



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DOÑA MARÍA LOURDES VILLORIA LÓPEZ

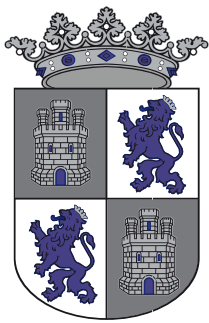
Sesión celebrada el día 13 de marzo de 2017, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000177, a petición propia, para informar a la Comisión sobre:
 - Situación de la atención primaria con especial referencia a la sanidad en el ámbito rural y las medidas puestas en marcha para garantizar la accesibilidad, equidad, cohesión e igualdad de todos los ciudadanos de Castilla y León, con independencia de su lugar de residencia.

SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta minutos.	11701
La presidenta, Sra. Villoria López, abre la sesión.	11701
Intervención del procurador Sr. Santos Reyero (Grupo Mixto) para comunicar sustituciones.	11701
Primer punto del orden del día. SC/000177.	
El secretario, Sr. Hernández Martínez, da lectura al primer punto del orden del día.	11701
Intervención del Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad, para informar a la Comisión.	11701
La presidenta, Sra. Villoria López, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los portavoces de los grupos parlamentarios.	11714



	<u>Páginas</u>
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Santos Reyero (Grupo Mixto).	11714
Intervención del Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	11717
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Santos Reyero (Grupo Mixto).	11721
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad.	11723
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos).	11725
Intervención del Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	11727
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos).	11729
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad.	11731
En turno de portavoces, interviene la procuradora Sra. Muñoz Sánchez (Grupo Podemos CyL).	11733
Intervención del Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	11736
En turno de réplica, interviene la procuradora Sra. Muñoz Sánchez (Grupo Podemos CyL).	11738
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad.	11740
En turno de portavoces, interviene la procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	11741
Intervención del Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	11744
En turno de réplica, interviene la procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	11745
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad.	11747
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular).	11748
Intervención del Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	11751
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular).	11752
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad.	11753
La presidenta, Sra. Villoria López, levanta la sesión.	11754
Se levanta la sesión a las catorce horas veinte minutos.	11754



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

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Buenos días. Se abre la sesión. ¿Los grupos parlamentarios tienen que comunicar a esta Presidencia algún cambio? ¿Grupo Socialista? ¿Grupo Podemos? ¿Grupo Ciudadanos? ¿Grupo Mixto?

EL SEÑOR SANTOS REYERO:

Sí, presidenta. Luis Mariano Santos por José Sarrión.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muy bien. Gracias. ¿Grupo Popular? Pues en primer lugar damos la bienvenida al excelentísimo señor consejero, don Antonio María Sáez Aguado, que hoy va a comparecer en esta Comisión a petición propia. Y para ello le cedo la palabra, en el primer punto del orden del día, al señor secretario para que nos presente la propuesta.

SC/000177

EL SECRETARIO (SEÑOR HERNÁNDEZ MARTÍNEZ):

Gracias, presidenta. Buenos días a todas y a todos. Primer punto del orden del día: **Comparecencia del excelentísimo señor consejero de Sanidad, número 177, a petición propia, para informar a la Comisión sobre la situación de la atención primaria con especial referencia a la sanidad en el ámbito rural y las medidas puestas en marcha para garantizar la accesibilidad, equidad, cohesión e igualdad de todos los ciudadanos de Castilla y León, con independencia de su lugar de residencia.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muy bien, muchas gracias, señor secretario. A continuación tiene la palabra el excelentísimo señor consejero de Sanidad, don Antonio María Sáez Aguado.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señora presidenta. Buenos días, señoras y señores procuradores. Y procedo directamente a entrar en la materia, que es la de informar con cierto detalle a sus señorías sobre la situación de la Atención Primaria en Castilla y León, con esa especial referencia al ámbito rural. Y en esta primera intervención me gustaría hacer una descripción de esa situación de la Primaria, de sus recursos, de su funcionamiento, de su actividad, con una referencia más concreta a la distribución de los recursos en las zonas básicas de salud urbanas y en las rurales. También la posición que la Atención Primaria de Castilla y León tiene en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Me gustaría hacer también referencia a algunas zonas rurales concreta, cuál es la situación en términos de recursos y de funcionamiento, cómo ha evolucionado la Atención Primaria en los últimos años, a partir de distintos indicadores, y, finalmente, algunas de las propuestas que me gustaría que pudieran ser objeto de



debate en la Comisión. Y recoger las propuestas de los grupos parlamentarios para mejorar el funcionamiento de la Atención Primaria y, en particular, para hacerla más equitativa desde el punto de vista de la atención que reciben todos los ciudadanos de Castilla y León, con independencia de su lugar de residencia.

Si les parece, entro directamente en materia, planteando... Bien, he traído algunas presentaciones porque algunos de los datos numéricos creo que es más cómodo poder verles en esta proyección. *[El orador acompaña su exposición con imágenes]*. En primer lugar, como saben... bueno, paso directamente. Este es el mapa de los consultorios locales de Castilla y León, que, como ven, pues presenta una distribución bastante homogénea en todo el territorio; todas las zonas básicas de salud, las 247, tienen, en mayor o menor grado, con excepción de algunas urbanas, un número variable de consultorios locales; globalmente, 3.652 en todo el territorio. Y estos son los recursos humanos en Atención Primaria en Castilla y León: 8.280 profesionales –estos son datos a treinta y uno de diciembre del año dos mil dieciséis–, de los cuales 2.913 son médicos de familia, 27 médicos de servicios de urgencias de Atención Primaria en aquellos lugares donde se mantiene una... un servicio de urgencias de esta naturaleza, 75 médicos odontólogos, 278 pediatras, 2.619 enfermeras –además de 165 enfermeras especialistas–, 141 fisioterapeutas, 264 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, 82 trabajadores sociales, 354 celadores, 840 administrativos, otros... categorías de personal, para ese conjunto global de 8.280 trabajadores de la Atención Primaria de Castilla y León.

La actividad a lo largo del año dos mil dieciséis queda reflejada en esta tabla. Se han realizado 26.500.000 consultas, 15.500.000 por parte de los médicos de familia, algo más de 9.000.000 por la enfermería de Primaria y 1.300.000, casi, por los pediatras de Atención Primaria.

Por otra parte, se han realizado algo más de 2.000.000... se han atendido algo más de 2.000.000 de urgencias en la Atención Primaria de Castilla y León, de las cuales se derivaron al hospital 64.000, a emergencias extrahospitalarias 4.600; un total, por lo tanto, de 60.000 consultas derivadas, lo que pone de manifiesto un dato de interés: de todas las consultas... de todas las urgencias –perdón– que se realizan en Primaria, se resuelven algo más del 96 % en la propia Atención Primaria y se deriva solamente un 3,3 % a la urgencia hospitalaria.

Se han remitido 1.174.000 consultas a especialistas hospitalarios. Esto da también una idea importante de la capacidad resolutoria de la Primaria, en la medida en que solamente el 4,4 % de las consultas que se realizan se derivan a especialidades hospitalarias. La Primaria resuelve algo más del 95 % de las consultas que atiende. Se realizaron casi 1.500.000 solicitudes de laboratorio y algo más de 360.000 solicitudes de pruebas o de estudios radiológicos.

Además, nuestras matronas realizaron 419.000 consultas de distinto tipo. En salud bucodental se realizaron algo más de 260.000, los procedimientos realizados por nuestros fisioterapeutas fueron 824.000 y los casos atendidos por nuestros trabajadores sociales, 86.000.

Aquí tienen, aunque lo vean con un poco más de dificultad, los datos, los indicadores de... tanto de frecuentación como de presión asistencial para cada uno de los grupos profesionales (médicos de familia, enfermeros y pediatras) tanto en el medio urbano, semiurbano, rural o total. Globalmente, la presión asistencial, es decir,



el número de casos atendidos al día de nuestros médicos de familia fue 29,34, como media autonómica; y la frecuentación, 9,21, es decir, cada ciudadano de Castilla y León acudió –en este caso, cada ciudadano mayor de catorce años– una media de 9,2 veces a su médico de familia, con las diferencias que pueden observar en cada una de las áreas de salud: desde un mínimo de 6,75 en el área de salud Valladolid Este hasta un máximo de 10... de 11,05 en el área de salud de Soria.

También podrán observar diferencias importantes tanto en la presión asistencial como en la frecuentación entre las zonas urbanas y semiurbanas y las zonas rurales de la Comunidad. Tal vez sea destacable como la frecuentación en las zonas urbanas es de 6,45 visitas al año, mientras que en las zonas rurales llega a 10,5... son las visitas que la población rural realiza a su médico de familia. Datos similares, en esas orientaciones, tienen la frecuentación y la presión asistencial en enfermería; como pueden observar, la presión asistencial es, aproximadamente, la mitad en el caso de enfermería que en el caso de médicos de familia, y también la frecuentación es sensiblemente inferior en el caso de enfermería respecto a la que tienen los médicos de familia. Y también tienen, finalmente, frecuentación y presión asistencial de pediatría, una media para el conjunto de la Comunidad de 16,19 consultas diarias para nuestros pediatras, y una frecuentación media de nuestros menores de catorce años de 4,27 visitas al año a su pediatra de Atención Primaria.

En cuanto a la distribución de recursos, tienen aquí los datos autonómicos, que después aparecen en cada una de las áreas de salud, en los que me gustaría destacar algunas cuestiones. De las 247 zonas básicas de salud, 151 –es decir, el 61 %– son de carácter... calificadas como rurales, 75 urbanas y 21 semiurbanas.

La distribución de la población la tienen también en esa columna, bajo la... tarjetas sanitarias individuales, pero que ya deducimos que el 66 % de nuestra población protegida vive en zonas urbanas o semiurbanas y el 33 % en zonas rurales. Aquí ya vemos una pequeña diferencia en la consideración de unas y otras: mientras el 33 % de la población vive en zonas rurales, el 61 % de los centros de salud son rurales; una distribución que, en la ordenación de los recursos, es yo creo que muy significativa.

En cuanto a los médicos de familia, ocurre algo parecido: el 52,8 % trabajan en zonas rurales, y el 47,7 en zonas urbanas o semiurbanas. Una desproporción, también, a favor del ámbito rural, en el que, viviendo el 33 % de la población, ponemos en servicio, o están en servicio, el 52 % de los médicos de familia.

Y respecto a los puntos de urgencia ocurre algo parecido: de los 199 puntos de urgencia de Atención Primaria, 159 están en zonas de salud rurales y 40 en zonas urbanas o semiurbanas. Eso quiere decir que cada punto de atención rural tiene asignada una población de 4.458 habitantes a su cargo y cada punto de atención urbana o semiurbana de 35.000. También, otra apuesta por descentralizar y acercar las urgencias de la Atención Primaria al ámbito rural.

Estas son alguna de las conclusiones: mientras el 33 % de la población se atiende en zonas rurales, aquí trabajan casi el 53 % de los médicos, el 61 % de los centros de salud y el 80 % de los puntos de atención continuada.

Tienen también los ratios, es decir, la población media asignada a cada médico de familia, donde también se producen importantes diferencias: cada médico de familia de las zonas rurales atiende a una media de 575 usuarios, frente a los 1.291 que



atienden los de las zonas urbanas y semiurbanas; menos de la mitad de población asignada en las zonas rurales que en las urbanas y semiurbanas. De igual manera, desde el punto de vista de la planificación, disponemos de un centro de salud rural para cada 4.694 usuarios, de un centro semiurbano para cada 12.000 usuarios y de un centro urbano para 15.500 usuarios.

Tienen en esta documentación, que luego les facilitaré, esas mismas... datos de centros de salud, tarjetas, distribuidas por zonas urbanas, semiurbanas y rurales, médicos de familia, proporción, puntos de urgencia y ratios de urgencia en Atención Primaria, en cada una de las áreas de salud de la Comunidad Autónoma. Existen diferencias, que tienen mucho que ver con las características territoriales de cada zona, y, en general, estas diferencias operan, desde el punto de vista cuantitativo y de la distribución de recursos, a favor en aquellas zonas... en aquellas áreas de salud que tienen mayor componente rural tienen, lógicamente, mayor dotación de recursos.

A continuación me gustaría señalar algunos datos comparativos de la situación de la Atención Primaria en el contexto del Sistema Nacional de Salud. En primer lugar, desde un punto de vista cuantitativo, el número de consultorios locales es algo... es un dato muy significativo: en el Sistema Nacional de Salud español existen 10.055 consultorios locales, de los cuales 3.650 se ubican en nuestra Comunidad Autónoma; el 36,3 % de los consultorios locales están en Castilla y León. Lógicamente, esto distorsiona las cifras de población asignada, como media, a cada consultorio local, con unas diferencias más que significativas: Castilla y León, cada consultorio, si lo dividimos globalmente para toda la población, tiene una media de 652 habitantes; en España, de 4.571.

Desde el punto de vista de las zonas básicas de salud, lo que queríamos expresar aquí simplemente es como en una Comunidad como la nuestra la ordenación territorial de la sanidad creo que es razonable y se adecúa bastante bien a las características del territorio, de tal manera que, como media, cada centro de salud tiene 14,7 consultorios locales, mientras que en el conjunto de las Comunidades españolas esta cifra se reduce a 3,31.

Aquí aparecen los datos -los últimos publicados por el Ministerio de Sanidad- en lo que respecta a la ratio de médicos de familia en Atención Primaria por Comunidades Autónomas. Aquí solo se incluyen los médicos de familia de equipos de Atención Primaria; no se incluyen en nuestro caso los médicos de familia de área que apoyan a estos equipos, sino que es una descripción homogénea de los médicos que trabajan... que están directamente asignados a los equipos: 2.332 en el año dos mil quince; lo que supone una ratio, en relación con nuestra población protegida, de 924 personas asignadas a cada uno de los médicos de familia; la media del Sistema Nacional de Salud es de 1.381. Y, como pueden observar, hay diferencias más que significativas: Castilla y León es la Comunidad con mejor ratio, con menor población asignada por médico de familia, y con unas diferencias muy grandes respecto a otras Comunidades, como son la Comunidad de Madrid, la Comunidad Valenciana, la Comunidad de Baleares o de Andalucía, que tienen poblaciones sensiblemente superiores asignadas, como media, a cada médico de familia. En relación con la pediatría, 288 pediatras de Atención Primaria, una media de 908 niños asignados a cada pediatra; a nivel nacional, de 1.044. También pueden observar diferencias más que significativas en la dotación de pediatras.

Aquí tienen la... los mismos ratios, de acuerdo con los datos -insisto- del Ministerio de Sanidad, que facilitamos las Comunidades Autónomas, en relación con la enfermería.



En nuestro caso, 2.114 enfermeras de Atención Primaria -no incluyen, insisto, las enfermeras de área que apoyan a estos equipos, por darle el carácter homogéneo en esta estadística del Ministerio-, ello supone una ratio de 1.125 enfermeras... perdón, pacientes o personas por enfermera, frente a los 1.560 de media nacional.

Aquí tienen expresado la frecuentación general en Atención Primaria por Comunidades Autónomas. Frecuentación general que, al final, es número de visitas o de atenciones que recibe un paciente, tanto por el médico de familia, por el pediatra de Primaria o por la enfermera de Atención Primaria. La media en Castilla y León de frecuentación de... de medicina de familia es de 8,24 visitas al año, la media del Sistema Nacional de Salud, 5,29. En pediatría, 5,97 en Castilla y León, 5,06; y en enfermería, 4,16, 2,87. Castilla y León es la Comunidad Autónoma, como ven, con mayor frecuentación en Atención Primaria, tanto en medicina de familia como en enfermería de Atención Primaria, y la segunda Comunidad Autónoma en frecuentación de pediatría de Atención Primaria.

Después me gustaría explicar las razones de esta frecuentación, porque, como comprenderán, no se trata de que nuestros niños estén más enfermos que los de otras Comunidades Autónomas o que nuestra población general esté más enferma y, por tanto, necesite más cuidados de nuestros médicos de familia o de nuestros enfermeros de Atención Primaria. Creo que esto, al final, se explica más bien por una razón de mayor accesibilidad a la Atención Primaria que por una razón de mayores necesidades en salud o de mayores cargas de enfermedad. Y después me detendré en ello.

En las estadísticas del Ministerio de Sanidad también figuran los datos de la... del gasto destinado a Atención Primaria. Estos datos son del último disponible, el año dos mil cuatro... dos mil catorce -perdón-, en el que se pone de manifiesto como en Castilla y León, del gasto sanitario público, el 16,3 % se destina a la Atención Primaria; la media española es del 13,4 %. Castilla y León es, después de las Comunidades de Aragón y de Extremadura, la tercera Comunidad que más proporción de su gasto sanitario público destina a Atención Primaria. Recordarán ustedes que en algunos ámbitos profesionales de la Primaria, el Foro de la Atención Primaria de España, se reclamaba que en el año dos mil dieciséis este gasto en Primaria llegara al 16 % del gasto total; en esa posición ya estábamos en Castilla y León en el año dos mil catorce, y además esto ha evolucionado de una manera homogénea o en este nivel de gasto en los últimos años, y pone de manifiesto yo creo que una apuesta muy importante por la Atención Primaria en Castilla y León.

Estos son los datos de... que expresan cuantitativamente la dotación de recursos de la Primaria, la organización territorial, las diferencias entre la Primaria urbana y la rural, y la posición comparativa de la Primaria de Castilla y León en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Yo creo que lo que ponen de manifiesto, fundamentalmente, es, primero, una apuesta global muy importante por la Primaria; el hecho de que estemos en las primeras posiciones en proporción del gasto así lo pone de manifiesto; eso, lógicamente, tiene una consecuencia, que es que nuestros recursos humanos en Primaria están en los... en el primer puesto, en lo fundamental, de las Comunidades Autónomas españolas; también desde el punto de vista de las infraestructuras: Castilla y León tiene más consultorios locales que trece Comunidades Autónomas juntas, más Castilla y León que la suma de trece Comunidades Autónomas. Y, por lo tanto, en términos de esfuerzo presupuestario, de infraestructuras y de profesionales, la Primaria de Castilla y León yo creo que estos datos, que



después algunos de ustedes valorarán y criticarán –supongo–, son razonables, con independencia de otras consideraciones que después podamos hacer; y ponen de manifiesto, fundamentalmente, algo que yo creo que es evidente, y es una apuesta, también, y específica, por la Atención Primaria rural.

A mí me parece que son injustas alguna de las valoraciones que yo he escuchado, las críticas que he escuchado, en el sentido de que se plantean o que plantean que se está desatendiendo a la Atención Primaria rural, y que con ello se está contribuyendo a la despoblación del mundo rural. Como después señalaré, creo que esto no es así, sino al contrario: sí es un hecho objetivo que la población rural disminuye, pero también es un hecho objetivo que, a pesar de esa disminución, los servicios se mantienen en el ámbito rural. Luego tal vez haya que buscar otras explicaciones, porque si siguen existiendo los mismos centros de salud rurales, si siguen existiendo los mismos consultorios, los mismos profesionales en el ámbito rural, y la población ha migrado, tal vez existan otras razones, y no la falta de servicios, o al menos de servicios sanitarios. Y por eso me gustaría, como ilustración de esta hipótesis y de este argumento, plantear cuál es la situación en algunas zonas rurales. Yo he traído las más extremas, por razones, fundamentalmente, de dispersión y de poca población, pero esta situación no es tan extrema en otras zonas rurales, pero sí que pone de manifiesto una realidad que pueden ustedes ver aquí.

Esta es, concretamente, la zona básica de salud de Muñico, en el área de salud de Ávila. Tiene adscritos un total de 1.058 usuarios; esta es la población que atiende. Para ello dispone de cuatro médicos de familia, con una ratio de 265 usuarios por médico de familia. ¿Qué quiere decir este ratio? Pues lo tienen ustedes expresado en la última columna: que, en función de la población que tiene asignada, tiene una presión asistencial, una demanda, que, en el caso del médico de familia número 1, de la demarcación número 1, atiende a 13,6 usuarios al día; en la demarcación número 3, a 12,1; en la número 5, a 16,3; y en la número 6, a 8,5 usuarios al día.

Y aquí tienen ustedes las localidades y los consultorios locales que se atienden. En el caso de la demarcación número 1, se acude a la localidad... al consultorio de Cabezas del Villar los lunes, miércoles y viernes; ese municipio tiene 244 tarjetas; en el caso de Hurtum Pascual, acude los martes, tiene 14 tarjetas sanitarias; en el caso de Viñegra de la Sierra, acude los martes también, tiene 18 tarjetas; y en el caso de Gamonal de la Sierra, los martes, y tiene 13 tarjetas. Los minutos diarios de desplazamiento, en el caso de este... de quien ocupa esta demarcación, son 14 al día, y los usuarios, 13,6, teniendo en cuenta la frecuentación que antes les señalaba, que es, en el ámbito rural, el doble o algo más del doble que la media que existe en el Sistema Nacional de Salud español. Y esta es la descripción de esta zona básica de salud.

Es muy significativa también la zona básica de salud de Sedano. Es una zona que atiende a 512 usuarios por parte de 3 médicos de familia, con una ratio, por tanto, de 171 usuarios por cada médico de familia. Y aquí tienen ustedes la distribución de los consultorios locales, con los días de consulta, las tarjetas o la población que tiene cada uno de los consultorios locales. Y hay uno, por cierto, que... un municipio llamado Tudanca, una localidad; tiene 6 habitantes, y se atiende los martes alternos. En este caso, fíjense, el desplazamiento es de 58 minutos, y los usuarios que atiende, como media, al día son 6,3. Esta es una zona muy significativa; por razones de dispersión y de extensión, lo consideramos una zona básica de salud, fundamentalmente, no tanto para garantizar una atención ordinaria, que, como ven,



es muy limitada, porque la demanda que genera esta población de 512 ciudadanos es muy limitada; al final, son 22 consultas al día, que atienden 3 médicos. Está considerada como zona básica de salud para garantizar un servicio de urgencias que atienda las urgencias de esta zona; pero fíjense el debate que suscita esto, a veces, desde el punto de vista del número de usuarios que se atienden por parte de cada uno de los médicos de familia.

Similares situaciones, no tan extremas como la que hemos visto de Sedano, se producen en la zona de salud de Baltanás, en Palencia; o en... en la zona de Fuentesauco de Fuentidueña, en Segovia; o en la zona de salud de Gómara, en el área de salud de Soria; o en la zona de salud de Alta Sanabria, en el área de salud de Zamora. Aquí también pueden observar como 612 usuarios son atendidos por 3 médicos, una ratio, por tanto, de 204 usuarios por médico de familia; les recuerdo que la media rural en Castilla y León son 560 -creo recordar-; la media global de Castilla y León, 924, y la media española de mil trescientos y pico. Aquí estamos hablando de 204 usuarios por médico de familia, con unos tiempos de desplazamiento relativamente importantes, en algunos casos -no en todos-, y con un número de pacientes atendidos al día muy limitado.

¿Cómo ha evolucionado la Atención Primaria en Castilla y León? Pues aquí tienen algunos datos que reflejan el número de tarjetas sanitarias, es decir, de la población que atiende Sacyl, y que tiene una evolución, como ven ustedes, curiosa. De igual manera que la población de Castilla y León creció en la década de los dos mil, en una situación de crecimiento económico importante, a partir de la situación de crisis económica y de las dos recesiones que hemos vivido en España y en Castilla y León -y aquí, concretamente, se percibe con claridad- desde el año dos mil nueve, la población protegida... el número total de tarjetas sanitarias se ha reducido de una manera significativa; concretamente, 103.000 tarjetas sanitarias menos en Castilla y León. Lo que es curioso, en términos de número de médicos de familia, por ejemplo, esto supondría que necesitaríamos 100 médicos de familia menos para atender a la misma población. Recuerden que la ratio media que atiende cada médico de familia son 924, luego, con 100.000 habitantes menos, para atender a la misma población, necesitaríamos 100 médicos de familia menos, cosa que no ha ocurrido, porque el número de médicos de familia se ha mantenido en Castilla y León de manera constante.

Aquí tienen -y aquí se puede percibir este último argumento- cómo ha evolucionado en la última década la ratio de tarjetas asignada a cada médico de familia en Castilla y León y en España. En Castilla y León ha sido una evolución homogénea: en dos mil cuatro, cada uno de nuestros médicos de familia atendía 928 pacientes a su cargo, en dos mil quince eran 924. La media española también se ha mantenido homogénea, pero, como ven, en cifras bastante superiores, en cuanto a ratio de población por médico de familia.

En pediatría ocurre algo parecido, con una pequeña diferencia: nuestra situación de partida inmediatamente después de las transferencias era de una dotación de pediatras relativamente baja; de hecho, nuestra ratio por pediatra era de 1.322, sensiblemente superior a la española. Esto se invirtió a partir de decisiones que se tomaron en el año dos mil cinco y dos mil seis, de incrementar el número de pediatras de Primaria, de manera que a partir del año dos mil ocho nuestra población media asignada de niños a cada pediatra ha estado por debajo de la media del Sistema Nacional de Salud, y se ha mantenido de una manera homogénea en estos últimos ocho años.



En enfermería, la evolución es similar y homogénea; sensiblemente inferior en Castilla y León la ratio de población asignada que en España; y también evolución homogénea en estos últimos once años. La frecuentación también pone de manifiesto un ligero incremento en la última década, y una ligera reducción para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Nos mantenemos con frecuentación muy elevada respecto a la media española, y esta pues se ha incrementado muy ligeramente en los últimos diez años.

En pediatría ocurre una cosa parecida: nuestra frecuentación es, como ven, superior a la media española; ha evolucionado de esta manera que puede observarse, con pocos altibajos. Y en enfermería, la frecuentación ocurre algo parecido: sensiblemente superior a la media española, con esas pequeñas variaciones en estos últimos nueve años.

Respecto al porcentaje de gasto público en Atención Primaria, tanto en Castilla y León como en España, en el año dos mil cuatro esta proporción del gasto era del 16,7 %, en el año dos mil catorce era del 16,3 %, con esas pequeñas variaciones; de igual manera que ha evolucionado homogéneo para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Y desde el punto de vista cuantitativo, pues me gustaría trasladar finalmente otro de los recursos sanitarios. Bien es cierto que en este caso no son públicos, sino privados, pero de interés público: son las oficinas de farmacia. El número y habitantes por oficina de farmacia en Castilla y León, que, como observan, pues también Castilla y León es una Comunidad con una oferta de oficinas de farmacias muy importante. En términos de ratio, en relación con nuestra población, es la segunda Comunidad Autónoma con mejor ratio de habitantes por oficina de farmacia, y con esta distribución, en la que es sensiblemente inferior la ratio en las zonas rurales respecto a las urbanas. Y aquí tienen los datos también comparativos, que ponen de manifiesto esa apuesta, también, del modelo farmacéutico, especialmente significativo en Castilla y León, por una ratio que, después de la Comunidad de Navarra, que tiene otro modelo de apertura de oficinas diferenciado del resto de Comunidades Autónomas, pues en Castilla y León, con esa excepción, somos la Comunidad Autónoma que mayor accesibilidad ofrece también para la atención farmacéutica, a través de las oficinas de farmacia.

Estos son los datos que quería trasladarles, y algunos comentarios que me parecen relevantes desde el punto de vista de... desde el punto de vista de las valoraciones, y que yo les he intentado analizar como los diez lugares comunes que se plantean habitualmente sobre la Atención Primaria. Porque a partir de estos datos yo percibo, en ocasiones, una valoración, una percepción y una manera de valorar y de expresar la Atención Primaria que creo que no siempre responde a esta realidad. Insisto, independientemente que después haya otras maneras de percibirla, otro tipo de datos sobre su actividad o sobre su funcionamiento. Y estos diez lugares comunes la resumo rápidamente.

En primer lugar, se habla de que no se potencia la Atención Primaria y que pierde peso frente a los hospitales. Yo creo que esto no es así; como he señalado antes, la Atención Primaria en Castilla y León, en la Comunidad Autónoma, esta es la que realiza... una de las que mayor esfuerzo realiza en Primaria, que esto se ha mantenido a lo largo del tiempo y que, además, esa comparación a veces ofrece algunas interpretaciones. Esa proporción del gasto en Primaria, el 16,3 %, incluye tanto el Capítulo 1, los gastos de personal, como los gastos de funcionamiento como



las inversiones. Y, sin embargo, creo que el dato no es exactamente homogéneo; los gastos de servicios, de adquisiciones de los hospitales, son necesariamente más importantes: desde los gastos de suministro eléctrico o de energías hasta de materiales, de material sanitario, de medicamentos hospitalarios, etcétera.

Y yo creo que también es útil la comparación del gasto en retribuciones, porque, al final, es lo más homogéneo: cuánto gastamos en personal en Atención Primaria y cuánto gastamos en hospital. Pues bien, la situación se parece a la que antes le señalaba: en dos mil dieciséis, el gasto en retribuciones de los profesionales de Atención Primaria representó el 28,6 % del total del gasto en retribuciones de Sacyl, el 28,6; en dos mil cuatro esa proporción fue del 29,8. Es decir, no ha habido una pérdida de peso de la Primaria, seguimos teniendo, aproximadamente, en términos comparativos de médicos, enfermeras y otros profesionales, un peso parecido para la Primaria que para la hospitalaria.

En segundo lugar, se dice con frecuencia -otro lugar común, depende de cómo se interprete-: los recursos de Atención Primaria son insuficientes. Yo creo que los datos que aquí se han aportado son muy significativos; estamos, en cuanto a medicina de familia, más de un 35 % -creo recordar- por encima de la media del Sistema Nacional de Salud, en torno al 30 % en enfermería, un 13 % en pediatría de Primaria. Y, además, yo señalaría que, en términos de población, la dimensión media de las zonas básicas de salud de Castilla y León es de 9.500 habitantes, mientras que en el Sistema Nacional de Salud es, prácticamente, de 17.000. En términos de recursos, también, de Primaria, les recuerdo lo que antes señalaba: Castilla y León tiene más consultorios locales que trece Comunidades Autónomas juntas; más que Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco, Navarra, La Rioja, Cataluña, Aragón, Madrid, Extremadura, Murcia, Canarias y Baleares. Todas estas Comunidades juntas tienen 3.617 consultorios locales, Castilla y León tiene 3.650. Creo que, en términos de recursos, en fin, a expensas de otras valoraciones, los datos son bastante tozudos.

Se dice también: la Atención Primaria es poco resolutive. Bueno, yo creo que debe serlo más. Y ahí podemos coincidir en que hay que tomar algunas iniciativas para que sea más resolutive; pero les recuerdo lo que antes insinuaba: el pasado año se realizaron 26.500.000 consultas en Primaria y se resolvieron el 95,6 % de esas consultas; solamente se derivaron el 4,4 % de las consultas a resolución hospitalaria. Y algo parecido ocurre respecto a las urgencias: de los 2.000.000 de urgencias, solamente el 3,3 % hubo que... se derivaron a urgencia hospitalaria o a emergencias sanitarias. Luego resuelve mucho; la mayor parte de lo que atiende Primaria se resuelve. Naturalmente, seguro que compartimos la idea de que tiene que resolver más, y ahí debemos estar a las propuestas que realicen los grupos parlamentarios, para mejorar este funcionamiento y esta capacidad resolutive.

Cuarto de los lugares comunes, que es muy matizable. Se afirma con frecuencia: los médicos de familia se van de Castilla y León. Bien. Y esto... pues naturalmente, algunos se van y otros vienen. Las decisiones son individuales, las decisiones, también, sobre cuántos médicos se forman y en qué especialidades las... esas decisiones no son exactamente de la Comunidad Autónoma. Pero yo debo recordar varias cuestiones: primero, en Castilla y León no existen contratos precarios. Y a veces se utiliza este lugar común: se van porque tienen contratos precarios. Miren ustedes, no; todos son a tiempo total, con retribuciones que superan ligeramente la media de las retribuciones de los servicios autonómicos de salud. Y les recuerdo un hecho: a treinta y uno



de diciembre, prácticamente todos los puestos de médicos de familia de equipos de Atención Primaria estaban cubiertos por médicos en situación estable, definitiva, o interinos, el 99,8 % de los puestos de médicos de familia de equipos de Atención Primaria. Y lo mismo ocurría en enfermería: el 99,7 % de los puestos de enfermería de equipos de Atención Primaria estaban cubiertos por enfermeros con puesto fijo o interino. El problema le tenemos cuando se producen necesidades de sustituciones; y ahí es donde, en ocasiones, tenemos algunas dificultades, porque el número de... Y no solamente esta Comunidad Autónoma, también debo decirlo por una... primero, porque el número de médicos de familia es insuficiente y, en segundo lugar, por una mayor preferencia de los médicos de familia, no por las condiciones retributivas o de contratación, sino por las condiciones profesionales. Ocurre con frecuencia que médicos de familia que trabajan en zonas rurales optan, cuando tienen posibilidades, por trasladarse a zonas urbanas, porque, desde el punto de vista profesional, ese trabajo les resulte más atractivo o más vinculado a su propio desarrollo profesional.

Quinto de las afirmaciones que creo que debemos someter a debate. Se dice: no se sustituye a los profesionales en sus ausencias. Y esta cuestión es relativa, como siempre. En primer lugar, tenemos las mejores ratios de médicos y enfermeras de todos los servicios de salud, como ya he señalado, pero, además, en medicina de familia disponemos de 588 puestos adicionales de médicos de familia de área y 442 enfermeros de área, que tienen como función apoyar y sustituir a los profesionales de los equipos en sus ausencias por la razón que sea, en las guardias o en las consultas. Además, quiero recordar que el gasto en sustituciones se ha incrementado en estos años: en dos mil catorce se sustituyeron 132.000 días de ausencia en Atención Primaria, 132.000 días; en dos mil dieciséis se sustituyeron 220.000 días. Es decir, en esos tres años se ha incrementado en un 66 % los días sustituidos en Primaria. Esos días equivalen a 800 profesionales adicionales a tiempo completo. Y, además, debo decirles que en dos mil diecisiete está previsto incrementar la dotación presupuestaria para sustituciones en Primaria.

Sexto de los lugares comunes -y esto se dice con mucha alegría-: no se reponen las jubilaciones. Pues debo decir que no es cierto. Desde que se aprobó el Plan de Ordenación de Recursos Humanos se han sustituido el 100 % de las jubilaciones en Atención Primaria, el 100 %, tanto en médicos como en enfermería. Y eso lo que pone de manifiesto es que, como antes le señalaba, prácticamente el 100 % de los puestos están cubiertos, habitualmente, por propietarios o por interinos, y los problemas los tenemos en las sustituciones, no en la cobertura de esos puestos por jubilaciones o por traslados, porque -insisto- se reponen al 100 %.

Séptimo: las zonas rurales se despueblan porque no tienen servicios. Este es un esquema argumental muy habitual. Yo quiero decir que en lo que respecta, al menos, a la Atención Primaria, en mi opinión, esta afirmación no tiene demasiada consistencia. Es cierto que en la última década la población rural ha disminuido, sin embargo, los servicios sanitarios se han mantenido en el territorio: los 151 centros de salud rurales, los 3.650 consultorios locales y las oficinas de farmacia en el mundo rural. Se mantienen los servicios de Atención Primaria, pese a lo cual la población ha cambiado de residencia. Y a mí esto me hace pensar en otros factores, no necesariamente sanitarios, que influyen en ese fenómeno, que, por otra parte, tampoco es específico de nuestra Comunidad Autónoma. Y creo que lo he señalado: el 33 % de la población vive en zonas rurales, para la que disponemos del 61 % de los centros de salud, y del 53 % de los médicos de familia. En términos de población que asignamos



a cada médico urbano o rural, las diferencias son claras: 575 personas asignadas a cada médico rural, 1.404 en el medio urbano, 945 en el medio semiurbano. Por lo tanto, los servicios de Atención Primaria se han mantenido en el territorio, la población, efectivamente, se ha reducido en el ámbito rural.

Octava afirmación que conviene matizar y sobre la que conviene reflexionar: los habitantes del medio rural tienen peor acceso a la Atención Primaria. Yo creo que esto no es correcto. Los datos de recursos de los que disponemos ya les he señalado; y el indicador de frecuentación, un indicador clave para valorar la accesibilidad, me parece que también es evidente: cada persona visitó a su médico de familia una media de 9,2 veces en dos mil dieciséis, muy superior en el ámbito rural; 10,5 en el ámbito urbano; y semiurbano, 6,45. Se dirá que esto está condicionado por el envejecimiento; y sí, en alguna medida sí, pero no es el factor más importante. Hay Comunidades Autónomas que están igual o más envejecidas que la nuestra, y tienen una frecuentación sensiblemente inferior; véase: Galicia tiene una frecuentación de 5,69 visitas por habitante y año; Castilla y León, como les decía, 9,2; Asturias, otra Comunidad envejecida, tiene una frecuentación de 5,16; Castilla y León, 9,2. El envejecimiento no explica todo sobre la frecuentación; Comunidades igual de envejecidas que la nuestra, la frecuentación es mucho menor; luego hay otros factores. Pero es que en nuestra propia Comunidad ocurre lo mismo; nosotros tenemos un sistema de estratificación de pacientes, que clasifica a los pacientes en función de su edad, pero especialmente en función del uso de recursos, de las enfermedades, de la pluripatología, en definitiva, de la complejidad. Y de ahí extraemos algunas conclusiones, que explican que dos zonas básicas de salud, urbanas y rural, igualmente envejecidas, la frecuentación es distinta, mucho mayor en las zonas rurales que en las urbanas. Una persona de 87 años acude, como media, a consulta de su médico de familia, diecisiete coma veces al año si vive en el medio urbano, y 25,6 veces si vive en una zona rural. Luego el envejecimiento explica que la frecuentación es mayor, pero no explica la diferencia de frecuentación entre zonas urbanas o rurales. Y digo más: si, además de 87 años, el paciente tiene enfermedades crónicas que le califican como paciente crónico pluripatológico, acudirá 21,5 veces al año a su médico si vive en una ciudad, o 31,3 si vive en un municipio rural. Por lo tanto, a igual envejecimiento y cronicidad de la patología, existen diferencias muy importantes en el acceso y en el uso de la Atención Primaria, y en la frecuentación.

La conclusión, en mi opinión, es clara: la mayor frecuentación que se produce en Castilla y León, en relación con otras Comunidades Autónomas, y la mayor frecuentación del medio rural respecto al urbano no obedece a la edad o a la complejidad de la patología, sino a una mayor accesibilidad: a la proximidad, a tener cerca el centro de salud o el consultorio local, a la escasa espera para recibir atención, a la cercanía de los profesionales y a las propias características del mundo rural y del mundo urbano.

Para ir terminando, el noveno de los “lugares comunes” –entre comillas– que creo que conviene discutir y sobre el que conviene reflexionar, es que no se tiene en cuenta la dispersión en las zonas rurales a la hora de planificar los recursos de Atención Primaria. Yo creo que esto tampoco se sostiene, a la vista de los datos. Y les señalaré, en primer lugar, que la delimitación de las zonas básicas de salud como criterio de ordenación de la Atención Primaria, desde luego, ha tenido en cuenta el criterio de dispersión y de accesibilidad. Les recuerdo una cuestión: la Ley General de Sanidad establece un estándar en las dimensiones de la Atención Primaria, y viene a decir que las zonas básicas de salud deberán tener –o sea, recomienda– una



población entre 5.000 y 25.000 habitantes; la dimensión media de las zonas básicas de salud en Castilla y León es de 9.600 habitantes, en el Sistema Nacional de Salud es de 17.000; 45 de nuestras zonas básicas de salud tienen menos de 2.500 habitantes, la mitad del mínimo recomendado por la Ley General de Sanidad, 45 zonas con menos de 2.500 habitantes. Y eso es precisamente así para atender el criterio de que la dispersión de la población no afecte a la atención sanitaria ni a la atención urgente. Pero, además, desde el punto de vista de la asignación de población a los profesionales, ocurre lo mismo: 91 zonas básicas de salud tienen cupos medios inferiores a 600 habitantes, 91 zonas básicas de salud; y, de ellas, 11 tienen una población por médico de familia inferior a 300 habitantes, como media; algunas de ellas las he señalado y he descrito esa organización del trabajo. Por lo tanto, ordenación de la atención y asignación de población que tiene, y mucho, en cuenta y atiende a las circunstancias de la dispersión.

Les recuerdo un dato que antes he pasado por encima de él: en España, el 6,2 % de los médicos de familia, el 6,2 %, tiene asignadas menos de 500 tarjetas sanitarias; en Castilla y León, el 30 % de nuestros médicos de familia tiene asignadas menos de 500 tarjetas sanitarias. Es decir, cinco veces más, precisamente para atender, fundamentalmente, el criterio de población... de dispersión de la población.

Y el último de los lugares comunes que, si me permiten, quería poner sobre la mesa es el de que nuestros médicos dedican más tiempo a desplazarse que a atender a sus pacientes. Y, bueno, yo creo que esta afirmación es exagerada -algo tiene de realidad, naturalmente-, y es que nuestros médicos, yo diría, dedican bastante tiempo a desplazarse. Pero, claro, hacer compatible atender a una población dispersa requiere algunos esfuerzos en desplazamiento. No obstante, les diré que los médicos que se desplazan para atender a sus pacientes en consultorios locales son el 56 % de todos los médicos de familia, el 56 %, que realizan una media de 30 kilómetros diarios, y que se desplazan a una media de 2,8 consultorios locales cada día. A veces se dice: es que hay médicos que tienen que estar mucho tiempo o ir a muchísimos consultorios; estas son las cifras medias; naturalmente, esto supone que algunos se desplazan a un consultorio y otros a cinco o a seis, pero estas son las cifras medias: el 56 % de los médicos de familia se desplazan, realizan una media de 30 kilómetros diarios y se desplazan a 2,8 consultorios locales. En enfermería ocurre algo parecido: se desplazan el 52 % de nuestras enfermeras de Primaria, con una media de 3,3 consultorios diarios que atienden.

Y finalmente, antes de que se ponga nerviosa la presidenta de la Comisión, me gustaría plantearles también algunos temas sobre lo que estamos planteando, algunas líneas de mejoras de la Atención Primaria, que, desde luego, pasan, en primer lugar, por mantener los recursos que tenemos en Atención Primaria, recursos importantísimos, como creo que ha quedado constatado en esta intervención. Desde luego, vamos a mantener y a garantizar la cobertura del 100 % de las jubilaciones en el futuro; es más, de acuerdo con nuestro Plan de Ordenación de Recursos Humanos, en materia de prolongación del servicio activo, el llamado "plan de jubilaciones", tal como lo preveía el plan, hemos dado instrucciones para que los profesionales de Atención Primaria que soliciten prolongar su servicio activo, una vez que cumplan su edad de jubilación, se autorice esa prolongación, para mantener los efectivos que tenemos en el ámbito de la Atención Primaria.

En segundo lugar, estamos trabajando en la reordenación de la gestión de las agendas, tema muy importante en el ámbito de la Atención Primaria. Hemos



constatado, en ocasiones, que dos equipos de Atención Primaria de similares características, con similar dotación y con similar presión asistencial, una u otra gestión de sus agendas condiciona mayor agilidad en la atención, menores demoras en la atención. Y, por lo tanto, estamos analizando esas mejores prácticas, que hacen que la asignación de consultas... el tiempo de asignación de consultas sea el menor posible en el ámbito de la Atención Primaria. Nos hemos planteado como objetivo que el número de pacientes atendidos a los que se da cita con un tiempo de 24 o de 48 horas no supere el 7 %, creo recordar, con carácter general, en el ámbito de los equipos de Atención Primaria.

En tercer lugar, estamos iniciando la tramitación para revertir una de las medidas que habíamos adoptado, que es la de... en este caso, la de facilitar la manutención en las guardias también en la Atención Primaria.

En cuarto lugar, estamos negociando con las organizaciones sindicales la apertura de consultas por las tardes en los centros de salud urbanos. Algunos de ellos ya tienen un sistema que, esquemáticamente, los propios equipos denominan de cuatro más uno, es decir, de cuatro jornadas de consulta por la mañana y una por la tarde; y vamos a facilitar la apertura de consultas por las... tarde en zonas urbanas para garantizar que en las situaciones en las que se producen acumulación de cupos, o de consultas, o de pacientes, se pueda resolver con mayor flexibilidad por parte de los propios equipos.

En quinto lugar, en la previsión presupuestaria de dos mil diecisiete, que estamos trabajando, vamos a incrementar la dotación de sustituciones en Atención Primaria en el año dos mil diecisiete.

En sexto lugar, vamos a realizar una propuesta, para que sea examinada en esta Cámara, para que los profesionales extracomunitarios que terminan su especialidad puedan trabajar en la Gerencia Regional de Salud, en Sacyl, ocupando puestos de carácter temporal de las características que sean. Este es un problema y es una incongruencia de nuestra legislación nacional; el hecho de que exista un cupo para titulados extracomunitarios que realizan su formación como especialistas, existe un cupo en el sistema mir, y, sin embargo, estos profesionales, cuando terminan su especialidad, no pueden ejercer como estatutarios en España, si no tienen permiso de residencia; y no pueden tener permiso de residencia si no tienen un contrato de trabajo. Esta incongruencia queremos resolverla para que, al menos, puedan ocupar puestos de trabajo como estatutarios, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.

En séptimo lugar, vamos a agotar al máximo la capacidad de convocar oposiciones en Atención Primaria. Hemos reclamado al Gobierno de la Nación, y hay un acuerdo que tiene que concretarse, un acuerdo de la Conferencia de Presidentes, que nosotros también hemos promovido desde Castilla y León, para que se flexibilicen o eliminen los criterios de cálculo de las tasas de reposición; y de tal manera que en los servicios públicos esenciales, y, desde luego, en el ámbito sanitario, en el que las... esas plazas están ocupadas por interinos, se nos permita realizar ofertas públicas de empleo, oposiciones, para estabilizar el empleo. Yo no sé en otros sectores, pero, desde luego, en sanidad esto no afecta al incremento del gasto público, que era una de las razones por las que las leyes de Presupuestos del Estado establecían esos criterios de cálculo de las tasas de reposición. En el ámbito sanitario, como les decía, los profesionales están vinculados de manera interina y, por lo tanto, el que una persona esté vinculada de forma interina o definitiva no impacta en el gasto



público; con más razón reclamamos del Estado esa flexibilización o esa eliminación de los criterios de las tasas de reposición.

En octavo lugar, vamos a impulsar y a sistematizar los concursos de traslados. Ya hemos realizado uno en el ámbito de la medicina de familia de Atención Primaria, en el que... y de enfermería de Atención Primaria, que, por cierto, nos ha permitido que se integren en el Servicio de Salud de Castilla y León 26 profesionales de otras Comunidades Autónomas, en el caso de medicina de familia, y 232 profesionales de enfermería. De tal manera que convocar concursos de traslado también atrae profesionales que estaban en otros servicios de salud autonómicos.

Estamos adoptando medidas, también, para mejorar el funcionamiento de la Primaria y su continuidad con la Atención Hospitalaria para aumentar la capacidad de resolución de la Primaria, por la vía de una mejor continuidad con la Hospitalaria.

Y, finalmente, el desarrollo de la receta electrónica, implantada ya en el 100 % de los centros de salud y en el 100 % de las oficinas de farmacia, creemos que contribuirá a facilitar más tiempo clínico a los profesionales de Atención Primaria y, por lo tanto, un mejor funcionamiento a nuestro sistema.

Estos son los datos, señoras y señores procuradores, estas son alguna de las valoraciones y alguna de las medidas que estamos planteando, y a partir de ahí, pues lógicamente, estoy a su disposición para sus valoraciones, y en particular para sus propuestas sobre la mejora de la situación y del funcionamiento de la Atención Primaria en Castilla y León.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, excelentísimo señor consejero de Sanidad, por su intervención y sus explicaciones. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se procede a la apertura de un turno de portavoces de los distintos grupos parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, el señor procurador don Luis Mariano Santos Reyero.

EL SEÑOR SANTOS REYERO:

Sí. Gracias, presidenta. Buenos días a todos. Muchas gracias, señor consejero. Ha lanzado usted muchísimos datos; algunos ya eran conocidos, porque le quiero recordar que alguno de ellos ya los había planteado el presidente en una pregunta, no hace mucho, que yo le hacía en la Cámara. Pero, fíjese, me gustaría empezar, casi, por el final, porque usted ha planteado una serie de soluciones, después de plantearnos que, más o menos, la Oposición, o que prácticamente todas las críticas que se hacen a la sanidad... a la sanidad y a la Atención sanitaria Primaria, y sobre todo a la asistencia sanitaria rural, después de todas esas cosas, usted nos ha planteado soluciones que son prácticamente la que les... las que le llevamos pidiendo desde hace mucho tiempo, no solo los grupos parlamentarios, sino también, probablemente, toda la sociedad de Castilla y de León.

Mire, yo le voy a decir una cosa. Es decir, por empezar, un poco, mi razonamiento, intentaré llevar una línea argumental parecida o similar a lo que usted nos ha dicho. Para empezar, yo estoy un poco harto -supongo que usted también- de que siempre estemos justificando los déficits de esta atención sanitaria basándonos en la configuración de esta Comunidad Autónoma en cuanto a dispersión poblacional, en



cuanto a dificultad orográfica, e incluso en cuanto a envejecimiento de la población. Quiero decir, estoy un poco harto porque, al fin y al cabo, eso es lo que... lo que tenemos, por desgracia, y eso es lo que en estos momentos... o es en el ámbito en el que nos tenemos que mover, ¿no?

Usted decía que mantener los servicios en el medio rural... o que no es verdad que los servicios sanitarios, o ese déficit de servicios sanitarios estuviera favoreciendo el despoblamiento rural o que estuviera no manteniendo nuestro medio rural; pero eso usted sabe también que no es cierto. Y no es cierto porque es verdad, es verdad que existen muchos más servicios que debemos mantener en el medio rural, pero si creemos realmente en el medio rural, el primer servicio, el servicio más esencial, aquel al que tenemos que dedicar la mayoría de los esfuerzos, desde luego, tiene que ser el ámbito... el ámbito sanitario. Y eso es fundamental, y sobre todo porque, si todos reconocemos la dificultad de accesibilidad de nuestros ciudadanos en ese medio rural y, de alguna forma, reconocemos ese envejecimiento de nuestro medio rural, lógicamente, el sistema sanitario se configura como una de las... elementos vitales y fundamentales para que la gente no emigre, no emigre al mundo urbano.

Mire, yo quisiera hablar de los cuatro problemas que yo creo que tiene nuestra sanidad rural, y lo que quiero hacer de forma, casi, esquemática, aunque usted, al fin... al final, con sus soluciones, prácticamente lo ha reconocido o los ha reconocido todos. Primero, creo que fallamos en la adecuación y en la adaptación de la prestación sanitaria para garantizar, sobre todo según las características de esta entidad autonómica, el número de profesionales. Y digo que fallamos porque usted habla de que se han mantenido en los últimos años, y habla de un descenso poblacional. Yo no sé si es cierto, yo no puedo justificar ahora mismo si lo que usted me dice es cierto o no es cierto, pero me tendrá que explicar usted cómo... si desde el año dos mil diez hemos bajado un 6 % en los recursos presupuestarios sanitarios, cómo hemos sido capaces, cómo hemos sido capaces de mantener todos los profesionales y ese mismo estándar de eficacia o de calidad.

Porque, mire, yo, que ya también llevo un tiempo y que he vivido muchísimo en la sanidad... o que he vivido mucho en el medio rural, yo le puedo decir que mi experiencia personal es que yo iba a un centro de salud y tenía, generalmente, cinco días de atención, por ejemplo, de traumatología, y ahora mismo, si tengo suerte, tengo un día o como máximo dos. Por lo tanto, si mantenemos los... si mantenemos, digamos, los médicos, si mantenemos la misma calidad, no entiendo yo exactamente por qué existe... por qué existe esa disfunción o, por lo menos, por qué yo veo esa disfunción, ¿no?

Usted nos decía que, bueno, que los problemas que existían en el medio rural, que la adscripción del médico, que los... que la traumatología, que seguían todos, digamos, en el mismo estado. Pero yo le digo -y respóndame cuando tenga usted, si tiene... si se acuerda-: ¿usted cree que existen casos ahora mismo donde, por ejemplo, determinados servicios o especialidades -tipo traumatología, tipo pediatría- se están dando de la misma forma que se daban hace diez años o existen ahora mismo menores... frecuentación, o existe menores índices de calidad? Usted hablaba también y nos decía... yo no sé por qué hacía esa comparación, como diciendo "bueno, el 33 % de la gente vive en el núcleo rural y mantiene casi lo mismo que el 52 %"; esa es la verdadera clave, señorita, esa es la verdadera clave. La verdadera clave es que toda la gente tiene que tener los mismos estándares de igualdad, todos debemos de



tener el mismo acceso a nuestra sanidad, independientemente de vivir en un pueblo, independientemente de que sea el 30 % de la población e independientemente de que sea el 50, como sería en el caso urbano.

El segundo problema que para mí es importante, señor consejero, es esa falta de previsión de cobertura de puestos. Y usted lo reconoce en las soluciones, porque en las mismas soluciones usted está hablando ya de la cobertura de jubilaciones, está hablando de favorecer las oposiciones, del concurso de traslados; usted, que nos está reconociendo que existe ese problema en las sustituciones. Yo le decía al presidente –y usted lo sabe, porque hemos hablado también de ello– que no puede ser que simplemente un profesional, por cogerse sus vacaciones o por tener una incapacidad laboral transitoria durante un mes, pueda ser... significar que el servicio que, por ejemplo, se daba, en ese caso, en un caso concreto –que yo le hablaba–, a tres zonas básicas de salud, se queden sin tener ese servicio durante todo un mes, hasta que el profesional regrese de sus vacaciones. Eso no es normal, eso no tiene ninguna justificación; solamente tiene una justificación: que usted nos dice que hay determinadas especialidades que hay insuficiencia de médicos. Y para eso, desde luego, tenemos que dar algún tipo de solución. Usted planteaba una serie de ellas ahora mismo.

Yo le quiero recordar que eso mismo se planteaba también en el dos mil ocho –y usted, probablemente, lo recordará–: en su consejería, o en la Consejería de Sanidad; de aquella, seguramente no era usted el titular, pero ya de aquella se hablaba de que había que fidelizar a los profesionales, que teníamos que tener profesionales suficientemente fieles para que puedan acceder a esas sustituciones. Y se hablaba en aquellos momentos ya –ya, ¿eh?– de mejorar condiciones laborales e incrementar expectativas de desarrollo y promoción profesional; de estructuración de un nuevo sistema retributivo, del desarrollo de una carrera profesional potenciando desempeño, formación, docencia e investigación; o de la mejora de las condiciones laborales. Eso es lo que usted también está planteando ahora mismo, y a mí me parece muy bien, porque, probablemente, todos estamos de acuerdo en que esas deben de ser... la solución. Probablemente, yo un día le decía: una discriminación positiva de nuestros profesionales; probablemente eso es lo que necesitamos para dar la cobertura a esas sustituciones en el medio rural. Pero eso que ya lo sabíamos en el dos mil ocho, eso que ya hemos sabido ahora mismo y eso que usted nos ha vendido, con una serie de datos, como si no fuera necesario, resulta que después, cuando nos habla de las soluciones, realmente lo vuelve a plantear. Y, repito, yo estoy de acuerdo con ello.

Ese era el tercer punto, la falta de fidelización de los profesionales, o ese era el verdadero problema. Y le quiero recordar que ya usted, en octubre del dos mil dieciséis, decía que Castilla y León prepara un plan para atraer médicos rurales. Por lo tanto, usted está reconociendo también que ese es el déficit y está reconociendo el problema.

Por lo tanto, cuando usted nos hablaba de esos datos importantes, de esos datos geniales que planteaban prácticamente, o que quitaban la razón a la Oposición, usted sabe mejor que nadie, usted sabe, que sí existen esos problemas; y lo sabe porque ahora está planteando unas soluciones como se planteaban en el dos mil ocho. Y, por lo tanto, yo ahí también le quiero decir, es decir, independientemente de quién tenga la razón o de que nos la quiera quitar en algún momento, lo que es necesario, sobre todo para zonas rurales de Castilla y León, es tomar decisiones ya.



Y el último punto que a mí me interesa, también, resaltar en cuanto a los problemas que para mí eran fundamentales era la falta de implantación de nuevas tecnologías en el medio rural. Y yo creo que eso es importante y yo creo que eso lo tenemos que saber. Y si la telemedicina es difícil que llegue a muchos sitios o, por lo menos, a sitios rurales... perdón, urbanos, desde luego, según tenemos ahora mismo... bueno, según tenemos ahora mismo nuestro medio rural, parece casi utópico hablar de determinados avances tecnológicos en nuestros pueblos. Por lo tanto, eso yo creo que es una cuestión fundamental e importante.

Y no quería dejarme... sobre alguna de las cosas que usted ha dicho -intentaré finalizar lo más rápido posible-. Nos decía que no se reponen... que era un mantra que se utilizaba habitualmente: que no se reponen las jubilaciones. Yo le quiero preguntar, señor consejero: ¿cuántos puestos o cuántos médicos se han amortizado en los últimos diez años? Probablemente, más de 60. Por lo tanto, a veces no se pueden reponer las jubilaciones, pero si amortizamos... si amortizamos puestos de médicos, desde luego, también, poco estamos haciendo para reponer esos déficits en cuanto a profesionales.

Y decía usted que los habitantes tienen... que es una... es un mantra o que es mentira que los habitantes del medio rural tengan peor accesibilidad a la atención sanitaria. Yo creo que eso no es un mantra, yo creo que eso es una realidad. Pero es lógica también, por otra parte; es lógica porque hemos hablado de las dificultades de una Comunidad Autónoma tan desastrosamente estructurada como esta; una Comunidad Autónoma que no tiene absolutamente ningún sentido. Y como no tiene ningún sentido, orográficamente hablando, en cuanto a dispersión y en cuanto a envejecimiento, lógicamente, en el medio rural es mucho más difícil y mucho más dura tener esos estándares, que hemos hablado, de calidad en la atención sanitaria.

Y por último, hablaba usted de la... del desplazamiento sobre nuestros médicos en coche. Esa también esa una realidad, señor consejero. El problema de los datos y de las medias que usted nos ha lanzado hoy es que las medias esconden muchos... muchas injusticias; pero usted sabe, como yo, que existen médicos que se pasan...

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Tiene que terminar, señor procurador.

EL SEÑOR SANTOS REYERO:

(Acabo ya, acabo ya, señora presidenta). ... existen médicos que se pasan más de cuatro horas en los desplazamientos para atender, cuatro horas de su jornada. Y eso, desde luego, por lo menos, es una mala planificación. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señor Santos Reyero. Para contestarle a su turno, tiene la palabra el excelentísimo señor consejero.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señora presidenta. Y gracias, señor Reyero. Bueno, pues voy al grano de las... Decía que eran cuatro, y al final eran siete las cuestiones globales que usted plantea.



Primero habla de adecuación y adaptación del número de profesionales, y se pregunta cómo es posible, con un 6 % de recursos presupuestarios menos, mantener el mismo número de efectivos. Yo le diré que esto tiene un matiz: deberíamos hablar más bien del gasto, no del presupuesto, porque, como sabe, el gasto real de la Gerencia Regional de Salud siempre es mayor que el presupuesto, y eso explica cuestiones que tienen que ver con el... con el margen de déficit, e incluso con el cumplimiento en el último año. No obstante, le diré: es posible mantener el mismo gasto con los mismos efectivos, e incluso un poco menos gasto con los mismos efectivos. Le recuerdo que en Castilla y León, desde el año dos mil diez, se ha reducido el sueldo de todos los profesionales sanitarios en un 5 % -acuérdesse de la medida del Gobierno del señor Zapatero-, después se ha congelado; que se han suprimido algunas cuestiones como el sistema de autoconcertación, que tenía un gasto relativamente importante; que se han ajustado algunas que tenían que ver con los módulos; y que se ha congelado la carrera profesional. Y esos son maneras de poder mantener el número de efectivos. Y, además, en términos del presupuesto, yo le recuerdo que hemos planteado desde el año dos mil diez y el año dos mil once una cuestión muy clara: íbamos a ralentizar algunas inversiones para poder mantener lo fundamental de la sanidad pública, que en primera instancia es el número de profesionales. Y yo le puedo decir que ha habido algunos ejercicios donde el capítulo de inversiones se ha reducido en torno a 40, 50 millones de euros anuales respecto a ejercicios anteriores. Esto es lo que explica esa idea que trasladamos. Cuando ustedes, los grupos de la Oposición, nos pedían seguir haciendo inversiones, construir el centro de salud de aquí o de allá, nosotros decíamos: señores, este es momento de parar con las inversiones para mantener lo fundamental. Y, por lo tanto, eso es posible.

Usted, cuando habla de... ha planteado algunas cuestiones, en realidad no hablaba de la Primaria, sino hablaba de especialidades hospitalarias; y, naturalmente, ahí, pues, algo más debo compartir esa idea: que es imposible de no... es imposible de superar. Si alguien vive a 80 kilómetros de un hospital, difícilmente va a tener el mismo acceso a las especialidades hospitalarias que quien vive en la misma ciudad; esto es evidente. Habrá que paliarlo, habrá que reducirlo. Pero yo me refiero, fundamentalmente, a la Atención Primaria, y ahí es donde digo que la accesibilidad, que el acceso a las... a la Atención Primaria... De hecho, yo creo que se ha podido percibir perfectamente en los datos que yo he planteado: la frecuentación en los últimos años de Atención Primaria no se ha incrementado... se ha incrementado ligeramente -perdón-, no se ha reducido; lo cual habla de que se ha mantenido, en mi opinión, adecuadamente la accesibilidad -insisto- en la Atención Primaria. Cosa distinta es en la Hospitalaria, que tiene otras complicaciones o que tiene otras complejidades.

Habla su señoría de la falta de previsión. Hombre, yo creo que, respecto a las jubilaciones, ya estaba previsto todo: primero, reponerlas. Yo aquí he insistido en que vamos a seguir reponiéndolas, pero es que ya lo hemos hecho; desde la aprobación del Plan de Ordenación de Recursos Humanos, en Atención Primaria, se han repuesto el 100 % de las sustituciones, en médicos de familia y en enfermeros de los equipos, y, en general, el resto del personal. Por lo tanto, eso ya estaba previsto.

Ha hablado usted también de las oposiciones. Nosotros no hemos podido convocar oposiciones mucho antes porque teníamos unas limitaciones en la tasa de reposición, y, por lo tanto, cuando estas se han flexibilizado un poco, hemos hecho una apuesta; además, creo que el Gobierno de Castilla y León ha priorizado de una



manera muy importante la oferta pública de empleo en sanidad. ¿Y lo podíamos haber hecho antes? Pues no. Fíjese usted las broncas que me han echado a mí por convocar unas oposiciones de enfermería, contra el criterio del Estado. Yo lo intenté, salió mal, y ustedes, todos los grupos, me echaron bastante bronca. Si lo hubiéramos hecho de manera sistemática, imagínese. De manera que no podíamos convocar más oposiciones mucho antes, las hemos convocado ahora.

Y respecto a los concursos de traslados, ya le he señalado que tienen una virtualidad, y que lo vamos a seguir ejerciendo, y es la de atraer profesionales de otras Comunidades Autónomas en mayor o menor medida.

Y habla usted de fidelizar. Fíjese, esta es la única Comunidad Autónoma que tiene un proyecto de fidelización de los residentes que terminan su período de formación; es limitado. Llevamos ya dos años, este va a ser el tercero, en el que a los quince mejores residentes Sacyl les ofrece un contrato de tres años en hospitales o en Atención Primaria. Y no crea que esto es sencillo, no solamente es una cuestión de voluntad; hemos tropezado con muchas críticas, también, sindicales por no mantener el orden de las bolsas o de la antigüedad en el empleo. Pero nosotros hemos querido discriminar a los residentes que hacen... que cumplen mejor su trabajo, que hacen mejor su especialización en... ofreciéndoles ese tipo de contratos de trabajo.

Y cuando usted habla de la necesidad de la discriminación positiva, claro... ¿Y qué más debemos hacer? Yo le recuerdo aquí los datos de la zona básica de salud de Sedano. ¿Qué más podemos haber, si tenemos una zona con 512 habitantes y 3 médicos a su cargo permanentemente? No hay otra manera, señor Reyero, de organizar esta atención, salvo decir que aquí... Fíjese aquí lo que hemos hecho. *[El orador acompaña su exposición con imágenes]*. Si observa usted estos datos, ve que hay demarcación 1, 2 y 4. Es que aquí ha llegado a haber cuatro médicos de familia, y, con motivo de la reestructuración Primaria, trasladamos uno a Burgos capital; se mantienen tres. Puede usted decir: se ha reducido el número de médicos en las zonas rurales. Oiga, pero es que esta es una situación ya en sí misma difícilmente sostenible. Cuando un médico atiende a seis usuarios al día, esa situación es compleja desde el punto de vista de su desarrollo profesional. Y esta es una cuestión que tendremos que planteárnoslo y... tendremos que irnoslo planteando, desde el punto de vista de cómo seguir garantizando la atención a toda la población rural, aunque viva en Pesadas de Burgos, aunque solo vivan diecisiete personas, cómo garantizar seguir atendiéndolas, pero, a la vez, tener médicos de familia que, desde un punto de vista de su desarrollo profesional, pueda suponer un ejercicio importante.

Y fíjense, ya se lo digo de antemano, tal vez este es uno de los factores que hacen que a veces nuestros médicos de familia renuncien a trabajar en algunas zonas, en función de ese ejercicio profesional. Porque estos médicos tienen unas retribuciones razonables, y tal vez lo que es menos incentivador es el número de pacientes que atienden. Y, fíjese, si fuesen más pacientes, estos 58 minutos de tiempo de desplazamiento al día se multiplicarían por 2 o por 3. Y aquí hemos conseguido, en mi opinión, un equilibrio muy importante. Le puedo decir que dudo que haya médicos que estén esas 4 horas desplazándose en su jornada laboral. Naturalmente, si usted cuenta el tiempo desde que salen de su domicilio, llegan al centro de salud y luego vuelven, puede haber algún caso; pero desde que comienzan su jornada en el centro de salud y los desplazamientos a los consultorios locales, yo ya le digo que las medias usted dice "ocultan datos muy variables"; naturalmente, para eso son medias. Pero también ponen de realidad cómo son, con carácter general, las cosas.



Medidas de fidelización. Yo le puedo asegurar que hemos dado muchas vueltas a cómo incentivar la cobertura de determinados puestos. Y, fíjese, señalaba al principio de mi intervención que prácticamente el 100 % de los puestos de equipos de Atención Primaria están cubiertos por propietarios o por interinos; no solemos tener un problema a la hora de cubrir esos puestos, le tenemos a la hora de sustituirles. Y tenemos una dificultad: ¿qué debemos incentivar, esos puestos, que no tienen dificultad de cobertura o a esos interinos... o a esos eventuales –perdón–, o a esos sustitutos? Y este es un problema desde un punto de vista, también, jurídico de cómo incentivar una función más que un puesto. Cuando en otras Administraciones se primaba para los concursos de traslados la presencia en el País Vasco, en el caso de cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, esa experiencia resultó, porque la gente prefería irse a un lugar en condiciones no tan favorables, a cambio de que después pudiera trasladarse a un lugar más atractivo o al que aspiraba a trabajar. Y en eso estamos trabajando, pero también, insisto, con esas dificultades. Nuestro problema no es contratar a un médico de familia en una zona rural, el problema es sustituirle. Y, en parte, este tipo de circunstancias condicionan, como le digo, también ese problema.

Cuando habla usted de desplazamiento de especialistas a las zonas rurales, seguramente tiene parte de razón... tenga parte de razón en que ha podido haber un pequeño reflujo, pero ¿sabe usted por qué? Porque, a veces, los especialistas lo que nos dicen es que ellos quieren que esa... que ese desplazamiento y esa atención sea resolutive. Y en muchas ocasiones nos hemos encontrado con un desplazamiento de especialistas que, después de realizadas las primeras consultas, requiere citar al hospital en el ámbito hospitalario para que la consulta sea resolutive. Y ahí, y ahí es donde tenemos que encontrar un equilibrio: desplazamiento que facilite la accesibilidad –estamos hablando de especialidades– con capacidad de resolución. Porque aquí no se trata solo de que la población se sienta más protegida, no, no; aquí hay que ser resolutive y tener resultados en salud y curarle... y curar a los pacientes, no solamente atenderles en el entorno cercano.

Ha podido usted ver, cuando habla de cuántos puestos se han amortizado, que nuestra... que nuestro número de profesionales se ha mantenido en lo fundamental; ha habido unas pequeñas variaciones entre zonas urbanas y rurales, pero como consecuencia de este tipo de situaciones. Es decir, mantener cuatro médicos en la zona básica de Sedano yo creo que no tiene demasiado sentido, si entre los cuatro hacen veintidós consultas al día. Si la valoración es esa, yo creo que tenemos que analizar otras alternativas. De manera que lo que sí que ha ocurrido es que una pequeña reducción del número de médicos en zonas rurales, para incorporarlas a las urbanas, en las que hay una media de 1.400 habitantes por cada uno de los médicos. Y también es nuestra obligación mejorar la atención en esas zonas.

Y respecto a los desplazamientos, ya me dirá usted, señor Reyero, cómo hacemos compatibles las dos cosas, mantener médicos... No sería razonable que, en una zona básica de salud, una ratio de 171 usuarios por médico baje todavía más; pero, si no baja, alguien se tiene que desplazar, o el médico o los ciudadanos. Y, por lo tanto, es un problema que, desde su doble perspectiva, es irresoluble. Atender en condiciones de igualdad a la población rural requiere desplazamientos; lo que tenemos que hacer es plantearnos que esos desplazamientos sean razonables. Yo le puedo asegurar que, cuando hemos hecho el cálculo de los cupos óptimos en cada una de las zonas básicas de salud, hemos tenido en cuenta, fíjese, varios factores: uno, que el tiempo de atención a los pacientes no supere las cinco horas; dos, que dentro de



ese tiempo se compute el tiempo de desplazamiento. Y si quiere usted verlo en un aplicativo informático, lo podemos observar como cada médico tiene calculado... *[El orador acompaña su exposición con imágenes]*. Bueno, y aquí lo ven: que el médico número 1 de Sedano, los minutos de desplazamiento al día son 58; el número 2, 26; y el número 4, 21. Y eso se computa dentro de su jornada laboral, naturalmente.

De manera que todos esos factores les hemos tenido en cuenta, que tienen que ver con la dispersión, y también ahora vamos a empezar a introducir la complejidad de sus pacientes, que es otro factor que distingue... No basta con decir que yo tengo 500 pacientes a mi cargo, si los 500 son complejos o si los 500 son sanos y no acuden casi nunca a su médico de familia.

De manera que, a veces, alguna de las cuestiones que usted plantea yo las vivo como contradictoria. Dice: hay que mantener la accesibilidad en condiciones de... aproximadas de igualdad, pero al mismo tiempo lo ponen... lo contraponen con los desplazamientos de los profesionales; y claro, esos dos temas son imposibles de resolver, los dos al mismo tiempo o en la misma dirección. Y, desde luego, las soluciones que yo le apuntaba, algunas ya se vienen manteniendo, algunas tendremos que incrementarlas. Debo decirle también que el año dos mil dieciséis ha sido un poco peculiar, porque ha habido un incremento de días de libre disposición -y eso... y eso es relevante-, y también porque ha habido entremedias concursos de traslados que han modificado algunas cosas. En cualquier caso, yo creo que, con el tiempo, pues iremos avanzando en estas soluciones y en las que proponga su grupo parlamentario, que estudiaremos con todo el detalle.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, excelentísimo señor consejero. Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor procurador don Manuel Mitadiel.

EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:

Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias al consejero por su comparecencia. *[Murmullos]*. ¿Perdón?

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Perdón, perdón. Perdón. Pues en un turno de réplica, tiene la palabra el señor Santos Reyero.

EL SEÑOR SANTOS REYERO:

Sí, gracias, presidenta. Pensé que la tenía que hacer al final. No pasa nada tampoco. Da lo mismo. Bien, por... por contestar un poco a lo que usted ha planteado... *[Murmullos]*. Supongo que serán cinco minutos, sí. Sí, supongo que sí. Vale.

Vamos a ver, por empezar un poco con lo que usted me ha contestado, me dice usted que prácticamente la disminución en cuanto al gasto sanitario se debe más bien a la contención de gasto. Bien, yo le voy a ser sincero. Me extrañaría, sería casi la primera vez que esta... que esta entidad autónoma ha sido capaz de contener el gasto; probablemente esta y prácticamente todas las que componen el Estado español.

Sí que usted habla de la reducción del sueldo y de que... bueno, primero que lo redujo el señor Rodríguez Zapatero y que después ustedes lo congelaron. Y, fíjese,



cuando usted me habla de contradicción –por coger el último punto–, esto sí que también es una contradicción. Es decir, hablar de que ustedes están intentando fidelizar, intentando buscar que los profesionales vengan a esta Comunidad Autónoma, y estamos hablando de que el sistema retributivo, desde luego, no es el adecuado, o por lo menos que no es atractivo. Por lo tanto, también eso a mí me parece una contradicción; es decir, que usted hable de que llevan dos años... me parece que ha dicho dos años con un programa de fidelización, y también por otra parte me reconozca que es reducido... o que se ha reducido el sueldo y que el sistema retributivo, desde luego, no es... no es bueno.

Mire, también lo veo como una contradicción, si me lo permite, que usted planteé... bueno, que esa falta de previsión de reposición no existe, ¿eh?, no existe, y que después cada poco estemos asistiendo a continuos... digamos, protestas, protestas, de los ciudadanos. Es decir, claro, es muy difícil creer, es muy difícil creer que todo funciona tan bien y tan idílico como usted lo plantea, cuando después vemos a los ciudadanos, día tras día –esto es una realidad también–, bueno, pues salir a la calle a protestar, salir en todos los sitios... Claro, en los pueblos es más difícil, en el medio rural es más difícil, porque, por desgracia, casi no existe ni siquiera la posibilidad de que esas personas hagan un número, digamos, significativo y que su protesta se visualice como se puede visualizar en otros sitios. Pero, desde luego, es evidente –y usted también, seguramente, lo sabrá– que la gente de los pueblos no está de acuerdo o no está a gusto con el sistema sanitario, a pesar de barómetros y a pesar de determinadas puntuaciones que ustedes casi siempre esgrimen. Y se lo digo porque eso de llegar a un consultorio local a acceder a una consulta y encontrarse un papel que diga que hoy, en vez de empezar a las nueve, se empieza a las doce, desde luego, probablemente, tampoco es algo que ellos valoren como calidad; yo creo que eso no lo valoran como calidad. Y eso sucede, y sucede en muchos consultorios locales.

Hablaba usted de... hablaba usted del área básica de salud de estas específicas. Yo me quiero centrar un poco en la de Sanabria, porque... bueno, pues porque, de alguna forma, es la que más conozco de las que usted ha planteado aquí. Y, claro, es difícil que nosotros planteemos en determinadas áreas de salud cuestiones de igualdad o basadas única y exclusivamente en el número de tarjetas sanitarias, cuando estamos hablando de lugares que, como usted sabe, bueno, pues tienen una distancia importante hacia otros centros... bueno, pues centros asistenciales, hospitales y demás. Es decir, en el caso de Sanabria, si encima le unimos a esto que estamos hablando de zonas de montaña, desde luego, las dificultades –repito–, sin que esto sea una excusa, son también mucho mayores. Por lo tanto, volvemos siempre al mantra de la configuración o de cómo es esta Comunidad Autónoma, y de ahí, desde luego, al final se convierte en un bucle y no vamos a poder, tampoco, avanzar mucho.

Yo solamente quería finalizar, pues un poco, explicándole o intentado que usted valore un poco una de las afirmaciones que usted ha hecho, porque cuando usted justifica lo bien que está la sanidad de nuestro medio rural, del medio rural de Castilla y de León, diciendo que tenemos más consultorios locales que trece Comunidades Autónomas juntas, está haciendo trampas en el solitario. Y lo sabe usted, y lo sabe usted, porque no se puede plantear determinadas Comunidades Autónomas, o compararlas con la estructura que tienen las nueve provincias de esta Comunidad Autónoma. Y no puede, además, plantearlo con provincias, por ejemplo, como la de León o como la de Burgos, con tantos pueblos pequeños y tantos pequeños núcleos



rurales. Decir que tenemos más será verdad, señor consejero, pero, desde luego, no responde absolutamente a la estructura poblacional de esta Comunidad Autónoma. Y usted... lo peor de todo es que usted lo sabe también.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor procurador Santos Reyero. Para contestarle a su turno, tiene la palabra el excelentísimo señor consejero.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señora presidenta. Claro que lo sé, señor... señor procurador, pero eso ocurre en algunos casos, no en otros, porque hay Comunidades Autónomas... Piense usted en Aragón. ¿No tiene una estructura similar, desde el punto de vista territorial, a nuestra Comunidad Autónoma? Pues en algunos aspectos sí. Pero la magnitud de la comparación es lo que quería resaltar el estado de la cuestión. Estamos hablando de trece Comunidades Autónomas, de más de 30 millones de habitantes, algunas muy urbanas, de carácter muy urbano, otras no tanto, y algunas de carácter rural. También le recuerdo que no somos ni la más envejecida ni la Comunidad más dispersa, al menos con los criterios que se utilizan para valorar la dispersión. Pero claro que soy consciente de las diferencias que hay entre la Comunidad de Madrid y la de Castilla y León, pero también sé que, a veces, Aragón, Asturias, Cantabria, Galicia, sí que se parecen a algunas de nuestras provincias en muchos aspectos.

En cualquier caso, tal vez lo que cambia en esas Comunidades Autónomas es la dinámica, en el sentido de que, seguramente por otros motivos, allí sea la población la que se desplaza hacia los centros de salud, y aquí tenemos una tradición de desplazamiento de los profesionales a los consultorios locales. Tal vez también esa es una diferencia que se produce en el funcionamiento de la Primaria en otras Comunidades Autónomas.

En lo que señalaba al principio, yo creo que sobre los temas retributivos y demás no hay contradicción, entre otras cosas, porque son decisiones del Gobierno el congelar los sueldos o bajarlos; las dos decisiones las han tomado los Gobiernos de la Nación, de un signo y de otro, y no son condiciones que desincentiven... afortunadamente, es una competencia estatal, precisamente para evitar que unas Comunidades Autónomas terminen retribuyendo mucho más a sus empleados públicos que otras, y eso genere desigualdades o desincentive la atracción o la movilidad de los propios empleados públicos.

Y fíjese usted, ha puesto un ejemplo del descontento de la población -dice-, especialmente de las zonas rurales. Y dice: cuando en un consultorio local colocan un cartel que dice "la consulta no es las doce, es a las nueve" el mismo día, o incluso -digo yo- cuando dice "hoy no hay consulta, se hace mañana", claro, usted atribuye el descontento, en alguna medida, a ese tipo de circunstancias. Yo lo comprendo. El otro día, en una... en una reunión con entidades sociales de Ávila, me reñían, también, y me decían: claro, es que en nuestra zona nos han citado a consulta en el pueblo a las ocho y cuarto de la mañana; es que no son horas, venían a decir. Mi pregunta es: ¿cómo organizamos esto, entonces?, ¿cómo organizamos que los médicos tengan derecho a descansar después de hacer la guardia, a que de vez en cuando se produzcan bajas laborales, etcétera, si en una diversidad de



consultorios... cómo no va a haber incidencias de ese tipo? Que yo creo que no son graves, que no son importantes; que seguramente generan incomodidad a algunos ciudadanos. Pero el hecho de que la consulta, en vez de a las nueve... a las doce se pase a las nueve, a mí me parece, incluso, razonable. Lo importante es que en ese municipio, en ese consultorio, se pasa consulta, y tal vez lo diferencial.

Per, fíjese, usted... No tengo aquí los datos de Sanabria, sí de Alta Sanabria. *[El orador acompaña su exposición con imágenes]*. Fíjese, ¿cómo organizar esto? Una zona básica con habitantes, que es zona básica, y que, por lo tanto, tiene algunas garantías ya, por ese hecho, de tener un número mínimo de profesionales, que son tres, que seguramente tendremos que apoyarles con médicos de área, y de tener permanentemente un médico de guardia, que eso es lo relevante. Pero fíjese usted de esas dificultades: cómo garantizamos que en Hermisende, que tiene 60 habitantes, vayan los lunes, martes, jueves y viernes, a pasar consulta todos esos días; o que a Castromil pasen todos los miércoles y los lunes alternos; y así sucesivamente. Esta es la dificultad de la Primaria, y esto lo tenemos que tener en cuenta; porque si atribuimos el descontento a un cambio en el horario de consulta, o incluso de día de consulta, a mí eso me parece que es una crítica que no debemos alimentar, debemos explicar; eso hay que explicarlo. Es que eso difícilmente puede ser de otra manera, porque si nosotros fijamos la consulta en Hedroso, fíjese, los martes, con 14 habitantes, y consideramos que deba ser inmutable para mantener la calidad del servicio, mal asunto, mal asunto, señor Santos Reyero. Y si mantenemos una zona donde hay médicos que tienen diez consultas al día, diez consultas al día, y doce, eso al final puede terminar siendo insostenible, si le ponemos ese nivel de estabilidad, que parece usted decir: oiga, no cambian las consultas, no la pongan a las nueve de la mañana, siempre a las doce. Oiga, esto es ingestible en este entorno territorial, en este contexto, en el que nuestros profesionales están sometidos a esa variación de consultorios y a las eventualidades que se producen en el día a día.

Y yo no digo que la sanidad... yo no presumo de lo bien que está la sanidad, yo lo que digo es que la Atención Primaria tiene una dotación de recursos más que aceptable en Castilla y León, especialmente en el ámbito rural, pero que tenemos que irnos adaptando a esas situaciones, y a los tiempos, y a las aspiraciones de los ciudadanos. Naturalmente que tiene problemas, ¿cómo no va a tener problemas un sistema en el que todos los días estamos atendiendo en la Atención Primaria en más de 2.000 puntos, estamos pasando consulta de nuestros médicos de familia y nuestras enfermeras? Y donde recurrentemente, en lugares -como aquí se puede observar- de 14, de 9 de 17 habitantes, vamos uno o dos días a la semana a pasar consulta. ¿Y sabe usted lo que... lo que me dicen, a veces, mis médicos de familia? "Oiga, no me obligue usted a ir a este sitio de 9 habitantes, porque en los últimos meses he ido dos o tres veces y no había nadie en el consultorio". Claro, con 9 habitantes, no todos los días hay alguien. ¿Cómo organizar eso? Este es un reto que tenemos, en el que me gustaría propuestas, también, por parte de los grupos parlamentarios, fundamentadas en una realidad de las cosas que yo creo que es la que es; problemática, a veces, pero que requiere algunas soluciones que debemos ir valorando.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, excelentísimo señor consejero. Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor procurador don Manuel Mitadiel.

**EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:**

Muchas gracias, presidenta. Y muchas gracias al consejero por su amplia exposición. Pero tengo que decirle que me ha parecido decepcionante; y me ha parecido decepcionante especialmente por la falta de ambición, por la falta de ambición. Es decir, su planteamiento es “virgencita, virgencita, que me quede como estoy”, porque como estamos muy bien y siempre estamos por encima de la media nacional, de lo que se trata es de conservar lo que tenemos, e incluso, bueno, pues vamos a arreglar algunos problemas que parece que tenemos; pero ni siquiera en cuanto a eso atacan todo.

Vamos a ver, dice usted que estamos muy bien. Por favor, que los números no le impidan ver la realidad, porque hay una cuestión que no ha pasado nunca, y pasó este invierno, y es el tema de las esperas. Yo, desde luego, en treinta años, no había conocido... no había conocido el que tuviésemos esperas, pero no solo en los centros urbanos, que ya en otros años se habían insinuado, sino que, además, se producían en los medios rurales. Si tenemos el 99,8 % de los... de los puestos cubiertos, si además cubrimos las sustituciones, que me lo explique.

Después, otro de los problemas... Y le decía lo de que los números no le impidan ver la realidad porque hay cosas que no me cuadran. Mire, dice usted: es que Atención Primaria resuelve mucho; fíjense, de 22 millones de consultas, solamente ha derivado millón y pico o 2.000.000 de pacientes. A ver, explíquemelo, porque desde el otro lado la sensación que da es que más del 20 % de los pacientes llegan a Atención Especializada, quizá porque usted está utilizando un tema, y es consultas, y no está distinguiendo entre primeras/sucesivas, y no está distinguiendo entre procesos. Es decir, que, realmente, a lo mejor la derivación tiene que valorarla en cuanto a eso. Y entonces, ya descubre que, efectivamente, sí tenemos un problema, que además ustedes son conscientes de que existe esa falta de problema porque sí que lo mencionan cuando están hablando de en qué están trabajando, ¿no? Es que hay que dotar de más capacidad de resolución a Atención Primaria.

Intentaré ser lo más organizado posible, lo que pasa es que son tantos los temas que... Bien, vamos a empezar partiendo de los problemas que, a nuestro juicio, existen en Atención Primaria. El primero está en la atención en las zonas rurales, pero especialmente en los bordes de la Comunidad. Y un tipo de atención, sobre todo: el de urgencias; y no solo las urgencias generales, sino las urgencias pediátricas. ¿Por qué hay problema ahí? Sobre todo, por los desplazamientos. Estamos hablando de que en el caso de las urgencias pediátricas, que el problema está circunscrito fundamentalmente por la noche, y en el caso de las urgencias generales, hay que desplazarse en algunos casos hasta 100 kilómetros para cosas que realmente podrían haber sido resueltas en el centro. ¿De qué se trata en una Comunidad tan grande como esta? Pues, en primer lugar, de que no obliguemos a los pacientes a desplazarse excesivamente, solamente cuando estrictamente sea necesario, porque no es razonable el que haya todos los medios en todos los sitios.

Entonces, ¿qué le planteo con respecto a esto o qué es lo que le ha planteado mi grupo? Evidentemente, lo primero, unidades de alta resolución de urgencias; o, en todo caso, que en los bordes de la Comunidad o en aquellos puntos que sean especialmente alejados de los hospitales haya un -digamos- equipamiento que permita el que no haya que remitir... o al que haya que remitir menos urgencias a los hospitales. Esto, apoyado en dos cosas que también les hemos propuesto. Primero, una cosa



que llevan... o llevamos veinte años hablando de ello, pero que su grado de desarrollo es relativamente escaso: la telemedicina y los médicos consultores. Estaba mirando hace poco la evaluación del tercer Plan de Salud y ya se hablaba, en el caso de cardiología, de que se había implantado un sistema en el que había una referencia. Pues mire, no lo sé si funciona o no; a lo mejor está funcionando estupendamente, pero tengo toda la impresión, como usuario del sistema y también como trabajador, que no, que no; que tenemos un sistema teórico y otro en la práctica. El teórico es precioso, pero el de la práctica no funciona. Y creo que hay que apoyar notablemente a los médicos, sobre todo y especialmente en el área de urgencias, para que tengan en cada momento un apoyo que en estos momentos la tecnología nos lo posibilita. Avancemos en ese tema. Es uno de los primeros problemas.

El segundo problema -y hacía referencia a ello- es el tema de la derivación. Creo que hay... aparte de potenciar los medios diagnósticos de Atención Primaria y de ampliar su cartera de servicios, creo que hay que mejorar, sobre todo porque creo que existen... -otra cosa es que no sé si están implantados a nivel general en la Comunidad- existe en algunos servicios porque se han preocupado del tema, son los protocolos de derivación; estoy convencido, se lleva trabajando en esto veinte o treinta años, existirán protocolos de todas las clases, pero el caso es que están deficientemente implantados. Hay que mejorarlo.

Hay que mejorar el acceso de los médicos a la historia clínica digital. En este sentido -y se lo he comentado a todo aquel que me ha querido oír-, me he sentido avergonzado hace poco, en una reunión, hablando del desarrollo de la historia clínica a nivel español, que éramos los que lo tenemos más atrasado; pero no solo eso, lo que me preocupó es que no sé si sabemos adónde vamos, porque llevamos años en los que vamos primero en una dirección, después vamos en otra, después nos quedamos quietos, después volvemos a avanzar. Y el resultado es que tenemos distintos grados de informatización en cada una de las zonas, y el resultado, después de muchos millones y de muchos años, es que, al final, solamente podemos ver en pantalla la analítica, podemos... el anillo radiológico y algunos informes, algunos; la inmensa mayoría no están accesibles. Es decir, me parece que en eso hay que tomar una decisión, la que quiera, si es el Jimena 4 o es la que ustedes consideren oportuno; pero persistan en ello, no cambien a los dos años, persistan en una dirección, y a algún sitio llegaremos. Pero eso es básico para que los médicos de Primaria tengan suficiente información del paciente; es decir, hay que mejorar la conexión entre Primaria y Especializada. No sé si la fusión de las gerencias de Primaria y Especializada ha dado resultado; desde luego, ha habido antes -con el caso de Soria, me parece- experimentos... perdón, experimentos, pruebas que nos permiten saber que eso puede funcionar. Si eso es así, sigamos avanzando. Unidades de continuidad asistencial. Está metido... yo creo que... me parece que aparecían en el tercer Plan de Salud, o quizá sean del cuarto. En todo caso, es algo que, como otras muchas cosas, está en la teoría y que no se está desarrollando en la práctica, o, en todo caso, está bastante debilitado.

Y todo esto hablando, y sin ser exhaustivo, de cosas que hay que resolver, de problemas que tenemos. Pero yo le propongo, o nosotros le proponemos, dar un salto cualitativo. Mire, tenemos un problema muy grave -eso lo sabe usted-, es el envejecimiento; y el envejecimiento tiene dos correlativos: cronicidad, de la cual no hemos hablado; y, en segundo lugar, geriatría, la posibilidad de que la geriatría esté mucho más relacionada con la Atención Primaria y les apoye.



También tenemos otros problemas en Atención Primaria, es decir, buena parte de los médicos están atendiendo a pacientes mentales; es una parte muy importante de su consulta. Y dado que tienen el tiempo que tienen, sobre todo en el área urbana, no tienen tiempo para poder atenderles en condiciones; con lo cual, no tienen más remedio que afrontarlo mediante medicación en la mayor parte de los casos. Acaba de publicarse ahora mismo un estudio que se ha hecho en diez Comunidades Autónomas, que vuelve a decir algo que ya se decía en los estudios ingleses, y es que es mucho más práctico, tiene muchos mejores efectos unos minutos o unos... de psicólogo que las medicaciones en general. Eso es un estudio, y me remito a las conclusiones de dicho estudio: apoyo de los psicólogos en Atención Primaria. Esos son los saltos cualitativos que yo le estoy pidiendo.

Y después, ha mencionado otros muchos problemas, que, por la falta de tiempo... espero a ver si en la segunda parte puedo abordarle. Pero, como resumen de mi primera intervención, a ver, tenemos una buena sanidad, dentro de lo posible, pero tenemos que hacer que lo posible nos permita tener una mejor sanidad. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor Mitadiel. Para contestarle, tiene la palabra el excelentísimo señor consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señora presidenta. Pues muchas gracias, señor Mitadiel, especialmente porque hable de lo cualitativo; me parece muy importante, y seguramente yo me he detenido... me he detenido menos en ello.

Yo creo que la Primaria sí que resuelve mucho. Luego podremos discutir si el dato que yo doy es el más adecuado para analizar esa resolución en esos términos o no. Pero, fíjese, en urgencias es bien claro; aquí ya no discutimos de qué tipo de consultas o de procesos se trata. En urgencias se derivan el tres y pico por ciento, me parece, a urgencia hospitalaria de emergencias, y el resto se resuelve. En consultas, pues se podrá discutir cuáles son los mejores indicadores para ello, pero yo creo que sí que resuelve... Cuando hace usted referencia a las esperas que, efectivamente, se han podido producir en el mes de enero o estas Navidades, también sabe usted que hemos vivido una situación un poco especial, por el tipo de... de festivos, por la... incremento de días de libre disposición, que hay una tendencia a acumularlos al final y al principio de año. Y el hecho es que, a veces, cuando nosotros hemos intentado constatar si, efectivamente, esa demora es de una semana, resulta que había cuatro días por medio festivos; entonces, oiga, pues no es exactamente una semana, salvo que queramos abrir las consultas los días festivos. Claro, eso es así, ¿no?

En un consultorio rural me criticaban eso también, que durante quince días no iba a haber consulta, y resulta que en ese consultorio se iba a consulta los jueves, y los dos jueves de esas dos semanas eran festivos. ¿Y eso es un problema de demora exactamente o de organización del trabajo del equipo de Atención Primaria? Yo creo que más bien es un problema de organización del trabajo y de la capacidad de adaptarse a esas circunstancias. Luego, el señor Santos Reyero nos dirá que cambiamos el día de la consulta para evitar que haya dos festivos, y tenga que suspenderse y tengamos que ponerla en otro día. Pero en fin. Pero este es el día a día



de la Primaria -insisto-, especialmente cuando hablamos de dos mil puntos donde todos los días estamos haciendo atención por parte de nuestros médicos y nuestras enfermeras.

Estamos estudiando, a raíz de una proposición que presentó su grupo, precisamente este tema de las zonas que están en los bordes de la Comunidad, pero me da la impresión que su señoría, señor Mitadiel, confía en exceso en la telemedicina. La telemedicina en urgencias resuelve relativamente poco. Usted ponía el ejemplo de la teleelectrocardiografía; y, efectivamente, hemos tenido durante años un programa de conexión desde... no recuerdo si eran 120 centros de salud con un servicio de cardiología hospitalaria para información sobre electrocardiografía. Yo, hace unos meses, preguntaba a los responsables del servicio y me decían que, efectivamente, había tenido poco éxito. Y esto es algo, en apariencia, muy interesante: un médico de Primaria, ante una sospecha de infarto, realiza en su centro de salud un electrocardiograma, lo transmite a un centro, que siempre hay cardiólogo de guardia, le informa, le devuelve la información, y el médico de familia toma la decisión que corresponda. Pues no ha sido muy útil, en opinión de muchos médicos de familia y de muchos cardiólogos, porque, al final, especialmente en urgencias, la complejidad de los casos y la complejidad de la atención sanitaria actual hace muy difícil que con una... en este caso, una prueba concreta, como es el análisis del electrocardiograma, pueda discriminarse y pueda, con relativa tranquilidad, tomarse decisiones sobre si mantengo el paciente en mi centro de salud o le derivo a ingreso hospitalario. A veces, eso lo hace difícil. Por eso, la confianza en la telemedicina es relativa; pero, en fin, lo estamos estudiando en alguno de los centros de especialidades, que yo creo que usted ha hecho referencia en algún momento.

Pero, fíjese, en el análisis de las urgencias que se derivan desde esa guardia de un centro de salud y de especialidades, hay una conclusión preliminar, y es que la mayor parte se iban a seguir derivando, a pesar de disponer de más medios en ese centro, por la seguridad y porque el hospital da respuesta completa a cualquier incógnita, cualquier incertidumbre que se puedan producir en el diagnóstico. De todas las maneras, ya le digo que lo estamos... que lo estamos analizando, con esa idea, también, de evitar desplazamientos, cuando ello sea posible. Pero es el mismo problema que el de la... que el de la capacidad resolutoria de las consultas en centros de especialidades. Hace poco me decía una ginecóloga que se traslada a un municipio de Valladolid, donde ella misma nos propuso reducir el número de visitas, nos dijo que sus pacientes no lo vivían bien; pero ella misma nos decía que el 60 % de las consultas que hace debe volver a citar en el hospital. De manera que desplazarse a un municipio rural, a un centro de salud rural, queda muy bien, las madres están muy contentas porque tienen cerca una ginecóloga, pero, al final, el resultado final es que el 60 % debe volver a citarlas en el hospital; con lo que a lo mejor hay que mantener esa consulta, pero en los límites en los que pueda resolver problemas, y no solamente dar la imagen de seguridad y de cercanía, que también es muy importante.

Naturalmente que estamos trabajando, y hay experiencias tanto desde la perspectiva de la gestión como de... como de la clínica, no solamente en protocolos de derivación, sino en procesos compartidos. La clave de la continuidad yo creo que es, sobre todo, que se definan procesos asistenciales compartidos entre la Primaria y la Hospitalaria. No solamente con qué criterio se deriva, sino este paciente, que es el mismo, qué haces tú, médico de familia, qué haces tú, médico de hospital, qué haces tú, enfermera de Primaria, que haces tú, enfermera de hospital. Porque en la media



en que se defina bien ese proceso, casi no hace falta derivación. Ya no hablamos tanto de derivación como de paciente compartido, que tiene establecidos las pautas y las actuaciones en cada uno de los niveles. Y claro que es importante la historia digital compartida, pero no menosprecie su señoría el que Castilla y León haya sido la primera Comunidad Autónoma donde desde cualquier punto, desde cualquier centro sanitario, tanto de Primaria como de hospital, se pueda acceder a las imágenes radiológicas de cualquier paciente, porque no es ninguna cuestión menor, o que se pueda acceder a la analítica, como se hace habitualmente, porque son dos aspectos fundamentales de la atención a la hora del diagnóstico y de compartir información entre un médico especialista de hospital y un especialista de Primaria.

Cuando habla de las unidades de continuidad asistencial, fíjese qué curioso, son una de las primeras experiencias –que, por cierto, ya está en todos los hospitales, y creo que con buen funcionamiento– en las que se ha facilitado el acceso desde el ámbito hospitalario a la historia clínica de Primaria, precisamente para facilitar la continuidad asistencial. Porque de lo que se trata es... alguien preguntaba por qué en un plan de cronicidad las unidades de continuidad se ubican en los hospitales. Pues porque es ahí donde tenemos el problema de la cronicidad, no en la Primaria; en la Primaria, nuestros médicos y enfermeras ven continuamente a los pacientes, el problema le teníamos en el hospital, donde se le ve de manera puntual y de manera fragmentada. Y es uno de los ejemplos, efectivamente, de que el acceso de tener información clínica compartida facilita las cosas, y por eso ha sido una de las primeras unidades hospitalarias donde tienen acceso a la historia clínica de Primaria.

No tengo tan claro la propuesta que hace su señoría de la geriatría. Al final, en una... en un sistema como el nuestro, en el que la edad media de una unidad de hospitalización son 79 años, yo no sé si la geriatría no debe impregnar todas las unidades de hospitalización o debe... o deben establecerse unidades diferenciadas; yo ahí tengo algunas dudas al respecto, de igual manera que las tengo respecto a la psicología clínica en Atención Primaria. En principio, forma parte de la Atención Especializada, Hospitalaria, de los equipos de salud mental, habitualmente; cuando yo lo he consultado con los responsables de los servicios de salud mental, no lo tienen muy claro, no hay consenso suficiente; y yo tengo algunas dudas, yo tengo algunas dudas sobre esa oportunidad, más allá de que una asociación de psicólogos clínicos haya promovido este análisis y esté promoviendo estas propuestas. No lo tengo muy claro si es la alternativa más eficiente o es la continuidad entre los equipos de salud mental y los equipos de Atención Primaria, la definición de problemas compartidos, etcétera.

En fin, me parece que alguna de las cuestiones son de interés, las que ha planteado en lo que suponen... usted lo llamaba saltos cualitativos; me parece razonable. Y, desde luego, en algunas estamos trabajando y en otras pues las seguiremos estudiando hasta ver si nos ponemos de acuerdo.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor consejero. En un turno... en un segundo turno, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, el señor procurador don Manuel Mitadiel.

EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:

Muchas gracias, consejero, por sus contestaciones. Pero quizá, no sé, desde su despacho hay veces... seguro que no se ve muy bien el terreno de juego y... por



decirlo de alguna manera. Y se lo decía antes: mire, si hay muchas cosas que ya existen y... Recordará que estuvimos hablando del protocolo de la endometriosis, creo recordar; bien, un protocolo magnífico, no lo conoce nadie, excepto los que lo redactaron. O sea, y eso nos pasa con otras muchas cosas. Es decir, se hacen cosas que están muy bien, que quedan estupendamente bien en los programas, y que después, porque falta un instrumento que los... que los canalice hacia Atención Primaria, y que, sobre todo... Y decía usted: fracasó o no obtuvo buenos resultados el tema de los electrocardiogramas. ¿Pero seguramente hablaron suficientemente con el personal sanitario de Atención Primaria, con los médicos, pero no solo con los médicos, también con las enfermeras, que son muy importantes en este tipo de atención? A lo mejor es que todo lo que hacemos es meter... ahora, que tenemos página web, lo metemos en la página web el protocolo y que lo mire el que quiera. Así no se implantan las cosas. O, por lo menos, si después no dan los resultados que queremos, pues tampoco tenemos por qué asombrarnos, ¿no? Entonces, creo que hay que trabajar para mejorar la situación que tenemos, tenemos que... hay que trabajar mucho más eso. Por eso le decía que a lo mejor no ve suficientemente el terreno.

¿Creo en la telemedicina? Pues la verdad es que no me queda más remedio que creer, y como le tocará a usted, por obligación. Es decir, en una situación como la nuestra, con la dispersión que tenemos, tal, o utilizamos la telemedicina o tenemos un serio problema, ¿eh? O sea, eso no se lo tengo que explicar.

¿Y qué se me olvidó antes? Bueno, la verdad es que el tiempo es muy limitado. Hemos hablado... no hemos hablado suficientemente de los médicos. Dice usted que todos están cubiertos, que no hay problema de cobertura en ningún sitio, pero la verdad es que, de vez en cuando, está constantemente explotando en cada una de las zonas de nuestra Comunidad un problema, que además es que no lo han cubierto, y después resulta que es que no lo encontrábamos. Dice usted: solamente se refieren a situaciones eventuales. Mire, vamos a ver, hace un año, o quizá más de un año, estábamos hablando de cómo incentivar esos... ese tipo de contrataciones; y coincido con usted: a lo mejor no es problema de salario, es problema de condiciones del contrato, es problema de impregnarlo en la carrera profesional. Y también entiendo otra cosa de las que usted ha planteado, porque lo acabo de experimentar hace poco; es decir, que médicos consideren que tienen un número, un volumen de pacientes relativamente escasos, y que eso paraliza su desarrollo profesional, porque, además, las patologías son repetitivas. Es verdad, todo eso es verdad. Pero hagamos una... digamos, una orden, un decreto, un instrumento que nos permita que podamos primar a aquellos que quieran ir a esos lugares, complementado, evidentemente, con concurso de traslados, con oposiciones, con posibilidad de movilizar, para que nadie se quede en algún sitio.

Pero, mire, voy a utilizar el último tiempo que me queda para algo que, además, va en el sentido de: usted quiere que nos quedemos como estamos, pero utilizando... digamos, resolviendo los problemas. Ha habido un problema al que no ha mencionado: los años estos de la crisis nos ha pillado con que nuestros equipamientos... no solo el equipamiento... los aparatos diagnósticos, sino los centros de salud, los edificios, son, en el caso de las zonas urbanas, insuficientes, en el resto de los casos resulta que, bueno, pues han quedado deteriorados por el tiempo. Y me voy a la ejecución del presupuesto del año pasado y descubro que teníamos muy poco dinero, pero es que tampoco lo hemos gastado. O sea, no lo sé. A ver, ¿me puede usted explicar -aunque he pedido que comparezca el gerente regional de Salud- qué



pasó con el García Lorca, que no hemos hecho nada, con Miranda Oeste, con Bembibre? Bueno, en Bembibre parece que algo se está moviendo, poco, pero algo se está moviendo; pero en Calzada de Valdunciel, el de Prosperidad, el de Zurguén, el de Carbonero; el Segovia, cuatro; La Magdalena, Villalpando, Parada del Molino. De los datos que tengo aquí, de los datos que tengo aquí, creo que no se ha hecho, durante el año dos mil dieciséis, nada o prácticamente nada. Sí, de las partidas que había para obras de centros de salud y de equipamiento en centros de salud se ha quitado partidas, en concreto por importe de setecientos y pico mil euros, casi 800.000 euros. Será que, como teníamos de sobra, pues no había que utilizarlos. Mire, ese es otro de los problemas que tenemos. Aunque yo creo que lo fundamental en la sanidad son, en primer lugar, los médicos y las enfermeras, y todo lo demás viene a continuación, pero lo cierto es que, para que estos puedan desarrollar una actuación conforme a su profesionalidad, tenemos que dotarles de los instrumentos y del entorno adecuado.

Y nada más. Que muchas gracias por sus contestaciones, y que espero que, por lo menos, valore, valore algunas de las propuestas de mejora. No estamos pidiendo nada que en otros sitios no se esté haciendo: geriatría, salud mental. Es un debate en toda España, no es un debate solamente en Castilla y León. Y algunos lo están aceptando, ¿por qué? Porque aporta valor a la asistencia sanitaria. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor Mitadiel. Para contestarle a su turno, tiene la palabra de nuevo el excelentísimo señor consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Bueno, resumidamente le diré que nosotros, habitualmente, cuando nos planteamos una iniciativa de cambio de alguna cuestión, sí que tendemos a contar con los profesionales. De hecho, yo no sé el número de grupos de trabajo que tenemos montado ahora para ver resultados, con los profesionales de laboratorio, hace poco con los de anatomía patológica, con los de las ucis, con los traumatólogos... en fin. Porque, al final, al final, desde luego, lo que nosotros decidamos, si se quiere aplicar, si se quiere que tenga efectos prácticos, lo tienen que hacer los profesionales. Estas cosas no se hacen por decreto.

Y de igual manera, en Atención Primaria pues hemos contado con grupos de expertos de distinto tipo para muchos de estos proyectos. Pero, al final, cuando usted volvía a retomar el tema de la electrocardiografía, hay cuestiones que se ensayan, y que tienen un efecto limitado, y que, por lo tanto, pues en la medida en que tienes ese efecto limitado, a veces los propios profesionales nos dicen que no son de gran utilidad.

Respecto a la cobertura, yo mantengo lo que le he dicho: a treinta y uno de diciembre, prácticamente todos los puestos estaban cubiertos. Lo que no quiere decir que no hubiera... y hablaba de médicos de familia de equipos, no de pediatría. En pediatría, efectivamente, sí que hemos tenido problemas de cubrir esos puestos en primera instancia, no solamente de sustituirlos; porque en pediatría ocurre otro fenómeno, que es anticompetitivo, y es que los pediatras, como categoría laboral única, pueden trabajar en Primaria en un hospital, y hay una tendencia, muy lógica, a que, cuando pueden encontrar puesto en un hospital, le ocupen. Y a veces, pues prefieren eso a estar en Primaria, y eso explica, en muchas circunstancias, que tengamos



más dificultades con los pediatras. Pero, con carácter general, están cubiertos, y el problema es encontrar una solución que estimule, que incentive resolver un problema, que es el de las sustituciones. Y, como le decía, llevamos ya tiempo trabajando en eso; las posiciones tampoco son homogéneas, las organizaciones sindicales no tienen tan claro estas cuestiones de facilitar o de primar a la hora de un concurso de traslados por el mero hecho de haber estado desempeñando un puesto, en fin. Pero seguimos trabajando en ello.

Y respecto a los equipamientos, con carácter general, ya le digo... usted lo decía; usted dice una cosa y, a veces, cuasi la contraria, dice: esto es muy importante, aunque yo sé que lo importante son los médicos y las enfermeras. Claro. Y como a veces no se puede hacer todo, por eso, en ocasiones, las infraestructuras pues han tenido ralentizaciones, que sí, que nos hubiera gustado que no las hubieran tenido.

Y respecto a los proyectos del año pasado, también le puedo decir: muchos de ellos son adaptaciones, precisamente, de proyectos. Y si usted revisa cuantías de las anualidades del año dos mil dieciséis de alguno de los que ha citado, al final estamos hablando de 50.000 euros, 60.000, para adaptar un proyecto y poder redactarle y licitarle. Y en unos casos se ha hecho con más rapidez y en otros con menos, seguramente.

Pero, en fin, yo creo que ha habido algunos temas que no ha entrado a fondo su señoría, como es el futuro de la... usted ha ido a aspectos más parciales y a algunos cambios globales, y yo creo que en esos... en muchos de ellos nos podemos entender.

Fíjese, también aquí hemos hecho experiencias, por ejemplo, con la psicología en Atención Primaria. Yo le puedo decir que hay modelos, como es el de la atención a la salud mental en Zamora, donde los psicólogos no pasan consulta, ni siquiera los psiquiatras, en los centros de salud mental; los pasan en los centros de Atención Primaria; pero no están encuadrados en Atención Primaria, están acompañando a los médicos de familia, y atendiendo casos propios en los centros de salud. Y seguramente sea una experiencia tan válida, o más, como la de incorporarlos a la Primaria, el que estén ahí, el que estén con los médicos de familia, el que también atiendan sus casos, porque eso lo que garantiza es la continuidad. Porque, al final, si no, estas alternativas, a veces, ¿sabe a lo que conduce? A que tengamos un psicólogo generalista, y después psicólogos superespecialistas en otro sitio. Y yo creo que experiencias como la de Zamora pueden ser interesantes en esta dirección. No forman parte del equipo de Atención Primaria, su trabajo le hacen en el centro de salud, su agenda se la conforma, en parte, el equipo de Primaria, y hacen actividades compartidas. En otros casos, otras organizaciones de salud mental lo que nos dicen es que la derivación no puede hacerse o al psicólogo o al psiquiatra, sino al equipo, y que ese equipo define quién atiende, cómo y con qué complementariedad cada caso. Y ese debate, insisto, está abierto, y yo hay cuestiones que no tengo claras, y por eso también las estamos consultando con los profesionales de la salud mental.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor consejero. Por el Grupo Parlamentario Podemos Castilla y León, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, la señora procuradora Isabel Muñoz Sánchez.



LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Gracias, señora presidenta. Señorías, buenos días. Bueno, lo primero, agradecer al consejero que se haya acercado hasta la Comisión para explicarnos pues todo lo relativo a la Atención Primaria.

Bueno, lo primero que tengo que decirle es que, como usted nos ha puesto estos datos, y es verdad que hemos tenido ciertas dificultades para verlo, pues a lo mejor nos los podía haber proporcionado antes, y veníamos ya todos con los datos estudiados; es una sugerencia para otra vez. No obstante, también, bueno, no sé si lo tendrán colgado o lo van a colgar, pues que nos los pase, porque es interesante contar con ellos.

En fin, pues coincido con los compañeros que me han antecedido en el uso de la palabra en cuanto a que le hemos visto a usted demasiado triunfalista, pero, bueno, también está... es su papel, ¿no? Lógicamente, usted es el consejero, y, pues, tiene que estar en esa... en esa línea. Pero bien es verdad que luego, al final, cuando usted ha dicho... ha puesto valoraciones, soluciones, pues ahí es cuando se ha visto realmente que no era tan idílica la situación como usted la mostraba. Y además, creo que algo... ha hecho usted algo muy importante, que en el fondo ha incidido en las mismas cuestiones en las que venimos incidiendo desde la Oposición, o por lo menos desde el Grupo Parlamentario Podemos. Porque usted ha tocado aquellas cuestiones que dice que tienen que mejorar, siempre de una manera suave, tibia; bueno, pero que sí que dicen que ahí se está mirando, se está viendo a ver. Y nosotros, son las cuestiones en las que siempre estamos incidiendo.

Creo que hay que seguir diciendo que los aspectos fundamentales de la situación pasan necesariamente por un aumento de plantilla. Usted es verdad que trae las cifras, que ya le hemos dicho en otras ocasiones -yo se lo he dicho en otras ocasiones- que las cifras en sanidad no es que no haya que utilizarlas, pero, a veces, un exceso de cifras parece que nos... que nos mueve, ¿no?, o nos esconde el que realmente estamos hablando de una cuestión fundamental, que es la salud, y que estamos hablando de personas, de ciudadanos y ciudadanas. Y en este... en estas cifras que usted nos ha dado, y que parece -como hace otras veces- que no estamos mal colocados, yo creo que ahí usted hace pequeñas trampas -como ya también hemos dicho-, permítame esa expresión, en cuanto a que algunas cifras que da pues no cuenta todo lo real de las cifras, no tiene en cuenta la situación realmente geográfica o las características geográficas de nuestra Comunidad Autónoma a la hora de comparar con otras. Porque, claro, nos habla... nos compara, a lo mejor, con Cantabria o con otras Comunidades, y entonces pues los datos no son objetivos, porque hay algunas características que hay que tener bien en cuenta.

Mire, cuando nos habla también del envejecimiento de la población, que dice que no somos los más... no tenemos la población más envejecida, le voy a citar el propio plan... el cuarto Plan de Salud sitúa el índice envejecimiento de mayores de 85 años en nuestra Comunidad 4 puntos por encima del índice estatal. Y en cuanto al índice de dependencia senil, 10 puntos por encima del índice estatal; lo sitúa en un 37,28 %. Y dicho plan, que abarca hasta el año dos mil veinte, prevé, además, un empeoramiento. Esto, ya, reconocido por el propio plan.

Dice que... cuando usted hacía esta exposición de, miren, estamos... comparado con dos mil cuatro, con dos mil ocho, pues no estamos muy mal, pues a lo mejor también habría que decir que ya cuando se producen las transferencias, en



el año dos mil dos -ya reconocido por los políticos de ese momento-, entrábamos con un déficit, debido a esas características y peculiaridades de nuestra Comunidad Autónoma, y calculaban en unos 2.000 millones ese déficit que ya se presentaba. Por lo cual, si a eso lo unimos que estamos en el dos mil diecisiete y lo lógico es que hubiéramos avanzado para arreglar todo lo que estaba, pues, medianamente, que no estaba bien, que no había... pues, lógicamente, no creo que sea para tirar cohetes que digamos que estamos a unos niveles igual, porque realmente en el dos mil diecisiete teníamos que estar habiendo superado muchas cuestiones y habiendo mejorado en muchas cuestiones que se mantienen más o menos igual. Decía el compañero "virgencita, virgencita, que me quede como estoy", y yo le diría "pues para este viaje no necesitábamos alforjas", como diría mi abuela.

A ver, en el tema de la... vamos, de los medios, de los medios... de las plantillas y de los medios materiales. A ver, mire, usted decía que también estábamos... que nos manteníamos en unos buenos índices, pero la realidad es que hemos perdido plazas, porque con los diferentes planes de ordenación de los recursos humanos, para la reestructuración de la Atención Primaria, la orden del dos mil catorce y el decreto, también, del dos mil catorce, la verdad es que se han perdido... se han amortizado 59 plazas de médicos y 37 de enfermeras. Las plantillas, además, según las estadísticas que nosotros consultamos, han tenido una disminución del 15,5... 15,5 %; por lo cual, hay menos medios, menos medios humanos.

Y usted también... no ha mencionado, o ha mencionado, sí, en esas valoraciones o soluciones, al tema de las acumulaciones, que se va a solucionar y todo esto. Pero ahora mismo, en la medicina... la Atención Primaria, sobre todo en el mundo rural, el tema de las acumulaciones está ocasionando unos tratarnos... que, mire, en esta... en este mapa que hemos puesto hoy nosotros en Podemos, que llamamos el mapa de la vergüenza, porque le damos oportunidad a los ciudadanos y ciudadanas de Castilla y León para que entren y cuelguen sus... pues sus quejas, esas quejas que también nos hacen llegar por teléfono, y que, además, están día tras día en los medios comunicación, pues aquí vemos que la gente se queja... Usted dice: es verdad que puede ocurrir que en un momento determinado pues una consulta que es a una hora, es a otra. Pero es que esto se da bastante, hay bastante frecuencia en esto de que una... una consulta que es para una hora determinada, pues no se da; no se da para esa hora o... y la gente se queda pues perdida. Eso por un lado.

También hay dificultad en localizar al personal sanitario en caso de urgencias, en horarios ordinarios -le digo-. Eso también es un factor a tener en cuenta. ¿Que no ocurre siempre? Pues claro. Pero si lo que queremos es la equidad, la accesibilidad y la universalidad de la sanidad, pues todas estas cuestiones tenemos que tenerlas en cuenta.

Mire, yo le hablo muchísimo de calidad, porque creo que no incidimos suficiente en este tema. Y yo no lo digo, lo dicen los médicos de familia; las organizaciones de médicos de familia han dicho que, por favor, los diez minutos sean mínimos obligatorios, porque la realidad es que es menos de cinco minutos. Y en esos diez minutos, por favor, que sean de atención al paciente; porque esto no está ocurriendo. Generalmente, los diez minutos, cuando los hay, que no los hay, hay muchos menos, porque... cincuenta, sesenta citas, tienen muchos. Y es verdad que en otros consultorios -usted lo ha dicho- no; pero así es. Nuestra geografía nos impone ese modo de trabajar. Bueno, ¿pues saben dónde la pasan los médicos, buena parte de ellos?



Delante de un ordenador, en lugar de estar atendiendo al paciente. Y eso, ya le digo, no es que lo digamos Podemos, lo dicen los médicos.

En este mapa que decía yo, que le decía yo a usted, pues ahí lo constante es... bueno, aparte de las esperas... que también las esperas se están dando en Atención Primaria, porque es verdad que si a un paciente... a un médico le cargas con más pacientes, pues lógicamente, el tiempo no se puede multiplicar.

Mire, usted también, al final, ha dicho lo de las nuevas tecnologías, pero ha pasado también un poquillo sin dedicarle... yo creí que iba a dedicarle más tiempo. Retraso en la implantación de nuevas tecnologías es, de verdad... de las quejas que yo recibo personalmente de los médicos de Atención Primaria en las zonas rurales, es una de las más demandadas, porque no pueden consultar el Sintrom de un paciente, ni pueden consultar las pruebas que le han hecho diagnósticas, porque en muchos sitios es que carecen de lo más elemental. Y ahí entramos también en lo importantes que son los recursos materiales; porque los recursos materiales de los consultorios y de los centros dejan mucho que desear, y eso también es muy importante tenerlo en cuenta.

Vamos a ver, el tema de recursos humanos, de personal. Mire, a mí me ha dolido -se lo digo de verdad, señor consejero-, me ha dolido enormemente que digan que los médicos que terminan en nuestra Comunidad Autónoma se van y vienen. Ha hecho... además, lo he apuntado; ha hecho ahí como unos puntos suspensivos. Mire, señor consejero, creo que no se va a acabar con esto si realmente no se reconoce. Nuestros médicos se van...ya usted... no voy a decir precario, precarización y todo esto, porque usted me va a discutir el sentido del significado; lo voy a llamar directamente contratos basura, así de claro. Yo creo que así lo entenderá usted perfectamente. Se van a sitios que les den más estabilidad, señor consejero. Se hacen en nuestra Comunidad Autónoma contratos de dos días, se hacen contratos de lunes a viernes para no pagar el sábado y el domingo, que son los festivos. Le podía continuar...

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Señora consejera, tiene que terminar.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

¡Ah!, perdone.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Perdón, señora procuradora.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Tengo que dejar... tengo que dejar algunas cosas, pero bueno. Voy a dejar este tema para luego continuar con él, porque creo que aquí conviene pararnos, sobre todo, también, en concursos de traslados, en oposiciones y en todas las cuestiones que tienen que ver con este tema. Gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señora procuradora. Para contestarle, tiene la palabra el excelentísimo señor consejero de sanidad.

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

Gracias, señora presidenta. Bien. Señora Muñoz, primero, yo no he pretendido ser triunfalista ni dibujar un panorama idílico, y deliberadamente, en la primera parte de mi intervención, lo que he expuesto son datos, que, efectivamente, son interpretables, hasta cierto punto, porque en algunos casos son incuestionables. Pero, desde luego, eso no quita para reconocer que, naturalmente, la Primaria tiene problemas y debemos adoptar soluciones.

No comparto esa solución de que... de la... o esa alternativa de que la solución sea el incremento de la plantilla en Primaria. Fíjese, estamos aquí, en Alta Sanabria, ahora, la que quedaba de antes, esta proyección. *[El orador acompaña su exposición con imágenes]*. ¿Aquí debemos incrementar plantilla? Esa es la pregunta. ¿En esas zonas básicas de salud? Bien. ¿No debemos ordenar las cosas de otra manera para, al final, tener un dato global que sea de interés? Claro, usted lo plantea de manera generalista, y yo... para mí eso es más que dudoso. Los expertos, las sociedades científicas, nos dicen, por ejemplo, que un cupo óptimo para un médico de familia son 1.400 habitantes a su cargo, y que a partir de ahí, en función de criterios de dispersión o de otro tipo, deberán ser menores. ¿Pero sabe lo que nos dicen también? Que un médico de familia no debería tener menos de 600 tarjetas, para garantizar su competencia profesional. Y en esos márgenes tenemos que movernos. Y seguramente tanta razón tienen en lo primero como en lo segundo. Respecto a lo primero, yo le digo que aquí cumplimos esa recomendación de que, con carácter general, la población asignada a nuestros médicos es de mil trescientos y pico personas. Con lo otro no cumplimos, porque tenemos muchísimos cupos muy por debajo de 600 habitantes a su cargo. Pero, insisto, yo no comparto que la solución sea incrementar la plantilla, sino organizar las cosas de una manera más eficiente. Porque la salud y las cifras no son incompatibles, señora Muñoz; claro que no puede reducirse una cosa a la otra, pero no son incompatibles.

Yo no utilizo cifras engañosas. Ya me dirá usted en qué parámetros. Prácticamente, el 100 % de lo que yo le he señalado aquí son datos que los puede descolgar usted de la página del Ministerio o de la página del portal de salud de la Junta. Y yo creo que no son engañosos, son... Otra cosa es su interpretación.

Y sí que nos debemos comparar. Por ejemplo, usted decía: ¿cómo nos vamos a comparar con Cantabria? Y yo le digo: ¿y por qué no? Es una Comunidad más pequeña que la nuestra, en términos de población y de territorio, pero para eso están las ratios y las relaciones de datos. Si yo le digo que en Cantabria hay un número de consultorios en relación con la población o un número de médicos en relación con la población, eso claro que es comparable. Y después podremos comparar otras alternativas que se adaptan a la realidad de cada una de las Comunidades Autónomas.

Hablaba usted de las transferencias. Fíjese qué curioso es: ¿sabe por qué tenemos esta dotación de recursos en Primaria en Castilla y León, que nos diferencia bastante del común de las Comunidades Autónomas?, ¿sabe por qué? Porque cuando se produjeron las transferencias, en Castilla y León se habían mantenido los que entonces se llamaban médicos titulares; los antiguos médicos de APD se habían mantenido todos, y todos eran de ámbito rural. Y, fíjese, el Insalud, prácticamente no transfirió ningún equipo de Atención Primaria, casi ninguno, rural; todos, una vez que se produjeron las transferencias, fueron aportados por la Junta de Castilla y León -aquí



hay alguna persona que tenía antes de las transferencias algunas de esas responsabilidades-, y se mantuvieron todos los sanitarios locales que eran de carácter rural. Y eso nos permite hoy tener esa situación. De manera que en Atención Primaria no había déficit en la transferencia; esa valoración que usted hace se refiere, cuando se hace, a la valoración de las infraestructuras hospitalarias -y puede haber algo de cierto en ello-, pero, desde luego, no a la Atención Primaria. Y lo que supusieron las transferencias fue precisamente eso, unir una estructura de Atención Primaria que era muy urbana -casi todos los equipos eran urbanos- con unos recursos de médicos rurales, que ya los tenía la Junta de Castilla y León, que eran los antiguos médicos titulares.

Ha hablado usted también de las acumulaciones, y ve si ha habido aquí algunos... ya se lo he comentado al señor Mitadiel, hemos tenido algún problema estas Navidades y este mes de enero, creo que por razones coyunturales, y, desde luego, ahora estamos buscando, con las organizaciones sindicales, algunas soluciones adicionales. Pero tal vez también tenemos un problema de frecuentación, tal vez. Si tenemos una frecuentación tan elevada en Castilla y León, ¿es porque estamos más enfermos?, ¿es óptima esa frecuentación?, ¿es excesiva? También eso deberemos discutirlo, no vaya a ser que estemos excediéndonos en esos términos, en la frecuentación; y eso no siempre aporta elementos positivos para los pacientes. Ya sabe usted que ahora se está imponiendo una línea de trabajo que me parece razonable, en sanidad, que es la del no hacer; se ha constatado que muchas de las intervenciones, sobre todo médicas, no aportan nada a la salud de los pacientes, y se empiezan a difundir por las sociedades científicas iniciativas alternativas a actuaciones que no deben hacerse en determinadas circunstancias. Pues tal vez, desde este punto de vista, también deberíamos hacerlo.

Y fíjese, a mí si el problema de la calidad de la Primaria se vincula mucho a los cambios en las horas de las consultas en los pequeños consultorios locales... [*Murmullos*]. Bien, si el problema es el primero, me preocupa, pero relativamente.

Respecto al tiempo, yo le he aportado unos datos, calcule usted, señora Muñoz. Cada médico de familia atiende una media de 29 pacientes al día, usted reclamaba los 10 minutos; eso son algo menos de cinco horas de trabajo atendiendo a los pacientes. Sí, sí, 29 pacientes de media por 10 minutos, son 290 minutos, algo menos... unos minutos menos de cinco horas. Un médico tiene siete horas y media de jornada diaria; según esto, según lo que usted propone, debe dedicar cinco de esas horas para cumplir con el parámetro de 10 minutos por paciente -le salen las cifras-. Pero a eso le debo añadir algunas cosas: no todos los pacientes acuden a consulta para actividad clínica -algunos consultan meramente actividades burocráticas-, con lo cual, esa situación, que yo no digo que sea ni idílica ni me pongo triunfalista, creo que en Castilla y León no está mal, porque esa reclamación de los 10 minutos por paciente tiene un carácter nacional. Claro, pregunte usted en Andalucía, en Baleares o en Madrid, donde tienen 1.400, 1.500, de media, de media; lo cual quiere decir que hay algunos que están por encima de 2.000. Pregunte usted ahí si caben los... si la aspiración a los 10 minutos no es una cuestión extraordinaria.

Pero, fíjese -creo que es esta-, fíjese qué curioso. [*El orador acompaña su exposición con imágenes*]. Creo que esta no había hecho referencia antes a ella, pero aquí se especifica número de médicos de familia por tramos de población asignada. Fíjese, en Castilla y León, el 29 %, el 30 %, de nuestros médicos de familia tienen menos de 500 tarjetas; en España es del 6,2. En Castilla y León, médicos



de familia con más de 2.000 tarjetas había uno, creo que ahora no hay ninguno; en España, 536. Dígales a estos que el tiempo que tienen los médicos de familia de Castilla y León es insuficiente, y ya verá usted lo que les dice. Y no me quiero poner triunfalista, simplemente describir una realidad.

Y, desde luego, le aseguro que aquí no hay contratos basura. He dicho antes que no hay contratos precarios. Una cosa es que haya contratos, primero, temporales y, segundo, de sustitución. Pero, señora Muñoz, si yo necesito un médico para trabajar tres días, debo contratarle tres días. Dudo que me pueda poner usted un ejemplo de eso, de dar alta en Seguridad Social de lunes a viernes y la siguiente semana de lunes a viernes. Lo dudo mucho, muchísimo. Y le pediría que, si hay algún ejemplo concreto, me lo diga, porque eso es algo que tendríamos, en ese supuesto, que eliminar por completo.

Entonces, le digo: no hay contratos basura. Le puedo decir que hay Comunidades donde algunos contratos se pueden aproximar, porque tienen contratos a tiempo parcial, al 75 % del tiempo de trabajo y del salario. Fíjese usted, eso se lo inventaron en una Comunidad Autónoma; dijeron: como el tiempo de asistencia directa al paciente es el 75 % de la jornada, les voy a contratar por ese tiempo y por ese salario. Y aquí no se ha hecho eso. De manera que no hay contratos basura porque todos los contratos son con todos los derechos; otra cosa es que haya algunos -tampoco demasiados- contratos temporales o para un tiempo determinado.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, excelentísimo señor consejero. En un segundo turno, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, el Grupo Parlamentario Podemos Castilla y León, la señora procuradora Isabel Muñoz.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Gracias, señora presidenta. Le vuelvo a insistir en que muchas de las peticiones no son directamente de Podemos; sí son de Podemos, pero una vez escuchados profesionales sanitarios, y además leído declaraciones, decálogos, incluso, que han sacado los médicos de familia, y escuchado a muchos pacientes, porque eso sí que es verdad, que escuchamos a muchos pacientes. Por eso le digo que... A mí me gustaría que, cuando usted dice lo de "oídos los expertos", pues también pueda yo tener las mismas dudas. ¿Qué expertos son? Me diga usted qué expertos, porque, claro, igual que yo le estoy diciendo: pues oídos los profesionales sanitarios, los que están ahí día a día en sus consultas, pues, teniendo que correr o delante de un ordenador, como yo le he dicho -que de eso no me ha dicho nada-, más atentos al ordenador que al paciente, dedicándole más minutos, pues yo también le pregunto qué expertos son los que le dicen a usted una cosa y otra.

Cuando yo le digo datos engañosos es porque esas medias que se sacan, efectivamente, usted lo ha explicado y no hay que ser muy tonto para saberlo que hablan de determinados sitios en los que la ratio de cartillas está por debajo de lo recomendable, pues claro que sí; pero en otros casos también... Y gracias a esas acumulaciones que yo le he venido diciendo, hay veces que nuestros profesionales... y además de una manera mucho más continua de la que cuando, oyéndole a usted, parece de que de vez en cuando, puede ser. No, oiga, mire, que es que desde los



años estos de crisis las acumulaciones son una realidad; y estas personas, además, también los propios profesionales han alertado sobre el factor de estrés que está ocurriendo en la medicina... en los médicos y las enfermeras de la medicina rural, que algunas veces... Le digo yo a usted, por ejemplo, ahí, en verano, cuando la gente vuelve al pueblo... Los pediatras, usted lo ha reconocido.

Pero por seguir con la línea que yo me quedé interrumpida en cuanto a que le decía que me dolió que usted dijera que se van y que se vienen. A ver, señor consejero, es que lo dicen todas las personas consultadas, incluso nos escriben desde el extranjero para decirnos que no se han ido por... para hacer turismo, que se han ido porque aquí, realmente, no les ofrecían un puesto de trabajo, y se van a otras Comunidades. Y eso hay que entroncarlo con este panorama que yo le he descrito al principio de que está reconocido que la falta de personal... hace falta más personal, no... Pero, claro, usted, sí generaliza y dice “¿dónde, en el pueblo que hay nueve cartillas?”. Pues no, pues no; pero habrá falta en otros sitios. Y ahí es cuando le hablo yo de datos engañosos, que usted esas medias que hace, pues muchas veces son medias que no obedecen a temas concretos en sitios concretos; las medias, ya se sabe... La media de España se come un pollo, luego tocamos a medio pollo; pero es que hay algunos que no prueban el pollo y otros se comen el pollo entero. ¿Me explico?

A ver, cuando decía yo que los contratos que ofrecen aquí... Si es que ustedes en el dos mil ocho... -ya lo ha mencionado... lo ha mencionado el señor... el portavoz de Unión del Pueblo Leonés- es que en el dos mil ocho ya tenían un plan de fidelización de los profesionales a ciertos puestos de trabajo que son difíciles. Pues ahí hay que seguir trabajando. Y desde dos mil ocho... lo tengo yo también aquí recogido lo mismo, y no me voy a repetir y no voy a volver a leer. De eso no se ha hecho nada.

Usted sabe que hace poco nos hemos reunido todos los grupos parlamentarios con una plataforma, de Zamora en este caso, pero podía haber sido igual de Las Merindades o de Salamanca, porque es verdad que ya están surgiendo plataformas, para que se hiciera un pacto de medicina de la sanidad rural; para que la sanidad rural no perdiera puntos como los está perdiendo. No creo que esa gente tuvieran ganas de venir a las Cortes a contarnos su vida para nada; ellos exponían, y además con profusión de datos -al igual que hacemos nosotros-, en estas cosas que yo estoy incidiendo.

A ver, las oposiciones, señor consejero. Es que las oposiciones no se han sacado en tiempo y forma. Se tenían que haber sacado. Usted me va a decir ahora que los tiempos de crisis, ya se sabía y que no se podía sacar. Muchos de los problemas que vienen... que nos vienen, nos vienen planteados por ahí. Ahora, el concurso de traslados; claro, el concurso de traslados también. Pues ya se han puesto en contacto con nosotros los médicos que han hecho una plataforma, que ya sabe que la Junta ha perdido diecisiete juicios respecto a este tema, porque tampoco se sacaban desde dos mil diez, y todas estas personas ahora... Pues usted saca un Decreto, el 47/2016, también para ya acotar ya un número de plazas para que no salgan al concurso de traslados. Estas personas pues ya... porque usted ya es como si se... se presumiera ya que hay personas más capacitadas que otras, cuando, además, en el concurso de traslados se da la circunstancia de que son personas que han aprobado la oposición. Pues también ahí hay mucho tema del que hablar.

Otras... (Uy, ya no me queda tiempo).



LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Se la acaba el tiempo, ¿eh?

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

(Sí, no, ya lo he visto). La frecuentación, bueno, tenía... Bueno, en... ¡Ah!, bueno, otra cosa que me interesa -permítame la señora presidenta-: que yo también esperaba que fuéramos a hablar no solamente de estas cifras, a incidir con lo que ya estamos siempre hablando, sino que me hubiera interesado también mucho que habláramos de la formación, que también la piden los médicos de familia; por qué se dedica tan poco a la formación de familia, cuando realmente, casi, es la mayoría de las especialidades; la cronificación, que ya saben que es otra petición de los médicos de familia, la atención en la cronificación.

¿Qué más? La dotación de materiales. Mire, es que... en ese tema también tenemos muchas quejas al respecto. A ver, ¿qué más?

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Tiene que terminar, ¿eh?

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

(Perdón, sí, que me he pasado del tiempo). En fin, en todos esos temas era en los que creíamos que usted iba a incidir. En el transporte sanitario también, en cuestiones de estas que, desde luego, mejoran la vida de... y la salud de los ciudadanos de Castilla y León. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señora procuradora. Para contestarle a su turno, tiene la palabra, de nuevo, el excelentísimo señor consejero de sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señora presidenta. Pues yo encantado de hablar también de esos otros temas. Si quieren ustedes, amenazo con venir otro día a hablar de todos esos.

Y por empezar por el principio, plantea usted un problema, fíjese, que yo creo que es muy estructural, además, y muy conceptual: los médicos pasan mucho tiempo al ordenador. Y, efectivamente, es así. Hace poco se hacía un estudio fuera de España y decían que los médicos residentes de Holanda estaban cuatro veces más tocando un teclado que a un paciente. Pero bueno, eso es, seguramente, una tendencia que será necesario corregir, y que depende de muchos factores, también culturales de la propia conformación de la medicina, de su tecnologización. Pero bueno.

Respecto a las acumulaciones, sí que me gustaría decirle dos cosas. ¿Usted sabe que antes retribuíamos las acumulaciones, y entonces no había problemas? A raíz de la... del decreto de ampliación de la jornada a treinta y siete horas y media, se optó y se llegó a un acuerdo porque la ampliación de la jornada se utilizaría no para pasar consultas en algunos lugares donde no tenía mucho sentido, sino para, en



su caso, atender los pacientes de otros compañeros cuando ello fuera necesario. Y seguramente no lo hemos gestionado muy bien, pero eso era así. O sea, que, curiosamente, antes no eran problemáticas, en la medida en que había... [Murmillos]. Sí, sí, sí, sí. No, claro, lo que yo estoy hablando... yo estoy diciendo que antes se retribuían, simplemente; y ahora pretenden absorberse con ese incremento horario.

Respecto a las oposiciones, mire usted, yo encantando de haber... de haber podido convocar más oposiciones, pero ya sabe usted que había limitaciones, que no tenían que ver con la crisis, sino con un criterio de tasas de reposición, y que, por lo tanto, nosotros no podíamos convocarlas. Le recuerdo lo verde que me puso usted cuando convoqué... cuando convocamos las de enfermería, superando... [Murmillos]. Claro. Y ahora usted me critica porque no hemos convocado más, sabiendo que son... eran ilegales, ahora. Claro, usted puede decir una cosa y la contraria. Yo, como tengo esta responsabilidad, si hago una cosa, es difícil hacer la contraria.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Perdón. Que no está en su turno. [Murmillos].

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Y, finalmente, ha hablado usted de los concursos de traslados. Y, fíjese, yo no quiero acotar el número de plazas, yo lo que quiero es aplicar el principio de igualdad, mérito y capacidad. Y parto, como usted, de que quienes concursan, todos han accedido ya a su puesto de trabajo. Pero se le ha olvidado una cosa: que algunos desarrollan unas funciones que son un poco especiales. Por lo tanto, cuando yo tenga un infarto agudo de miocardio, mi tratamiento, inicialmente, será una angioplastia primaria; ese tratamiento se hace en las unidades de hemodinámica, y se hace por cardiólogos que han acreditado una experiencia en esa materia. O si yo tuviera hijos, y alguno de mis hijos tuviera cáncer, me gustaría que le atendiera un pediatra con suficiente experiencia en oncología. Y de eso es de lo que se trata, señora Muñoz; no de sustraer plazas al concurso de traslados, sino de establecer que algunas de esas plazas, además de los méritos generales, requieren méritos específicos. Supongo que estará con esto último usted de acuerdo, porque, si no, dígame usted si debemos cerrar las unidades de hemodinámica por motivo de un concurso de traslado, si debemos suprimir las consultas de pediatra oncólogo en algunos hospitales porque ha habido un concurso de traslado y han venido pediatras que no han visto, apenas, niños con cáncer, y tenemos que suprimir esas consultas. Yo creo que sería una irresponsabilidad. Y, por lo tanto, plazas a concurso, con una serie de criterios que reflejen la actividad que se va a hacer en esas plazas.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, excelentísimo señor consejero. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, la señora procuradora doña Mercedes Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señora presidenta. Y muchas gracias al señor consejero por toda... por su comparecencia y por todas las explicaciones.



Yo, en primer lugar, he de decirle que me quedo un poco confundida respecto a la utilidad real que va a tener esta extensa Comisión y su debate para los ciudadanos que utilizan la Atención Primaria. Esta comparecencia es el compromiso –entendemos nosotros– de aquella proposición no de ley del Partido Popular, aprobada en marzo de dos mil dieciséis, pues que tenía lo mismo que reza hoy la convocatoria: presentar un análisis de la situación de la Atención Primaria y las medidas necesarias para garantizar la accesibilidad, especialmente en el medio rural, etcétera, etcétera, con equidad, cohesión y etcétera, etcétera. Por lo que yo... nosotros en aquel momento no entendimos cuál era el objetivo claro, más allá de cierto nivel de publicidad, en aquella proposición no de ley. Pero hoy, señor consejero, si me permite, usted ha hecho un análisis en lo que se refiere a dotación de infraestructuras, de dotación de recursos, de la situación de la... de asignación de tarjetas, de la actividad, francamente, con unos resultados tan óptimos y tan extraordinarios que, prácticamente, y al final de su primera intervención, casi no ha considerado necesario proponer ninguna medida, más allá de medidas de mantenimiento –por decirlo coloquialmente–, porque no sería necesario casi nada, porque estamos extraordinariamente. Yo no sé si el objetivo era aplaudirse usted solo, recibir un aplauso general también de esta Comisión, porque, además, usted se ha dedicado a rebatir las afirmaciones que dice que hacemos los grupos, que no coinciden con esa descripción tan extraordinaria que ha... que ha hecho usted hoy de la situación de la Atención Primaria. Y nosotros pues podríamos rebatir hoy la objetividad de este análisis.

Yo quiero recordar que... y preguntarle, además –que no nos lo ha dicho en sus intervenciones–, si este análisis le ha hecho exclusivamente la Consejería –cosa que es muy loable, el trabajo, y que lo reconocemos– o si lo ha hecho también en colaboración con las diversas plataformas de ciudadanos que están defendiendo continuamente mejoras en la Atención Primaria, y especialmente del medio rural. Yo quiero recordar pues esas plataformas de defensa de la sanidad rural en Sanabria, en Zamora, en zonas de Burgos, en el propio valle del Tiétar o, incluso, en colaboración con esas reivindicaciones que, tanto en dos mil catorce como en dos mil dieciséis, hicieron, a través de un decálogo, representantes de los médicos, de las enfermeras, colegios profesionales, CESM, asociaciones científicas. Es decir, que ellos hicieron un análisis, y ahí creo recordar que la Consejería se comprometió a poner en marcha un grupo de trabajo para que consensuaran esa situación y ese decálogo, donde yo quiero recordar que este grupo de profesionales pedían que se volviera a ocupar por parte de la Atención Primaria ese lugar de eje central del Sistema Público de Salud, que nunca debía de haber perdido, un incremento presupuestario.

A mí me sorprende que, si recordamos los Presupuestos en estos años duros, desde el Presupuesto de dos mil once al del dos mil dieciséis –yo creo recordar–, solo en un año había 126 millones de recortes, respecto al Presupuesto anterior, en Atención Primaria. Por lo tanto, cómo, según usted, nos mantenemos en ese parámetro ideal de ese 16 % del total de presupuesto, o algo más, de asignación a Atención Primaria, respecto a una dotación adecuada de recursos. Usted nos habla aquí de estos 2.332 médicos de familia, sin incluir los de área, o las 2.114 enfermeras, sin incluir las de área; pero a mí me llama la atención cómo cuadra esto en una pregunta escrita, y la respuesta, por lo tanto, suya, entre el dos mil quince y el dos mil dieciséis. Le pongo algunos ejemplos. En Ávila, en dos mil quince, 309 médicos de Atención Primaria; en el dieciséis, 282. En Burgos, en dos mil quince, 507; en el dos mil dieciséis, 469. En León, en dos mil quince, 655; en dos mil dieciséis, 605. En Palencia, en



dos mil quince, 277; en el dieciséis, 261. En Segovia, en dos mil quince, 266; en el dieciséis, 245. En Soria, dos mil quince, 196; en dos mil dieciséis, 176.

Ejemplos de enfermeras. Dos mil quince, Ávila, 236; en el dieciséis, 220. En Burgos, dos mil quince, 386; en el dieciséis, 345. En León, en dos mil quince, 562; en dos mil dieciséis, 517.

Es decir, que esto, sumas, sumas, sumas, sumas, y médicos salen 341 menos; y en enfermeras, pues no tan significativo, pero también esto va disminuyendo. Entonces, no sé dónde está la verdad, señor consejero. Porque aquí algo no cuadra.

Por otro lado, yo quiero recordarle -que ya he perdido la cuenta, pero creo recordar-: desde el dos mil tres, distintos consejeros han venido comprometiéndose a potenciar la Atención Primaria, a incrementar la capacidad resolutive, a la coordinación efectiva, a dotación de ecógrafos y retinógrafos. Yo recuerdo Presupuestos donde se decía: este presupuesto, 75 ecógrafos en tales centros de salud, plurianual; para el siguiente, 50. Así hasta dotar a todos. De los que yo conozco, no hay ecógrafos en ninguno; retinógrafos, muchísimo menos. Pero, además -lo decía antes también el portavoz de Ciudadanos-, señor consejero, en los años duros de la crisis se han quedado, por supuesto, sin ecógrafos, sin retinógrafos; pero también hay que revisar, dotar y actualizar otro equipamiento, como los electrocardiógrafos, que son del año de Carolo. Un pulsiosímetro, que es tan barato... Yo recuerdo, en mi zona le había en la sala de urgencias del centro de salud; pero o nos le comprábamos cada una, o para ir a los consultorios no podías tomar la saturación de oxígeno a un enfermo, porque algo tan básico como un pulsiosímetro no se considera material para utilizar en la actividad diaria. Actualizar los desfibriladores, los carros de parada bien montados, material instrumental básico, como portas, como quitagrapas, que parecía caviar iraní; era artículo de lujo. O sea, es que... es que no se pueden reesterilizar los quitagrapas, y hay cantidad de enfermos, todos con sus grapas, para retirar a los siete días. Y hasta que se quema el plastiquillo ese que es de un quitagrapas, de reesterilizarlo... que no se puede. En fin.

Todas estas cosas son potenciar la Atención Primaria y darle capacidad resolutive, señor consejero, como hemos ido pidiendo... Yo ayer revisaba, y hemos hecho, entre el trece y el dieciséis, nada más y nada menos que 32 iniciativas el Grupo Parlamentario Socialista en relación con la Atención Primaria, de cosas de mayor o menor envergadura, pero que no ha tenido la buena fortuna, ninguna, de ser aprobada.

Por lo tanto, esta proposición que aprobaron ustedes en marzo de dos mil dieciséis -por cierto, con la abstención de nuestro grupo- a mí me gustaría que se concrete en qué beneficio va a tener eso para los ciudadanos; si se va a tener en cuenta más allá de ese análisis tan optimista -si me permite, y con todo respeto se lo digo- que ha hecho usted de la situación de la Atención Primaria, en relación con el resto del país, una auténtica potencia mundial. Pero los médicos y todas estas organizaciones científicas y profesionales, tanto en el catorce como en el dieciséis, siguen solicitando incremento presupuestario, dotación adecuada de recursos, capacidad para pruebas diagnósticas y equipamiento, liderar la gestión y la responsabilidad en los procesos crónicos y una coordinación real con Atención Especializada, liderar decisiones en la organización y gestión de recursos, estabilidad, incentivación, motivación en las condiciones laborales y profesionales, adecuar la asistencia a criterios de calidad, con tiempos mínimos. Claro, usted dice que es que quien tenga catorce cartillas en un pueblo, o veintinueve de media, para atender al día, pues que tiene mucho tiempo;



pero usted supongo que no tiene en cuenta que, realmente, cuando hay salidas de guardia, permisos por cualquier circunstancia, se está acumulando sus cupos de sus pueblos y el de al lado. Y no ha contado que no haya una... un par de llamadas a domicilio en el pueblo en el que... diferente al que tenías la consulta los martes a las once de la mañana; con lo cual, ya te ha trastocado todo. O que acuda una urgencia al propio centro de salud de uno de los pueblos de un cupo determinado; con lo cual, cuando el médico y la enfermera, o los dos, o cada uno por su lado, estaban marchando a Barbarda a la consulta de diez a once, pues tienen que volver al centro de salud para atender una urgencia de otro pueblo suyo que ha llegado; o acudir a un domicilio... En fin, todas esas situaciones reales, y que ocurren cada día, señor consejero. En una situación así, no se puede uno atener a la media, a la media, a la media, y estamos por encima de la media en gasto por habitante.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Tiene que ir terminando.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Sí, señora presidenta. Pero he podido constatar y soportar que usted ha dejado bastante flexibilidad a los anteriores portavoces. Así que a ver si viene ahora con los recortes. Yo le pido ni más ni menos que la misma generosidad que ha tenido con la UPL -cosa que celebro- y con el Grupo Parlamentario Podemos, y con todos. Me lo estaba esperando, fíjese. Es que tienen ustedes esa tendencia a recortar, dependiendo dónde.

Pero, en fin, voy a terminar, pero... [*Murmullos*]. Vaya, pues antes ha dejado usted tres. Ha logrado interrumpirme; se lo agradezco y... su sectarismo... [*murmullos*] ...y la forma diferente de utilizar el tiempo. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Perdone, ¿ha terminado ya? [*Murmullos*]. Gracias, señora procuradora. Para contestarle, tiene la palabra el excelentísimo señor consejero de sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señora presidenta. Bueno, señora Martín, decía usted que estaba confundida; yo no sé si confundida o confusa, que son cosas distintas. Y, en realidad, no sé qué es lo que ha venido a plantear, qué es lo que ha planteado en el fondo, más allá de decirme que si he escuchado a las plataformas, a los sindicatos, a las sociedades científicas. Y le puedo decir, bueno, pues que, en mayor o menor, grado, sí; me he reunido con varias plataformas en los últimos meses, con todos los sindicatos, con casi todas las sociedades científicas. Y, en ese sentido, pues... pues sí. Conozco los planteamientos de propuesta de mejora de la Atención Primaria, y, por lo tanto, yo creo que tenemos que trabajar en esa dirección.

Usted no ha incidido en las cuestiones fundamentales que tienen que ver con la situación de la Atención Primaria: cómo le parece a usted que son los recursos de la Atención Primaria de Castilla y León. Aquí ha habido grupos que han... he creído deducir que los problemas no son exactamente los recursos globalmente disponibles; hay un grupo que expresamente ha pedido incremento de plantillas en Atención



Primaria. Yo no sé si a usted el número de consultorios le parece razonable, si tienen que ser más, menos; el número, globalmente, de profesionales tienen que ser más, menos; de unas o de otras categorías, y así sucesivamente. No sé si el nivel de actividad le parece correcto, de derivación al hospital en los otros aspectos. Tampoco sé si los datos de frecuentación, en los que yo he insistido mucho, le parecen también razonables. Si la posición que tiene Castilla y León en el conjunto del Sistema Nacional de Salud cree que debemos aprender de otros territorios, debemos mejorar unas u otras cosas. Y, finalmente, si hemos evolucionado correctamente en los últimos años.

Usted lo reduce todo... está obsesionada con los recortes, incluso hasta con la presidenta de esta Comisión. Yo suelo ver los tiempos aquí de ampliación, y creo que por eso me permito insinuar que es como una especie de obsesión lo que usted tiene en relación con los recortes.

Finalmente, propone... hace una comentario que creo que ahí sí que está confundida, efectivamente. Dice que ha habido un recorte de 126 millones de euros en la Atención Primaria, y lo que usted puede comprobar, efectivamente, es que en Capítulo 4, en el apartado de gasto en medicamentos, ha habido -llámelo usted como quiera- un recorte de 126 millones de euros, efectivamente. Pero eso no obedece a lo que estamos hablando aquí de la Atención Primaria, de su estructura, del número de efectivos, de su funcionamiento, sino a medidas concretas que tienen que ver con el gasto en medicamentos a través de recetas.

Y, finalmente, centra algunas propuestas -las pocas que ha hecho- en dos asuntos. Le diré que sí que hay ecógrafos en los centros de salud, pocos; y sí hay retinógrafos en los centros de salud, pocos, pero hay. Es más, el viernes hubo una reunión en la Consejería con los representantes de los centros de salud que tienen retinógrafos, precisamente para empezar a analizar algunas alternativas de su distribución, de los retinógrafos. Y me parece muy bien su planteamiento; no sé si debe haber en todos los centros de salud o eso requiere algún otro tipo de iniciativas. Pero, en cualquier caso, también me gustaría, más allá de esto último, conocer alguna de las propuestas por parte del Grupo Socialista.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, excelentísimo señor consejero. En un segundo turno, tiene la palabra, por un tiempo máximo, de cinco minutos, la señora procuradora doña Mercedes Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Sí. Gracias, señora presidenta. Bueno, imagino, señor Consejero, que está usted cansado o entiende que a esta hora ni sus propuestas ni las que le han hecho son insuficientes para que venga a hacernos a nosotros el examen ahora. Yo ya le digo que nosotros nos hacemos eco de ese decálogo -que, según usted, conoce muy bien- que le han transmitido todas esas asociaciones profesionales, científicas, entre ellas los médicos y las enfermeras de Atención Primaria. Le han transmitido esas reivindicaciones en dos mil catorce y en dos mil dieciséis; un catálogo... un decálogo -perdón- de medidas que no se corresponden con esas diez declaraciones de intenciones de que todo siga como está y mantenerlo, que ha hecho usted al final de su primera y extensa intervención. Y, desde luego, lo que piden claramente... y nosotros entendemos que, si ha hecho el diagnóstico con ellos, pues es



curioso que no coincidan en proponer esas medidas: incrementar el presupuesto, una dotación adecuada de recursos humanos, incrementar la capacidad y el equipamiento en pruebas diagnósticas en Primaria, determinar criterios para adecuar las plantillas de los profesionales con la realidad sociodemográfica de la población a atender, etcétera, etcétera. Eso quiere decir que, si estos profesionales hacen un decálogo con estas propuestas, pues será por algo. Y que si consejero tras consejero vienen hablando, legislatura tras legislatura, de potenciar la Atención Primaria, de incrementar su capacidad resolutive, de coordinarse con la Atención Especializada, de dotar de tecnología –como ecógrafos, retinógrafos, etcétera, etcétera–, supongo que porque ustedes mismos saben que es que eso no es así; porque, ni no, no nos lo contarían cada cuatro años. Es que algo no cuadra, señor consejero.

Por lo tanto, nosotros le preguntamos si tiene intención de revertir y recuperar esos profesionales que hemos perdido. Yo le he puesto unos ejemplos claros, provincia por provincia, en el año dos mil quince, lo que hay en el dos mil dieciséis, y todos son 50, 40, 30 y 20 menos. Vamos a ver si es que estoy confundida o el confundido también es usted. Porque a buen entendedor... Cuando en Ávila, en el dos mil quince, hay 309 y el dos mil dieciséis 282, pues son menos médicos; si había 236 enfermeras y luego 220, pues son menos. Si en Segovia había 266 y luego 240, son menos. A ver, explíqueme esto, que aquí tiene usted todo el tiempo del mundo para explicarse, no como yo, que me... que me cortan enseguida. Pero explíqueme; si es que esto... A ver, esto, a poco entendedor. Pues reste. Entonces, esto es... le pregunto si vamos a recuperar esos recursos, que aquí, claramente, no son los mismos del dos mil quince que en el dos mil dieciséis. Por lo tanto, eso es revertir los recortes y recuperar los profesionales que hemos perdido.

Cuando todas las madres hacen movilizaciones y los medios de comunicación informan –o bien se lo han inventado– que hay déficit de pediatras, pues será porque no hay pediatras en la Atención Primaria. Cuando para que te den, en los servicios donde hay rehabilitación en Atención Primaria, consulta en rehabilitación es tarde, mal y nunca porque son muy pocos e insuficientes, será por algo; ¿lo va a incrementar? Cuando dicen que hay desabastecimiento de ciertas vacunas, será por algo, ¿o me lo estoy inventado yo?; ¿esas medidas se van a poner en marcha? Cuando hay un compromiso de un alto cargo del Grupo Parlamentario del Partido Popular con los psicólogos para incorporar psicólogos clínicos o, en su defecto, psicólogos generales en los equipos de Atención Primaria, donde es la única profesión que no hay, le pregunto si los va a incorporar o no. Cuando se hablaba en aquellos equipos de valoración de cuidados geriátricos que habría consultores, geriatras consultores, claramente identificados en Atención Especializada, para asesorar a la Atención Primaria, y no lo hay, le pregunto si lo va a haber. Cuando se dice que se va a dotar de ecógrafos hace diez años a los centros de salud, y se mencionan 50, y al otro otros 50, y ahora mismo dice usted “hay algunos”; no sé, póngame un ejemplo; habrá algunos, pero, desde luego, en los centros de salud no hay ecógrafos; yo le digo que si, de verdad, ese equipamiento que vienen años prometiendo se va a llevar a cabo no. No quiero hablar ya de retinógrafos, porque sería la bomba.

Cuando le digo que es que los electrocardiógrafos son tercermundistas y que ya no se ven por el mundo en determinados centros de salud, le pregunto si se va a renovar ese equipamiento, pues es bien fácil: es decir sí o no. Y cuando le pregunto si se va a volver a tener en Atención Primaria el presupuesto mínimo del año dos mil once, de aquel presupuesto, pues es tan claro como decir sí o no. Y si le pregunto



si va a haber disponibilidad de quitagrapas, de tijeras, de pinzas de disección o de material elemental, lo digo porque he visto que era un milagro localizar una pinza de disección y un... coger fuera del centro de salud para llevarlo a los consultorios.

Todo esto, así de sencillo, señor Consejero. A ver si es posible -se me ha acabado el tiempo- que me aclare alguna cosa más. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señora Mercedes Martínez Juárez. Para contestarle su turno, tiene la palabra, de nuevo, el excelentísimo señor consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señora presidenta. Entonces, le contesto primero a lo de las grapas, luego los ecógrafos, y después sobre los geriatras consultores. Sí, se van a renovar las grapas; yo no sé si el problema adquiere las dimensiones que usted señala.

Respecto a los ecógrafos y retinógrafos, también le digo que hay ahí también posiciones un poco distintas entre los distintos profesionales. Sí, sí, sí; yo qué quiere que le diga. La señora Martín Juárez lo tiene muy claro, yo a veces tengo dudas. El viernes hubo una reunión de responsables de equipos de Atención Primaria que tienen retinógrafos en sus centros de salud; algunos dicen que los están utilizando bien. Tenemos un proyecto de habilitar a la enfermería de Atención Primaria para la realización de la prueba y su transmisión a un centro hospitalario. Y otros centros lo que nos dicen es que no les han resultado útiles, y que lo que necesitan previamente es formación. Y, finalmente, otros expertos nos recomiendan que los retinógrafos sean útiles para varios centros de salud, una vez que hayan chequeado a la población, fundamentalmente diabética, de su zona básica de salud.

Respecto a los ecógrafos, el debate es similar. Hay expertos en radiología que recomiendan que se desarrollen una vez que exista gente suficientemente formada en los centros de salud. Segundo, que se acoten los procesos para los que pueden ser útiles. Y, por lo tanto, eso es lo que haremos.

Respecto a los psicólogos, yo ya le he contestado antes al señor Mitadiel, y reitero lo mismo. Yo no lo tengo tan claro como usted, no soy tan contundente como usted. A mí me parece más valorable la experiencia de la atención a la salud mental en Zamora, en el cual se ha compatibilizado su pertenencia al nivel de atención hospitalaria con su presencia en los centros de salud, con muy buenos resultados. Pero también le digo que hasta que no... el conjunto de los recursos y de los profesionales nos plantee otra opinión, pues difícilmente voy a tener la contundencia que tiene su señoría.

Fíjate, me recordaba... me preguntaba ahora por el presupuesto de Primaria y por la reducción, dice su señoría, de los efectivos, que no... si me recuerda de qué pregunta parlamentaria me está hablando... Me parece que no está hablando exactamente de Atención Primaria. Yo le pediría luego que me lo recuerde, para poder darle contestación. Pero, fíjese, sí que traigo aquí un dato concreto del gasto en Capítulo 1 en Atención Primaria: en el año dos mil quince, el gasto real fueron 376 millones de euros; en el año dos mil cinco, 376; en el año dos mil quince, 485, un 30 % más; y en el dieciséis creo que son unos pocos millones de euros más. Por lo tanto, esa



idea que usted traslada, señora Martín Juárez, en la liquidación de los Presupuestos, usted puede observarlo. Y se lo repito: no se fíe usted solo del presupuesto inicial de la Gerencia Regional de Salud, fíese, tal vez, un poquito más de la liquidación de ese presupuesto, porque eso obedece al gasto real; y no siempre, por razones que yo creo que son conocidas, el presupuesto inicial coincide con el gasto real. Yo le pido que se fíe de eso. Y si hablamos de gasto en Capítulo 1, y, por lo tanto, de profesionales, le repito: entre dos mil cinco y dos mil quince, un incremento del 30 %, el 25 % en una Gerencia de Atención Primaria, mínimo, y el 37 % en otra, como incremento máximo, en ambos casos en la Atención Primaria.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, excelentísimo señor consejero. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, el señor procurador don Alejandro Vázquez Ramos.

EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Gracias, señora presidenta. Buenas tardes, señor consejero, a usted y a los miembros de su equipo que le acompañan. Y agradecerle los datos que nos ha... que nos ha proporcionado; creo que son exhaustivos y creo que dan un marco general de en qué situación está la Atención Primaria en Castilla y León.

Evidentemente, aquí se ha dicho que esta comparecencia obedece a una proposición no de ley que se aprobó por el Pleno, no en el mes de marzo, sino en el mes de mayo. Y, evidentemente, usted, haciendo caso a esa comparecencia... a esa proposición no de ley, ha pedido la comparecencia en esta Cámara. Esa proposición no de ley obtuvo el apoyo de todos los grupos, a excepción hecha de... como se ha dicho aquí, del Grupo Socialista, que, basándose en unos argumentos de peso y rocosos, dijo que era un insulto a la inteligencia de los grupos, ya que el análisis estaba hecho y que la Consejería había dado un hachazo al principio de equidad y de accesibilidad. Bien.

En primer término, y tras la información presentada hoy en esta Comisión, me gustaría remarcar, para centrar el debate, el que... cuál es la situación del gasto real, como bien ha dicho usted ahora mismo; no es lo mismo presupuesto que gasto real. El gasto real en Atención Primaria en Castilla y León, como se ha dicho aquí, es el 16,30 % del total del... del total del gasto sanitario del Servicio de Salud. Eso significa, como se ha dicho aquí, que somos la tercera Comunidad en proporción de gasto en Atención Primaria, tras Aragón y Extremadura, encontrándonos casi 3 puntos por encima de la media nacional. Y, evidentemente, todos queremos más -yo el primero-, pero está bien saber qué es lo que tenemos alrededor y en qué ámbito nacional nos movemos, porque parece ser que se nos olvida.

Evidentemente, nos guste o no nos guste, la accesibilidad a la Atención Primaria viene determinada por grandes condicionantes geográficos, como son la extensión y la baja densidad de población, lo que motiva una importante dispersión, así como por unos elevados índices de envejecimiento y, sobre todo, de sobre-envejecimiento -no es lo mismo el índice de envejecimiento que el de sobre-envejecimiento-, lo que da lugar a una elevada prevalencia de enfermedades crónicas en la población y a un elevado número de pacientes pluripatológicos, en muchos casos con alto grado de dependencia.



La dispersión geográfica motiva que para poder llegar a todos los rincones de la Comunidad sea necesario mantener un gran número de centros de salud y de consultorios locales, algunos de ellos con una escasísima población de referencia; un buen ejemplo se ha puesto aquí con la zona básica de salud de Sedano, en Burgos, en donde... en donde para... un médico en la demarcación tiene un desplazamiento próximo a una hora todos los días para atender una media de... no llega a siete pacientes. Castilla y León cuenta, por lo tanto, con un total de 247 centros de salud y 3.662 consultorios locales, pero, de ellos, 1.514 se asientan en poblaciones con... en poblaciones con menos de 50 habitantes. Eso, que, sin lugar a dudas, facilita el acceso a la población rural a la Atención Primaria, supone enormes dificultades para los profesionales, y no solamente de desplazamiento, sino que, además, suponen dificultades para la organización de la Atención Primaria en todas estas zonas.

Como consecuencia de todo ello, nuestro Servicio Público de Salud mantiene una tasa de profesionales de Atención Primaria más elevada de España; y no lo dice la Consejería, lo dice un... yo no he querido traer datos de la Consejería, sino que he querido traer datos que se han publicado recientemente en la Fundación Gaspar Casal, el libro *La sanidad española en cifras, 2016*, y ahí se dice que Castilla y León tiene una tasa de médicos por 1.000 personas asignadas de 1,10, de médicos de Atención Primaria, lo cual se encuentra bastante por encima de la media nacional, que es el de 0,76, es decir, prácticamente un 40 % más. La tendencia, si se compara con la que había el año dos mil doce, que en toda España es a la disminución, aquí se ha mantenido. En la enfermería también sucede que Castilla y León cuenta con los índices más elevados por 1.000 personas asignadas, 0,88 enfermeras, y además la tendencia es al crecimiento, como sucede en el resto del país.

Si analizamos lo que ocurre en Comunidades con poblaciones envejecidas y dispersas, como pueden ser Aragón o Galicia, resulta que, en lo que a médicos de familia se refiere, Aragón cuenta con una tasa un 20 % inferior y Galicia un 25 % inferior, mientras que, en enfermería, Aragón cuenta con una tasa de un 15 % inferior y Galicia un 20 %. Todo ello nos lleva a tener unos cupos medios por facultativo de 925, como aquí se ha dicho, de 908 de pediatra y 1.133 tarjetas individuales sanitarias por enfermera. Por consiguiente... y no me parece... que aquí se ha dicho que lo que no hay que... no hay que hacer caso al condicionante sanitario... al condicionante geográfico, evidentemente que, en esta situación, las condiciones geográficas y demográficas condicionan la asistencia en Atención Primaria. Porque si hacemos un mínimo ejercicio, que es llevar las tasas medias por población en una población urbana, nos llevaría a una situación, y es que se podría ofrecer la asistencia sanitaria con 800 médicos menos y casi con 600 enfermeras menos. Es decir, claro que condiciona la situación geográfica y la situación población la asistencia.

Muchas veces se ha achacado desde los grupos de la Oposición al consejero de Sanidad, e incluso a este humilde portavoz, que en Castilla y León los indicadores no son comparables con otras Comunidades Autónomas. Pues evidentemente, son comparables en lo que son comparables; las tasas todas son comparables y nos llaman a llevar conclusiones sobre esas tasas, que unas veces nos dicen unas cosas y otras otras. Estos indicadores pues ponen de nuevo lo demagógico del argumento de que los indicadores no valen y la importante miopía, casi ceguera, que se tiene en determinadas fuerzas políticas, en lo que a organización y planificación.

La Atención Primaria de Castilla y León cuenta con una importante dotación de recursos humanos, como digo, en proporción, en proporción, la más importante del



Sistema Nacional de Salud, así como una red de centros de salud y consultorios locales más numerosa -esto ya no es en proporción, es en número absoluto-. Está claro que, desde nuestro punto de vista, viendo esto, en principio, no parece, no parece apuntar la solución del tema de la Atención Primaria ni la resolución a los problemas de Atención Primaria pase meramente por un aumento de los recursos, ni humanos ni infraestructurales. No, no; sí, sí.

En lo que a frecuentación se refiere, según los datos del mismo estudio, en el año dos mil quince, en Castilla y León se vio que la frecuentación, es decir, el número de visitas por persona asignada y por año, era de 8,02, mientras que la media nacional era de 5,25, es decir, un 60 % más. Según información ofrecida hoy, todavía esa tendencia está en alta en el año dos mil dieciséis, porque en el año dos mil quince, yo son las últimas cifras de las que disponía.

Evidentemente, algo pasa en Castilla y León por lo cual la frecuentación es muchísimo más elevada; no un poco más elevada o un poco menos elevada, sino muchísimo más elevada que en el resto del país. Podíamos pensar que la elevadísima frecuentación se debe al envejecimiento y la dispersión, eso es lo primero que se nos ocurre. Pues bien, si analizamos lo que sucede en Galicia, con población más anciana y con similar grado de dispersión poblacional, su índice de... su índice frecuentación es de 5,71, es decir un 60 % menos que en Castilla y León. Por tanto, es probable que la propia accesibilidad sea la que condicione la frecuentación. Y aquí se me ocurre el viejo adagio que existe en gestión de que cualquier recurso sanitario genera un impulso irrefrenable a ser utilizado, sea cama o sea consultorio sanitario.

Pero el envejecimiento, la dispersión de la población o la hiperfrecuentación no son los únicos retos a los que se enfrenta la Atención Primaria de Castilla y León. El atractivo de los puestos de trabajo para los profesionales, el crecimiento y desarrollo de las nuevas tecnologías y la barrera entre la Atención Primaria y la Hospitalaria son otros desafíos a los que es necesario hacer frente. Es de todos conocida la dificultad que tiene nuestro sistema público para hacer atractivo a los profesionales algunos de los puestos de trabajo en el entorno rural, sobre todo en el caso de las sustituciones. Es evidente que a la lejanía de las grandes poblaciones se une un trabajo en el que no es posible asegurar una masa crítica de pacientes que permita mantener un desarrollo competencial adecuado. Aunque con el desarrollo de la receta electrónica y la nueva gestión de la incapacidad laboral ha podido disminuir la carga burocrática de los profesionales, en el medio rural la necesidad de desplazamientos a los consultorios alejados de los centros de salud, en algunos casos mucho tiempo para atender a pocos pacientes, detrae tiempo efectivo de trabajo asistencial, lo que, además de contribuir a la pérdida de atractivo, lleva a una dificultad en lograr la eficiencia en el sistema.

Si hay un entorno en el que las tecnologías de la información y la comunicación gozan de enorme importancia es en el medio rural y la Atención Primaria. Por lo tanto, el desarrollo que aquí se ha hablado de la telemedicina, sobre todo en aquellas zonas más alejadas de los hospitales de referencia, va a ofrecer seguridad tanto a usuarios como a los profesionales, y puede evitar desplazamientos innecesarios. Asimismo, pensamos que es necesario apostar por una historia clínica de área que permita seguir al paciente en cualquier nivel asistencial.

Otro de los retos a los que se enfrenta la Atención Primaria es el... la eliminación del escalón entre los niveles asistenciales. Tradicionalmente se han desarrollado



pactos de derivación y de seguimiento interniveles, y es preciso continuar trabajando en esa dirección. La creación de guías asistenciales, la promoción de figuras como el médico referente en los servicios que facilite la comunicación o la mera consulta telemática entre el centro de salud y el hospital puede ayudar a vencer ese escalón, a ser eficientes y a mejorar la calidad.

A la vista de lo que se ha informado en esta Comisión, creemos que la accesibilidad en la Atención Primaria en Castilla y León se realiza en condiciones de equidad, no de igualdad –están peor... es más difícil acceder en el medio urbano que en el medio rural–, entre el medio rural y urbano, para lo que el Servicio Público de Salud cuenta con mayor número de profesionales y de infraestructuras sobre los ratios medios que se dan en el Sistema Nacional de Salud.

Nuestro grupo no cree, como principio general, que sean precisos incrementos de plantilla, sino que es necesario, para poder hacer frente a las necesidades asistenciales de la población, la adopción de medidas encaminadas a mejorar la comunicación interniveles, al desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación o a la mejora de la eficiencia mediante medidas organizativas que permitan mantener la asistencia en el ámbito rural con un mayor papel de los centros de salud. Se deben de crear condiciones para hacer más atractivos ciertos puestos de trabajo difíciles de cubrir en la actualidad, y que su no cobertura crea verdaderos problemas de asistencia, puntualmente, en ciertas zonas.

Y, por último, habida cuenta de la enorme prevalencia de las patologías crónicas, debe incidirse en la educación de los pacientes, en su enfermedad, en el desarrollo de los autocuidados, así como en la potenciación de las unidades de continuidad asistencial, en desarrollo de la Estrategia del Paciente Crónico y Pluripatológico; y creo que esa comunicación entre la Atención Primaria y las unidades... y las unidades de continuidad asistencial son muy importantes.

Y, desde luego, aquí se ha planteado una pregunta y se ha lanzado una pregunta al aire, y es para qué sirve esta comparecencia. Desde luego, si realmente los problemas que aquí se han expresado son de retinógrafos, electrocardiógrafos y ecógrafos, sirve para ver que no hay un entendimiento claro de lo que sucede en la Atención Primaria de Castilla y León. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor procurador don Alejandro Vázquez. Para contestarle a su turno, tiene la palabra de nuevo el excelentísimo señor consejero de sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señora presidenta. Bien, pues yo creo que ha... comparto, sobre todo, esa idea de que... de cómo debemos actuar en relación con el condicionante geográfico. Y yo he intentado plantearlo como problema, y he visto poca respuesta. Esto tiene relación con lo que usted mismo señalaba en el sentido de que ¿son necesarios los incrementos, con carácter general, de plantilla? Yo comparto la idea de que no. Tal vez tenga que haber algunos cambios. Pero como aquí se ha hablado de Alta Sanabria, yo vuelvo a reiterar esos datos que figuran en la pantalla. *[El orador acompaña su exposición con imágenes]*. ¿Cómo es posible poner más recursos humanos en la



zona básica de salud de Alta Sanabria? ¿Cómo es posible, cuando los tres profesionales que trabajan, los tres médicos de familia, tienen una bajísima carga asistencial?

Fíjense, curiosamente, además, en relación con otro tema que se ha planteado, el de las acumulaciones y la sobrecarga que eso puede generar. Fíjense en algunas zonas. Porque algún grupo ha dicho que esto también se plantea de manera muy importante en las zonas rurales; pero, fíjense, hay... en otro de los municipios cuyo ejemplo yo traigo, algunos profesionales no tienen actividad alguno de los días de la semana, prevista. Yo no recuerdo si es alguna de estas. Sí, fíjense aquí: el médico número 6 de la zona básica de salud de Baltanás, el día seis... perdón, los miércoles no tiene ninguna actividad, ni en Reinosa de Cerrato ni en Villaviudas. Eso quiere decir que, probablemente, los martes esté de guardia y, deliberadamente, los miércoles no tiene actividad de consultas.

Lo que quiero decir es que en estas zonas básicas de salud pequeñas, las rurales, y en algunas otras muchas, la programación de estas actividades ya contempla ese tipo de situaciones en muchas ocasiones. Y que, en cualquier caso... y esta zona básica de salud de Baltanás se acerca a una zona media rural, que no es extraña ni, por supuesto, infrecuente esta... estas situaciones, creo que ha dado una respuesta adecuada y suficiente, incluso en situaciones en las que es necesario plantearse alguna acumulación. Y por eso les planteaba que esas acumulaciones están negociándose, pensando, fundamentalmente, en las zonas básicas de salud urbanas.

En cualquier caso, yo creo que, desde el punto de vista, fundamentalmente, de la equidad -como usted señalaba-, los datos de recursos de utilización de actividad ponen de manifiesto un elevado grado de equidad de nuestro sistema, en este caso de la Atención Primaria, y eso, cuando hablamos de población urbana y rural, me parece que es una cuestión fundamental. Y por eso, a la manera de lugares comunes, yo planteaba que hay algunos discursos que no se compadecen con esta situación. Y el fundamental -porque ese es ajeno al mundo sanitario- es que cuando... es cuando se utiliza este argumento: la gente se va de las zonas rurales porque no tiene servicios. Pues no, los servicios están, han estado, y la gente se ha ido; luego busquemos otras explicaciones, porque -insisto- los recursos, los servicios están, van a seguir estando, y deberíamos ir a una utilización y a una organización más racional de estos recursos.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, excelentísimo señor consejero. En un segundo turno, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, por el Grupo Parlamentario Popular, el señor procurador don Alejandro Vázquez Ramos.

EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Bien. Voy a ser breve. Simplemente hablar... exactamente aquí se ha hablado de un término que siempre se utiliza, que es el de potenciar la capacidad resolutive de la Atención Primaria, con lo cual yo estoy totalmente de acuerdo; como médico, no puede ser de otra manera, y como médico hospitalario tampoco puede ser de otra manera, y... Lo que pasa es que, bueno, siempre se habla, siempre se habla, por una parte, de las pruebas diagnósticas; y yo -de verdad, señor consejero, me gustaría que usted me corrigiera, si yo estoy equivocado- creo que las pruebas diagnósticas, fundamentalmente, a las que tienen acceso los médicos de Atención Primaria son



todo el catálogo de pruebas de laboratorio, todo completo, que publicó su antecesor en el año dos mil once o por ahí, ¿eh?, las pruebas radiológicas, a todas las pruebas radiológicas, a excepción del tac y las resonancias, si no me equivoco.

Entonces, realmente, bien, yo creo que ese no es el caballo de batalla, sino que el caballo de batalla, y donde creo que está resolución importante para la Atención Primaria, es realmente capacidad de resolución con las descompensaciones de los pacientes crónicos pluripatológicos, que ahí es donde realmente nos jugamos la resolución y el funcionamiento de los hospitales. Es decir, tienen que adquirir competencias y tienen que estar suficientemente apoyados por las unidades de continuidad asistencial para ser capaces de resolver, con los recursos del sistema, los problemas de descompensación antes de que realmente requieran ingreso hospitalario. Y esa realmente yo creo que es la capacidad de resolución que deben de adquirir; no tanto si pueden hacer una resonancia o no, porque, realmente, cuando... si por... si encuentran algo en la resonancia, el paciente tiene que ir a la Atención Hospitalaria sí o sí. Entonces, yo creo que tenemos que ir por ahí.

Otro tema que se ha hablado es el tema la geriatría. Yo confieso que soy nefrólogo geriatra, porque la edad media de mis pacientes que yo atiendo todos los días en la consulta es de 75 años o más, es decir, importante sobreenvjecimiento. Y no creo, no creo que lo que pueda aportar un geriatra en determinadas especialidades no lo pueda aportar otro tipo de especialista. Además, en este país existe un grave problema con los geriatras: es que no hay geriatras para poder coger.

Y luego, lo que sí que le pediría, y le pediría porque creo que sí que recojo el sentir de mucha gente, muchos profesionales que trabajan en el hospital, es que se sea enormemente estricto y enormemente sistemático con el tema de las oposiciones, los calendarios de oposiciones y los traslados. Es decir, eso genera mucho malestar, genera mucha inseguridad en los que trabajamos en el sistema, y creo que, independientemente de las tasas de reposición, que ahora parece ser que se van a liberalizar o a solucionar, creo que daría mucha estabilidad y daría mucha tranquilidad a los profesionales que trabajamos en el sistema. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señor procurador. En un turno de contestación, de nuevo tiene la palabra el señor consejero de sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Muchas gracias. Pues rápidamente le diré que el compromiso, no solamente de la Consejería de Sanidad, sino del Gobierno, es seguir reclamando la flexibilización o eliminación de los criterios de cálculo de las tasas de reposición, y que, por lo tanto, eso nos permitiría, en primer lugar, eliminar la bolsa de interinidad que se ha creado como consecuencia de esa tasa reposición y, en segundo lugar, convocar de manera sistemática concurso de traslado abierto y permanente. Esas bases ya están negociadas, se va a realizar la primera convocatoria de concurso abierto y permanente para otra categoría laboral, que no es la de médico ni enfermeras de Primaria; pero después entrarán todas las categorías en ese procedimiento.

Y, desde luego, el acceso a los procedimientos diagnósticos, hay un catálogo con 203 pruebas diagnósticas a las que pueden acceder nuestros médicos; el acceso a los



medicamentos innovadores, de acuerdo con la regulación del Ministerio, está garantizado, y siempre podrá haber detalles que serán mejorables, o innovaciones que habrá que proponer y modificar. Pero creo que, en ese sentido, la capacidad de acceso, de uso y, por lo tanto, de resolución que tiene la Primaria es razonablemente buena.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, excelentísimo señor consejero. Terminado el turno de portavoces, se procede a la apertura de un turno para que el resto de procuradores presentes que no hayan actuado como portavoces de los grupos puedan, escuetamente, formular preguntas, pedir aclaraciones sobre alguna información facilitada. ¿Alguno quiere tomar la palabra? Pues no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

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