

En estos momentos se está creando ya una historia clínica electrónica única, con una... un repositorio de datos de todos los ciudadanos, en el que, como ustedes saben, nosotros estamos participando, y ya hemos iniciado estas actuaciones desde Ávila.



Por lo tanto, yo no creo ni que se estén produciendo disminuciones de la cartera de servicios. No se ha eliminado en estos momentos ningún servicio de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud ni se ha eliminado ningún servicio de la cartera de servicios del Sistema Regional de Salud de Castilla y León.

Para acabar ya, solamente decirle que la... que en estos momentos también se está facilitando la información para poder implantar un sistema de receta electrónica en todo el Sistema Nacional de Salud que nos permita... que nos permita también... que nos permita también el que en aquellos sitios donde esté implantada la receta electrónica no exista ningún problema para los ciudadanos castellanos y leoneses. Nada más, muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Muchísimas gracias. Agradecemos la presencia de don Eduardo García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, para contestar a las cuestiones planteadas.

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

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