



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DON FIDENTINO REYERO FERNÁNDEZ

Sesión celebrada el día 7 de noviembre de 2014, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000137, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre:
 - Estrategia de atención al paciente crónico.
2. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000228, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre:
 - Funcionamiento del Sistema Informático Medora de Atención Primaria de Salud.

SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos.	17747
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre la sesión.	17747
Intervención de la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista) para comunicar que no hay sustituciones en su Grupo.	17747
Intervención del Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular) para comunicar sustituciones.	17747
Primer punto del Orden del Día. SC/000137.	
La Secretaria, Sra. Martín Cabria, da lectura al primer punto del Orden del Día.	17747
Intervención del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, para informar a la Comisión.	17747



	<u>Páginas</u>
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	17751
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Muñoz Expósito (Grupo Socialista).	17751
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	17754
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular).	17756
Intervención del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, para responder a las cuestiones planteadas.	17759
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. Muñoz Expósito (Grupo Socialista).	17762
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	17764
En turno de dúplica, interviene el Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.	17765
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre un turno de preguntas para los Procuradores que no han intervenido en el debate.	17767
En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	17768
En turno de preguntas, interviene el Procurador Sr. Rodero García (Grupo Socialista).	17768
En turno de preguntas, interviene el Procurador Sr. Alonso Díez (Grupo Socialista).	17769
En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Martín Cabria (Grupo Socialista).	17769
Contestación del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.	17769
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, suspende la sesión.	17770
Se suspende la sesión a las doce horas y se reanuda a las doce horas diez minutos.	17771
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, reanuda la sesión.	17771
Segundo punto del Orden del Día. SC/000228.	
La Secretaria, Sra. Martín Cabria, da lectura al segundo punto del Orden del Día.	17771
Intervención del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, para informar a la Comisión.	17771



	<u>Páginas</u>
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	17775
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Rodero García (Grupo Socialista).	17775
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	17778
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. García Bermejo (Grupo Popular).	17780
Intervención del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, para responder a las cuestiones planteadas.	17781
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. Rodero García (Grupo Socialista).	17785
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	17787
En turno de dúplica, interviene el Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.	17788
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, abre un turno de preguntas para los Procuradores que no han intervenido en el debate.	17790
En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	17790
En turno de preguntas, interviene la Procuradora Sra. Álvarez-Quiñones Sanz (Grupo Popular).	17791
Contestación del Sr. García Prieto, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud.	17791
El Presidente, Sr. Reyero Fernández, levanta la sesión.	17792
Se levanta la sesión a las trece horas treinta y cinco minutos.	17792



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

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Señorías, buenos días. Se abre la sesión. ¿Los Grupos Parlamentarios tienen alguna sustitución que comunicar? ¿Grupo Parlamentario Socialista?

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias. Buenos días, señor Presidente. Ninguna sustitución.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. ¿Grupo Parlamentario Popular?

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Buenos días, Presidente. El Grupo Parlamentario Popular tiene una sustitución: Raúl de la Hoz Quintano sustituye a María Canto Benito Benítez de Lugo.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. En representación del Excelentísimo señor Consejero de Sanidad, va a comparecer el Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud, don Eduardo García Prieto, al que damos la bienvenida a esta Comisión.

Primer punto del Orden del Día. Por la señora Secretaria se dará lectura del primer punto del Orden del Día.

SC/000137

LA SECRETARIA (SEÑORA MARTÍN CABRIA):

Gracias, Presidente. Buenos días a todos. Primer punto del Orden del Día: **Comparecencia del Excelentísimo señor Consejero de Sanidad –en este caso, Gerente– 137, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre: Estrategia de atención del paciente crónico.**

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Tiene la palabra el Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud.

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

Señor Presidente de la Comisión de Sanidad. Señoras y señores Procuradores, buenos días. Comparezco ante esta Comisión en nombre del Consejero de Sanidad y a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista para informar a Sus Señorías sobre la Estrategia de Atención al Paciente Crónico.



Permítanme, Señorías, iniciar mi exposición recordando que el Consejero de Sanidad ya compareció ante esta Comisión el día quince de febrero del dos mil trece para informar sobre el cambio de modelo de atención prestada a los enfermos crónicos en nuestra Comunidad Autónoma y sus efectos sobre la calidad de la atención a estos pacientes. Por este motivo, intentaré hacer un breve resumen del marco contextual de esta estrategia, para centrarnos posteriormente en los avances realizados y su estado actual de implantación.

En las últimas décadas hemos asistido a un cambio en el patrón demográfico de nuestra Comunidad, evidenciándose un envejecimiento progresivo que ha llevado a que en la actualidad Castilla y León tenga una de las poblaciones más envejecidas de España. Aunque, sin duda alguna, este aumento de la esperanza de vida puede considerarse como uno de los grandes avances de nuestra época y de nuestro sistema de salud, también ha sido un elemento fundamental en el establecimiento de un nuevo patrón epidemiológico en el que dominan las enfermedades crónicas, lo que ha provocado un importante aumento en la carga asistencial y en el consumo de recursos sanitarios. Tanto en Castilla y León como en el resto del territorio nacional, el grupo de enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte, seguida de los tumores, de las enfermedades del sistema respiratorio, y siendo las enfermedades del sistema nervioso, que incluye al alzhéimer, la cuarta causa de muerte.

Los pacientes crónicos generan la mayoría de las consultas de Atención Primaria, el 80 %, y más de la mitad de los ingresos hospitalarios, un 60 %, y su prevalencia continua, en aumento, estimándose que este grupo de pacientes consume más del 70 % del gasto sanitario. La previsión para los próximos años es que las enfermedades crónicas siguen siendo la principal causa de mortalidad y discapacidad en los países desarrollados, con el consiguiente impacto en los sistemas sanitario y social. Por ello, las principales organizaciones internacionales en el ámbito de la salud han recomendado el desarrollo de estrategias específicas que palién estos efectos, tengan resultados visibles a corto plazo y cuyo objetivo final sea reorientar el sistema sanitario para dar respuesta a este nuevo tipo de demanda asistencial.

Nuestra Comunidad no ha sido ajena a esta realidad, y en los últimos años se han realizado diversas actuaciones encaminadas a mejorar la atención de los pacientes crónicos, lo que nos ha permitido, en un entorno de crisis económica, ser más eficientes en el uso de los recursos disponibles, precisamente para garantizar que el sistema de salud, en sus principios fundamentales, sea sostenible en el futuro. Por ello, nos lleva a elaborar e implantar la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, compromiso adquirido por el Presidente de la Junta de Castilla y León ya en su Debate de Investidura. Esta estrategia -como ustedes sobradamente conocen- tiene como objetivo fundamental optimizar la atención al paciente crónico y pluripatológico dentro de un entorno de mejora de la gestión. Para su desarrollo, se han definido tres objetivos estratégicos: en primer lugar, asegurar la continuidad asistencial; en segundo lugar, potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente; y, en tercer lugar, la innovación y la gestión del conocimiento.

Para asegurar la continuidad del paciente, hemos trabajado en la integración asistencial asegurando la continuidad en el proceso entre los diferentes niveles, la continuidad con la atención sociosanitaria y la adaptación de la organización a las necesidades del paciente crónico. Para mejorar la responsabilidad del paciente, he-



mos intentado fomentar el autocuidado, la corresponsabilidad y la participación del paciente y sus familiares, favoreciendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad para evitar nuevos casos de enfermedad y mejorar la calidad de vida de los que ya la padecen. En tercer lugar, la innovación en la gestión del conocimiento mediante la utilización de nuevas tecnologías que faciliten la comunicación, la formación y la investigación.

La Estrategia de Atención al Paciente Crónico pretende transformar nuestro sistema sanitario. El horizonte de futuro de la Junta de Castilla y León que se plantea es la de disponer de un servicio de salud que proporcione una atención integrada y una continuidad de cuidados con capacidad de innovación y adaptación a las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia del sistema. Para lograr esto, en primer lugar tenemos que realizar una gestión eficaz de la enfermedad mediante actuaciones de prevención y promoción de la salud, impulsando hábitos de vida saludables que retrasen o eviten la aparición de enfermedades y que mejoren la calidad de vida de los pacientes; es importante también seleccionar correctamente las patologías crónicas más relevantes sobre las que hay que incidir, identificando claramente los niveles de cuidados necesarios, e impulsar la participación y la implicación del enfermo y sus familiares en el autocuidado de la enfermedad. En segundo lugar, a través de una gestión eficiente de los recursos, adecuando las formas de trabajo a las nuevas necesidades a través de cambios organizativos que promuevan una atención integral del paciente, de manera que cada paciente sea atendido en el dispositivo más adecuado a sus necesidades, asegurando la continuidad de cuidados.

Resulta evidente que nuestros hospitales actuales, orientados fundamentalmente a la especialización y al tratamiento de enfermedades agudas, no siempre son la mejor opción para los pacientes crónicos, que, una vez estabilizados, requieren otro tipo de centros más residenciales; de ahí la necesidad de crear nuevos dispositivos asistenciales que, de forma paulatina, vayan sustituyendo a los dispositivos tradicionales. En este sentido, y en coordinación con los servicios sociales, se están ensayando nuevas fórmulas de hospitalización en unidades de convalecencia destinados a aquellos enfermos que van a ser dados de alta en el hospital, pero que requieren de un recurso residencial de media estancia hasta que puedan volver a su domicilio.

Este nuevo modelo supone el mayor cambio en los servicios de salud en los últimos treinta años y supone romper alguno de los estereotipos de nuestro sistema actual; el profesional individual debe ser sustituido por el equipo multidisciplinar. El objetivo, más que curar, es cuidar, mantener, apoyar y mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familias. Tiene como eje a la Atención Primaria, que adquiere así un papel protagonista y se convierte en el eje del tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas. Las nuevas tecnologías están al servicio de los profesionales y de los pacientes, y hay nuevos protagonistas que adquieren importancia en la atención: los cuidadores familiares y las enfermeras, como gestoras de los cuidados.

En este momento, y desde que en enero del dos mil trece se aprobara la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, esta se encuentra en todas las áreas de la Comunidad en fase de despliegue. Voy a reseñar, aunque sea brevemente, alguno de los proyectos que ya hemos realizado y los que acometeremos en el año dos mil quince; algunos de los cuales han sido anunciados recientemente por el Consejero de Sanidad en la comparecencia de presupuestos.



Se ha realizado la primera estratificación de la población. Esto nos permite una mejor organización del conjunto de la atención y de los cuidados a la población. Los datos obtenidos en este proceso se integrarán en la historia clínica electrónica a lo largo del año dos mil quince y, de esta forma, quedará registrado el nivel de riesgo de cada paciente.

Hemos diseñado y puesto en marcha un proceso integrado de atención a los pacientes crónicos pluripatológicos complejos, realizándose la difusión del proceso, informando y formando a los profesionales implicados, y en el próximo año continuaremos con la extensión del proceso por toda la Comunidad.

En todos nuestros hospitales, han comenzado a funcionar las Unidades de Continuidad Asistencial (UCA), cuyo principal objetivo es prestar atención preferente a pacientes crónicos pluripatológicos complejos, tratando de asegurar la continuidad en su proceso asistencial. Y durante este año se potenciará la actividad de estas unidades.

En virtud del convenio de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y la Consejería de Familia, se está gestionando conjuntamente camas de Unidades de Convalecencia Sociosanitaria en centros residenciales. Actualmente, están funcionando 84 plazas en Valladolid, Segovia, Burgos, León, Palencia y Salamanca. A finales de dos mil quince se pretende que todas las áreas de salud tengan plazas de convalecencia sociosanitaria.

Se han constituido varios grupos de trabajo que están elaborando procesos clínicos integrados por patologías y se va a empezar a diseñar el proceso de atención integrada en residencias y el proceso de atención integrada en domicilio.

En el campo de la farmacoterapia, estamos trabajando en la optimización de la farmacoterapia en pacientes crónicos y polimedcados. Hasta el momento, se ha implantado el Programa de mejora de la adherencia terapéutica en todos los centros de salud, y en dos mil quince las actuaciones se dirigirán a la realización de un seguimiento intensivo en un grupo reducido de pacientes que, por su tratamiento con elevado número de fármacos, son los más vulnerables a sufrir problemas relacionados con los medicamentos. Además, se prevé continuar con la implantación del proyecto de mejora de la atención farmacéutica en centros residenciales de personas mayores y en centros de atención a minusválidos psíquicos, creando nuevos depósitos de medicamentos en dichos centros suministrados por los servicios de farmacia de los hospitales de la Gerencia Regional de Salud.

El programa está implantado en 17 residencias públicas de personas mayores y en 3 centros de atención a minusválidos psíquicos. Está prevista la incorporación de 5 nuevos centros de atención a minusválidos psíquicos en dos mil quince.

Con respecto al objetivo de impulsar y reforzar la capacitación de las personas para promover la autonomía y el autocuidado del paciente crónico con la participación de asociaciones de pacientes y familiares, ya hemos iniciado algunas acciones, como son: la puesta en marcha de un programa de difusión de conocimiento de autocuidado en las enfermedades crónicas; la constitución de una red de participación y colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares; y, en esta línea, estamos trabajando en un programa de formación y capacitación de pacientes, formando pacientes expertos o pacientes activos. Con esta finalidad, se continuará con la colaboración de materiales para implantarlos en el aula de pacientes de Castilla y León que ya hemos constituido.



Se impulsará el desarrollo de las competencias avanzadas de los profesionales de enfermería en la atención a la cronicidad; y un punto clave de esta estrategia, y que se encuentra en fase muy avanzada, es el desarrollo de la historia clínica integrada en Atención Primaria y Especializada.

Además, hemos iniciado las actuaciones para crear una plataforma informática de atención sociosanitaria, que facilitará la integración de los servicios sanitarios y sociales.

Y, por último, se está desarrollando acciones específicas de formación, tanto en Atención Primaria y Especializada como... con el fin de facilitar la implantación de la estrategia en todas las áreas.

En definitiva, todas estas actuaciones mejorarán la atención y calidad de la prestación sanitaria a los pacientes crónicos y pluripatológicos, a la vez que se consigue una mayor eficiencia en la gestión de nuestro sistema sanitario público. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se procede a la apertura de un turno de los Portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, el Procurador don Francisco Javier Muñoz Expósito.

EL SEÑOR MUÑOZ EXPÓSITO:

Gracias, Presidente. Buenos días a todos y todas, y en especial al Gerente Regional, que, bueno, pues, dos años después, como bien ha dicho él, de la primera intervención aquí, en estas Cortes, del Consejero de Sanidad para hablar de lo que hoy nos trae aquí, que no es otra que la Estrategia de Atención al... al Paciente Crónico, pues volvemos a hablar sobre este tema. Desde luego, desde nuestro Grupo, pensamos que para... bueno, pues para ver qué ha pasado en estos casi dos años que... desde que se puso en marcha, allá por enero de dos mil trece -el dieciséis... el dieciséis de enero se publica en el Boletín Oficial el acuerdo, firmado el día... el día diez, en cuanto a la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, que recogía, desde luego, las bases de esta estrategia-, pues, bueno, pues para analizar y examinar un poco por dónde iban... por dónde iba, desde luego, el funcionamiento de esta estrategia.

Debo decirle, en su... en un primer momento, tras su... tras su intervención, que me han faltado... me han faltado el tiempo verbal en presente. Creo que ha utilizado usted -igual que hizo en aquel entonces, el quince de febrero, el señor Consejero- mucho el futuro; he podido... he podido coger algunos "pretende transformar", "tenemos que realizar", "el paciente será atendido"... Desde luego, a mí me gustaría que esto ya se hubiera transformado, por "se está transformando", por "estamos realizando", o "está siendo atendido"; porque, desde luego, en ese mismo objetivo que ustedes... bueno, en ese mismo... en ese mismo acuerdo -ya digo- de diez de enero, a nosotros nos parece -y así lo dijo mi... mi compañera la señora Martín en aquel entonces-, y ustedes mismos lo dicen, ¿no?, que, según las estimaciones, entre el 70 y el 80 % del presupuesto que se dedica a la sanidad son para pacientes crónicos, y son responsables del 80 % de las consultas totales.



Desde luego, a nosotros nos parece que es lo suficientemente importante –y el dato, evidentemente, está ahí, usted lo ha vuelto a... a repetir hoy– como para que, desde luego, dejáramos ya de... de seguir utilizando esos verbos en futuro y... y hubiéramos apostado, de una mayor manera, por... por el presente, ¿no?

Pero debo decirle que, evidentemente, y... y mire, en su estrategia, en lo que uno puede recoger de la página web de la Junta de Castilla y León en cuanto a la Estrategia de Atención al Paciente Crónico, me parece muy curioso que el papel clave de los... de los profesionales que ustedes tienen y... y resaltan, ¿no?: el éxito de una buena estrategia no solo depende –dicen ustedes– de un buen modelo, sino del compromiso de profesionales y gestores en su puesta en práctica. Hombre, yo añadiría... yo añadiría algo más. Creo que... que a esto le falta, evidentemente, algo más, y es que debe venir de una dotación presupuestaria, porque, evidentemente, si no viene... si no viene dotado de una... de un presupuesto adecuado, pues todos sabemos –y... y es evidente que usted el primero– que... que poco... poco o nada se puede hacer.

Y mire, acabamos de pasar, hace apenas una semana, del debate de presupuestos, ¿no? Y ustedes mismos, tanto el Consejero como usted, como la propia estrategia así lo... así lo cita, dicen que... que la base de este... de esta atención al paciente crónico está en Atención Primaria –ustedes lo dicen-. Y, claro, cuando uno ve que hemos pasado en el dos mil... en el dos mil once de 1.337 millones a 1.057 este año para el presupuesto, es muy complicado... es muy complicado cambiar el tiempo verbal, es muy complicado pasar al presente y no seguir, evidentemente, hablando... y no seguir hablando de... de futuro.

Porque, claro, en aquella intervención del... del Consejero el pasado quince de... de febrero también se hablaba –como hoy usted aquí– de los... de los profesionales, de los profesionales de... que era un punto básico, y sobre todo el personal de... el personal de... de enfermería. Hombre, no sé si es el... quizá el mejor día, cuando ayer traía el propio BOCYL la amortización de varias plazas de... de enfermería. Curiosamente, en aquella intervención del quince de febrero –y corrijáme si me equivoco–, el... el Consejero de... el Consejero de Sanidad apuntaba a una de las cosas importantes que le decía mi compañera: “Entonces no hable usted de recortes, porque no se ha hecho así. Yo le puedo asegurar... –decía él, le estoy citando– yo le puedo asegurar que el número de médicos y de enfermeras en Atención Primaria que trabajan en Castilla y León es el mismo este año que el año dos mil once, que el año dos mil diez; es el mismo”, nos decía entonces. Creemos que los datos no son así. No son así, entre otras cosas, porque el señor Consejero se corrige a sí mismo: dice una cosa el quince de febrero de dos mil... de dos mil trece y dice otra en el dos mil catorce. Por lo tanto, nosotros sí pensamos, evidentemente, que ha habido una reducción de personal, ha habido una reducción de personal en lo que se refiere a profesionales sanitarios, y que esto, evidentemente, tiene –como no puede ser de otra manera– que dejarse sentir en esto también, que es en la Estrategia de Atención al... al Paciente... al Paciente Crónico.

Desde luego, en ese resumen que usted nos ha hecho en un primer... en esa primera parte de hoy de... de su intervención –que es muy parecida a la que hizo el... yo lo he estado... a la que hizo el Consejero–, ya digo, lo... lo que pone de manifiesto –y eso pensamos nosotros– es que en estos dos años muy poco, muy poco –o prácticamente nada– se ha hecho en... en este... en este aspecto. Y sí nos parece que, desde luego, ese 80 %, como ustedes dicen –llegó a decir el Consejero



que 1.800.000, 1.800.000 personas de esta Comunidad eran pacientes crónicos, lo dice en su intervención del quince de febrero-, desde luego, nos hace pensar que debería... la apuesta de la Junta de Castilla y León por este tema debería ser, evidentemente, mayor a la que... a la que está.

Claro, usted... usted mismo ha dicho hoy: "Se ha realizado la primera estratificación", y habla en unión de la receta electrónica cuando se impulse. Claro, es que esto lo llevamos conjugando, ¿no?, año tras año, tras año, tras año, hasta dar con que somos la última Comunidad en este tema. Por lo tanto, vamos a ver si... si realmente... si realmente nos ponemos... nos ponemos a ello, ¿no?

Habla usted de las unidades asistenciales, habla usted de las unidades... fíjese, poniéndolo en comparación con lo que le acabo de decir y lo que decía el Consejero, y viene en el propio acuerdo en cuanto a esos datos de importancia de esta estrategia... más que de la estrategia, de la importancia del paciente crónico en una Comunidad como esta, que la propia estrategia -y ahí están los datos-, bueno, pues habla de ese envejecimiento, habla de... bueno, pues, de, evidentemente, de unas personas donde más incide este... esta cronicidad que en otras Comunidades Autónomas. Y usted hoy, aquí, nos ha dicho: "Unidades de Convalecencia Sociosanitarias". Y nos ha dado algunas provincias donde están, otras donde ni existen. Pero, fíjese, ¿no le parece a usted...? A mí me ha parecido, desde luego, el dato un poco sorprendente: 84 plazas en toda la Comunidad. Hablamos de 1.800.000... ya sabemos que, evidentemente, pacientes crónicos que... no quiero decir con esto que... que ese 1.800.000 vayan a necesitar en algún momento, porque ya sabemos de los pacientes de los que estamos hablando; pero, oiga, si el... si hablamos de setentas por cientos, de ochentas por cientos, de 1.800.000 en esta Comunidad, ¿no le suena a usted un poco raro 84 plazas en esta Comunidad, si de verdad... si de verdad se quiere apostar por la Estrategia del Paciente Crónico, si de verdad, como parecía ser los días anteriores a la presenta... al acuerdo por como ustedes los presentaron, desde luego, en la... en la prensa, esta estrategia del paciente crónico, que teníamos que tener en esta Comunidad alguna plaza más en colaboración -como usted bien ha dicho- con la Consejería... con la Consejería de... de Familia?

Desde luego, ya le digo, a nosotros sí es verdad que nos parece que... que se debería... se debería ir más allá... se debería ir, por otra parte, a la realidad, y se debería ir al presente. Y le digo por qué. Porque, curiosamente, en estos... en estos dos años si... -y eso ya no es futuro, eso es presente- lo que sí hemos hecho, evidentemente, es gravar -y de qué manera- a la inmensa mayoría, a la inmensa mayoría, de los pacientes crónicos. Porque lo que no es futuro y -ya le digo- lo que sí es... lo que sí es presente es que, por arte y birloque de... de un Gobierno Nacional, lo que están los pacientes crónicos es desembolsando unas cantidades de dinero por los medicamentos que antes... que antes no tenían que desembolsar. Eso sí es presente; eso no es futuro, eso es lo que, desde luego, desde una Administración como esta, se le está imponiendo a los pacientes crónicos, ojo, con lo que ello, con lo que ello conlleva para una parte de esos... de esos pacientes, con lo que ello conlleva.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Vaya finalizando, Señoría.



EL SEÑOR MUÑOZ EXPÓSITO:

(Termino ya, señor Presidente). Con lo que ello conlleva, que no es otra cosa... -y así nos lo avisan desde diversos estamentos- que no es otra cosa que el tener que elegir entre medicamentos o tener que elegir entre unas necesidades u otras y en algunos casos dejar de tomar medicamentos muy necesarios para esa cronicidad, desde luego, con las consecuencias que ello conllevan.

Por lo tanto, yo sí creo que se debería... yo creo que en estos dos años hemos avanzado muy poco, evidentemente por... por una cuestión que no es otra que... que presupuestaria, y lo que hemos avanzado -como en este último caso-, desde luego, debe... lo único que ha hecho es retroceder. Nada más y muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra don José María González Suárez.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Muchas gracias, señor Presidente. Empezar, lógicamente, agradeciendo, tal como hablábamos la señora Portavoz de esta Comisión del Grupo Socialista y yo mismo con el Consejero anteayer, agradecer la disponibilidad siempre de esta Consejería ante cualquier petición de comparecencia, ¿no? Esto yo creo que hay que destacarlo, hay que llamar al pan, pan, y al agua, vino, y... porque nos gusta más el vino que el agua, ¿no? Como ustedes ven, soy un gran bebedor de agua. Bien.

Vamos a lo que vamos. Y yo, que tengo la buena costumbre de levantarme utópico cada mañana, porque sé que la madrugada me acuesta excesivamente pragmático y a veces excesivamente pesimista, venía con el ánimo infundado -ya he visto que infundado- de encontrarme aquí con palabras del señor Gerente que nos quitasen la razón, porque si nos quitaban la razón a nosotros, al Grupo Mixto, a Izquierda Unida, estaríamos viendo que no han pasado dos años en balde. Pero la verdad, después de escucharle, es que más que en balde han pasado estas... estos dos años.

Y entonces voy a empezar leyendo algo que hace dos años yo dije, porque hemos ido a la web... sigue la misma estrategia que conocimos hace dos años: participamos en un acto... en olor de multitudes en la presentación; una presenta interesante -lo dijimos en su momento-, pero que pedíamos que viniese acompañado de algo más, pero ese algo más no ha llegado.

Y yo decía... y yo decía en una comparecencia hace dos años, decía que... que estos oscuros años de austericidio que estamos viviendo y que vamos a seguir viviendo, y de liquidación del Estado social, toda iniciativa que venga del Partido Popular lleva indefectiblemente el marchamo de un nuevo tjeretazo para el estrecho techo de gasto con el que la Junta devuelve a los castellano y leoneses a las tasas de bienestar económico y social de los años cuarenta del pasado siglo.

La argumentación de la estrategia deja claros estos propósitos, basados en una realidad poblacional de todos conocida: Castilla y León y su pirámide demográfica invertida, escasa densidad, dispersión demográfica, carácter rural, saldo vegetativo negativo, tasa de mortalidad dos puntos por encima de la media nacional. Bien. Esto



yo lo dije entonces y hoy tengo que mantenerlo, porque usted, además, ha iniciado su intervención hablando de la justificación demográfica y de envejecimiento de la población, que es una realidad en Castilla y León, pero que ya hablaban entonces y que está en su propia estrategia.

Claro, si todos tenemos claro -ustedes para publicitar y nosotros porque lo estamos viendo desde la... desde la Oposición, y la población porque sabe lo que hay- que la población mayor de 64 años es aquella que sufre la mayor proporción de enfermedades crónicas y pluripatológicas, lo que hay que hacer es poner recursos sobre la mesa. Y en ese poner recursos sobre la mesa -que es lo que ustedes no han hecho- para hacer frente a ese más del 70 % del gasto sanitario de los enfermos crónicos y pluripatológicos, que decía la estrategia -y de la que usted vuelve a hablar hoy, dos años después, 70 %-, cuando vuelven a hablar de ello es que están justificando lo que no están haciendo: están justificando los recortes en personal, están justificando el copago y están justificando permanentemente que no les importa... que no les importa qué es lo que ocurre con la población en esas necesidades, sino seguir una línea -la línea del santo déficit- que dicen que les marcan desde otro sitio. Yo quiero creer que... que, ciertamente, lo hacen porque se lo marcan desde otro sitio, pero en algún momento habrá que reivindicar la capacidad de esta Comunidad Autónoma para fijar objetivos sociales y, en base a los objetivos sociales, objetivos de financiación.

Yo, señor Gerente, podría seguir avanzando en esta línea de intervención, pero ya he visto que no me sirve levantarme utópico, y a medida que voy interviniendo me voy mosqueando, igual que cuando le iba escuchando a usted, porque de nuevo estamos viviendo hoy... -con la buena voluntad que desde la Oposición se pide esta comparecencia- estamos viviendo hoy una futura... una futura no, una ya medida publicitaria; porque, claro, hablar aquí, en este momento, de que en el dos mil quince y en el dos mil dieciséis... Hombre, hace dos años que viene la Junta vendiendo esta estrategia; hace dos años que venimos desde la Oposición apoyando esta estrategia, porque nadie ha dicho lo contrario, sino que nos parecía positivo. Pero hablar hoy y ponerse la medalla de que existen 84 plazas, 84 camas sociosanitarias en una Comunidad donde usted habla... usted, ustedes, en su estrategia, creo que es del 80 %, ¿eh?, del 80 % de población en consultas locales que tienen que ser atendidos como enfermos crónicos, o 60 % de ingresos hospitalarios, pues yo creo que pasa como con la finalización del paro en esta Comunidad. Ustedes dicen... su partido, el partido que está gobernando la Junta, dice que pasado mañana ya no hay problemas, pero, claro, al ritmo de degeneración del empleo en Castilla y León, ni siquiera en el año dos mil treinta, que podríamos decir alguno; a ese paso, ni el paro se acaba en Castilla y León, como no sea por defunciones, ni... -claro, es una realidad: en los cementerios no hay paro- ni las camas sociosanitarias van a tener virtualidad de responder a las necesidades de los ciudadanos antes del dos mil treinta o dos mil cuarenta.

Y a mí me gustaría... usted ha hablado de los cuidadores familiares. Fíjese, es una figura que nos parece interesante, y miro a doña Mercedes Martín porque en su momento hablamos de ello, ya hace tiempo. Nos parece interesante, pero ¿qué es lo que hace la Junta con los cuidadores familiares? Yo creía que hoy me iba a encontrar aquí con una explicación clara y concreta de cómo había actuado pedagógicamente la Junta, a cuántos cuidadores familiares había citado o había concentrado y les había animado, y además educado y enseñado, para tratar con los enfermos a los que



tienen que cuidar. Y nada, no ha hablado de ello para nada. Claro, y habla de un... de un programa informático que se les aplicará en el dos mil quince -después hay una comparecencia para hablar de ese tema-. ¿De qué nos va a servir a final del dos mil quince? Pues en el dos mil quince, cuando algunos gobernemos, tendremos que poner patas arriba la Consejería de Sanidad para aplicar las estrategias en las que estamos de acuerdo, pero ponerla patas arriba desde el punto de vista de la financiación y de tomar decisiones al servicio de esas estrategias comunes; que, además, no son comunes en Castilla y León, es que es la estrategia que hay que defender en un sistema de salud pública en todo el país. En eso estamos de acuerdo.

Bien, lo dejo aquí porque veo que el señor Presidente me está mirando y que alguien más está haciendo gestos para que me quite la palabra. Pero... pero mire, señor Gerente, como sé que usted se lo va a trasladar al Consejero, dígame que veinte años no es nada para el amor; dos años para la salud es estar bajo tierra. Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Aguilar Santamaría.

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Buenos días, señor Gerente. Muchas gracias por sus explicaciones. Muchas gracias también al equipo que... que le acompaña por estar aquí presente.

Bueno, como usted observará, aquí siempre pasa lo mismo: hablemos de lo que hablemos, sea el tema que sea, siempre acabamos hablando de otra cosa distinta al tema que nos ocupa. Y yo voy a hablar en presente, yo voy a hablar en presente, porque usted ha hablado en presente. Yo he apuntado aquí: se ha realizado la primera estratificación, hemos diseñado y puesto en marcha un proceso integrado, han comenzado a funcionar las Unidades de Continuidad Asistencial, se están gestionando conjuntamente unidades de convalecencia, estamos aquí optimizando la farmacoterapia, hemos iniciado acciones en la puesta en marcha de un programa de difusión, la... lo... el punto clave de esta estrategia está en una fase muy avanzada. Bueno, esto en castellano es presente. Pasado es lo que algunos a lo mejor les interesa... les interesa comentar, les interesa hablar.

Pero, en cualquiera de los casos, yo creo que lo importante, y lo más importante en una estrategia -porque la propia palabra lo dice, es estrategia, ¿eh?, esa estrategia que lleva... que lleva un tiempo-, lo más importante yo creo que es querer entenderlo, y vamos a ver si también con nuestra intervención conseguimos, un poco en su línea, que se entienda.

Porque cuando hablamos de... de estos pacientes crónicos, como muy bien nos ha explicado, estamos hablando de un colectivo muy importante, ¿no? Hemos hablado de un colectivo de 1.145.000 personas en nuestra Comunidad, si bien solo el 15 % de los... son pacientes de alto riesgo, unos 171.000, y solo el 5 % de alta complejidad, 57.000. Que no significa que los tengamos que meter en... en residencias, ni que tengamos que tener, en vez de 89 camas, 57.200; no sé si queremos tener a nuestra población metida, porque son crónicos... -le... le voy a decir una cosa: yo soy un crónico- metido... -y no quiero una habitación- metido en unas habitaciones.



Vamos, no... no entiendo muy bien. Pero creo que aquí hay un problema de poder llegar a entender algo, a nivel, por lo menos, sanitario. No discuto que político, porque a lo mejor son otros intereses.

Los sistemas sanitarios actuales están diseñados para atender principalmente problemas de agudos -y esto es así, aquí y en todos los sitios- y con dificultades para responder a las necesidades de los pacientes crónicos, que necesitan cuidados a lo largo de toda su vida, además de una... de una atención integral -integral, no... no encima de él permanentemente, ¿eh?-, y no solo puntual. Por ello, es fundamental que las instituciones sanitarias den respuesta a sus necesidades y permitan organizar una respuesta que asegure la continuidad en los... en los cuidados, una asignación eficiente de los recursos y la adecuada coordinación no solamente entre los niveles asistenciales Primaria y Especializada, sino también... también con los servicios sociales. Y es que los pacientes crónicos protagonizan ese 80 %, como nos decía, de las consultas totales, el 60 % de los ingresos hospitalarios y el 33 % de las visitas a los servicios de urgencia hospitalaria. Representan más del 70 % -como bien nos comentaba usted- de la actividad sanitaria y casi el 80 % del consumo de los recursos del sistema. Cualquier medida de mayor eficacia y eficiencia en este ámbito tiene un enorme impacto global en el sistema, tal y como hemos podido comprobar.

Este Grupo entiende que para mejorar la capacidad de respuesta de las organizaciones sanitarias se plantean estrategias como la aprobada hace dos años en nuestra Comunidad, la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León, como una apuesta para... por garantizar los derechos de los pacientes crónicos, su accesibilidad al sistema público de salud y la equidad dentro de este, tal y como señaló el Presidente en la presentación de esta estrategia. Esta estrategia ha facilitado -también en presente- el marco en el que se desarrollan diferentes proyectos, como especialmente el proceso de atención al paciente crónico pluripatológico complejo, que engloba la creación de nuevos recursos asistenciales y que... y que presentan una serie de ventajas para que estos pacientes, como son la... como son la prioridad de que se otorgue a la Atención Primaria que tiene una mayor proximidad y acceso del paciente al sistema sanitario.

En este proceso, como bien nos... usted nos ha dicho, destacan las Unidades de... de Continuidad Asistencial y las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria. Recursos esenciales, como los de las Unidades de Continuidad Asistencial, porque van a facilitar y facilitan -también en presente- la entrada a la Atención Especializada para aquellos pacientes de mayor complejidad y una gestión ágil de los pacientes entre los dos niveles asistenciales. O las otras unidades, las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria, que, en colaboración con la Consejería de Sanidad -como nos ha comentado-, permiten que en... que aquellos pacientes que tras un ingreso requieran cuidados de baja... de baja intensidad que no pueden obtenerse en su propio domicilio, que es la base. Estas están instaladas en residencias de servicios sociales, y esperemos que se conviertan en un recurso en todas las áreas de salud, pero para eso también, lógicamente, hay que iniciarse, como se han iniciado, para ver cómo van funcionando, como se ha hecho en esta Comunidad.

Para el desarrollo de la Estrategia de atención a la cronicidad también es necesario un buen conocimiento de nuestra población y tenerla agrupada en función de algunas de las variables, como las patologías, el perfil de los usos de los servicios, los problemas sociales concomitantes, etcétera, que pueden orientar hacia las



necesidades de atención. Esta clasificación, para nosotros, para este Grupo, es útil porque permite conocer la población según las necesidades de atención, así como para la planificación, para la gestión y para la financiación de los servicios.

Además, desde su aprobación, se ha hecho especial énfasis en potenciar la participación de las asociaciones de pacientes, punto importantísimo en la elaboración de planes, estrategias, guías y protocolos. Es fundamental... es mucho más fácil y mucho más rápido, a lo mejor, que usted solo en su despacho lo hubiese hecho, pero es fundamental hacerles partícipes de las iniciativas de planificación que afectan a los enfermos crónicos, porque un enfermo crónico formado sobre su dolencia y que se hace responsable de sí mismo resulta entre un 8 y un 20 % más barato al sistema sanitario que un paciente pasivo, al que no se le implica... no se ha implicado en el cuidado de su enfermedad. Esto también es un cambio cultural que tampoco se hace de la noche a la mañana.

La eficiencia de este modelo de atención consiste en que ese enfermo, al estar bien controlado, prácticamente no tendrá crisis y no utilizará ni los servicios de urgencias hospitalarios ni ocupará una cama, los dos recursos más caros que tenemos en estos momentos en el sistema sanitario. Los estudios indican que proporcionar a los pacientes acceso a su historial clínico personal *on-line* disminuye la presión de trabajo de los médicos de Atención Primaria, y está valorado en un 11 %. Cuando las personas tienen acceso a información de calidad sobre sus enfermedades se vuelven mucho más activas, se implican más, se hacen más protagonistas de su salud, y están más satisfechas y comprenden mejor la importancia que tiene establecer una conducta con estilos de vida saludable; o, cuando es necesario, seguir correctamente las pautas de un determinado tratamiento.

Las cuestiones relacionadas con la salud constituyen uno de los primeros motivos de consulta en internet. Ha sido así desde los inicios de la red y se sigue manteniendo esta tendencia -hay que tener cuidado, ya lo sabemos, también con esa información-. La posibilidad de obtener información inmediata sobre cualquier tema sanitario ayuda a los ciudadanos a completar la información que reciben los centros y, al tiempo, le permite interactuar de forma diferente con los profesionales cuando les visitan en la consulta. Por ello, nosotros queremos destacar el aula de pacientes del portal de salud como fuente de información sanitaria objetiva, y que en otros utilizan los contenidos aportados por las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes, ya sea mediante enlaces, mediante adaptaciones o con la elaboración de los nuevos contenidos. Se trata, pues, de espacios dinámicos de participación que, a través de una información objetiva y veraz, orientan a promover estilos de vida saludable, prevenir la enfermedad y apoyar a las personas con enfermedades crónicas en el autocuidado de la salud.

En definitiva, para este Grupo la estrategia ha supuesto y está suponiendo un cambio que ha afectado a todos los niveles del sistema: a la Atención Primaria, a los recursos hospitalarios, a los mecanismos de coordinación entre ambos niveles, a la integración con nuestros sistemas de servicios sociales, a la implantación de nuevas tecnologías, a los propios hábitos de los pacientes y de los cuidadores; y todo, en presente.

Esperamos que se siga avanzando, señor Gerente, en el desarrollo de esta estrategia con la misma ilusión y con el mismo esfuerzo que se está poniendo por parte de la Consejería. Muchas gracias.

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

Muchas gracias. Para responder a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud.

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

Muchas gracias, Presidente. Señorías, ustedes me hablan de dos años de estrategia, y, si nos pudiéramos a... a ver, en realidad, cuál es la Estrategia de Atención al Paciente Crónico, tendríamos que remontarnos casi 40 años. Yo les recuerdo que hubo una conferencia -a lo mejor, alguno de ustedes ha oído hablar de ella-, la Conferencia de Alma-Ata. Y en la Conferencia de Alma-Ata uno de los principales puntos que se abordaban era... -en el año setenta y ocho, estoy hablando- era la cronicidad como un factor emergente, el envejecimiento de la población y la necesidad de desarrollar un sistema sanitario que nos permitiera abordar la cronicidad; y, como consecuencia de ello, en nuestro país, en nuestra Comunidad Autónoma, se inició una reforma, una reforma en la Atención Primaria, que estaba enfocada fundamentalmente a la atención a la cronicidad.

Y yo quiero recordar que esto, en Atención Primaria, se viene haciendo de forma habitual: en Atención Primaria hay programas de atención al paciente crónico, hay programas de atención a la EPOC, atención... hay programas de atención al paciente diabético, hay programas de prevención de riesgo cardiovascular, hay programas de ayuda a los cuidadores familiares.

Me preguntaba, me decía el señor González que qué es lo que hacemos. En los centros de salud, el personal de... de enfermería realiza funciones con los cuidadores, enseñándoles qué es lo que va a pasar con ese paciente, tratando de explicarles qué es lo que va a ocurrir, cómo se va a desarrollar la enfermedad de este paciente o cómo deben movilizar a... a este paciente, o cómo deben cuidarle desde el punto de vista higiénico o desde el punto de vista dietético.

Por lo tanto, la atención al paciente crónico no es algo nuevo. ¿Por qué hacemos, entonces, una estrategia -y tal vez mi error ha sido centrarme de nuevo en recordar los fundamentos de la estrategia y no centrarme en los logros que habíamos alcanzado-? Pues hacemos una estrategia porque lo que no tenemos preparado, lo que no se ha fundamentado, ha sido precisamente la atención hospitalaria.

La atención hospitalaria atiende a los pacientes crónicos cuando ingresan -de hecho, están... tienen unas estancias mucho más prolongadas de lo que seguramente deberían tener- y es en Atención Especializada, es en el hospital, donde debemos introducir fundamentalmente las modificaciones: potenciar la capacidad que tiene Atención Primaria para atender a estos pacientes, y potenciar que en el hospital el paciente crónico esté el menor tiempo posible. Que, cuando es necesario que el paciente crónico acuda al hospital -porque se ha superado la capacidad de resolución de Atención Primaria-, exista una vía de comunicación rápida; y esto son las UCA, esto es lo que trata de conseguir las UCA: que, cuando el paciente está en el hospital y permanece en el hospital, como en muchas ocasiones nos ocurre, no por motivos asistenciales, sino por otros motivos diferentes a los asistenciales -motivos a veces sociales-, dispongamos de un recurso que lo que nos permita es que este paciente



no esté en el hospital; que esté cuidado, que esté atendido en un sistema sanitario y social donde se conjugan los dos... las dos actuaciones. Y esto son las Unidades de Continuidad Asistencial.

Por lo tanto, no necesitamos sustituir la hospitalización de estos pacientes en nuestros hospitales; no necesitamos tantas camas como pacientes tenemos. Nuestro objetivo, el objetivo de esta estrategia, es que estos pacientes estén en su casa, que estén en su entorno, que estén con su familia, que sean atendidos en su entorno por la Atención Primaria, y que sean cuidados por la Atención Primaria y por sus familiares; y prestar la colaboración suficiente a los equipos de Atención Primaria para que esto lo puedan hacer así.

Y cuando tenemos que sustituir a la familia es cuando utilizamos las Unidades de Continuidad Asistencial, que tienen además un objetivo de permanencia limitado. Las Unidades de... de Convalecencia son de convalecencia, no son de hospitalización; en ningún caso pueden superar un periodo de más de seis meses. Y, si el paciente, cuando finaliza su estancia en la Unidad de Convalecencia, precisa una unidad... necesita una atención sociosanitaria... perdón, social, lo que se hace durante este periodo es buscar la respuesta para que este ciudadano pueda tener un recurso social donde seguir su vida y donde seguir su cotidianidad.

Me dicen que en dos años no hemos hecho... no hemos avanzado nada. Cuando lanzamos una estrategia, no tenemos hecho todos los avances que es necesario, todas las modificaciones que es necesario realizar para llevar a cabo esa estrategia. Por lo tanto, en estos dos años, ¿qué es lo que hemos estado haciendo? Fundamentalmente, preparando los cambios que necesitábamos hacer; entre ellos, uno que es objeto de la... de la comparecencia siguiente que tenemos, que es tratar de trabajar en la historia clínica única del paciente en Castilla y León. Esto era una herramienta esencial y necesaria para que, por ejemplo, desde las Unidades de cuidados... de Continuidad Asistencial se pudiera acceder a la información del paciente en Atención Primaria. Sin ello no podríamos haberlo hecho.

Hemos avanzado en el diseño de herramientas, en la mejora de herramientas que ya teníamos, como, por ejemplo, son:

La... el aula de... de pacientes. El aula de pacientes, en estos momentos, ha incorporado más de 8 nuevas patologías que pueden verse en... en el aula de pacientes y que ayudan a los nuevos pacientes crónicos a ver y saber más sobre su enfermedad.

Hemos avanzado en conocer a las asociaciones de pacientes, porque una de las dificultades que teníamos, fundamentalmente, era contactar con las unidades de... de asociaciones... perdón, con las asociaciones de pacientes. Las asociaciones de pacientes cambiaban su titularidad, cambiaban su domicilio, cambiaban su teléfono, y teníamos dificultades, a veces, para tener un trato continuo con ellos. ¿Qué es lo que hemos hecho? Lo que hemos hecho ha sido, a través de la página web de la Junta de Castilla y León, establecer un sistema que lo que permite a estas asociaciones es mantener continuamente sus datos y su información, que les permite interactuar con nosotros, que les permite preguntarnos, realizar las preguntas, enviarnos las sugerencias, y que nosotros les podamos contestar adecuadamente. Y esto, además, dentro de un sistema que es transparente, y que, por lo tanto, cualquier pregunta que realice una asociación de pacientes es vista por el resto de los... de los pacientes.



Hemos avanzado en... en tener un cambio de mentalidad con las asociaciones, porque esta estrategia no va a durar dos años, ni cuatro años: esta estrategia, como el cambio de Atención Primaria, es un cambio más cultural, y los cambios culturales cuesta mucho introducirlos en los sistemas, y además hay que planteárselos a largo plazo. Y las asociaciones de... de pacientes, por ejemplo, tenían una concepción de que al paciente... de que lo que... su función fundamental era de carácter reivindicativo. Hemos conseguido que ellos entiendan que su función fundamental, sin renunciar, por supuesto, a las reivindicaciones que tengan que realizar, es de carácter colaborativo. Lo que nosotros les pedimos es que colaboren con nosotros en atender mejor a esos pacientes.

Por lo tanto, yo creo que sí que hemos avanzado y que estamos en la línea. Por supuesto que en el año dos mil quince vamos a seguir haciendo cosas, y yo se las tengo que anunciar; y en el año dos mil dieciséis; y en el diecisiete, seguramente, tendremos que seguir haciendo nuevas cosas, y se las iremos anunciando a medida que las vayamos poniendo en marcha. Porque es una estrategia que dura cuatro años -como digo-, pero es una estrategia que va... que debe durar en el tiempo, que debe producir un cambio cultural en la forma de atender a los pacientes crónicos en el hospital, no siendo el reducto donde mandamos al paciente crónico y donde el paciente crónico le dejamos atendido, pero a veces fuera de su entorno, sino que el hospital simplemente sea el sitio donde atendemos las agudizaciones del paciente crónico y le devolvemos de nuevo al entorno familiar; en caso de que no tengamos un entorno familiar adecuado, a un entorno social que sustituya a este entorno familiar, que es donde el paciente realmente debe estar.

Y dicen ustedes que no hemos hecho ningún tipo de dotación presupuestaria. Bien, es cierto en parte; es cierto. Como estoy diciendo, esto, lo que se trata no es de poner nuevos medios. Sí que hay dotaciones presupuestarias que están destinadas a mejorar las comunicaciones, a desarrollar las tecnologías de la información que necesitamos; no están dentro de la estrategia, pero están dentro de otras estrategias, como son el desarrollo de la historia clínica. Pero lo que hay que cambiar fundamentalmente es la forma de trabajar, lo que hay que cambiar fundamentalmente -vuelvo a insistir- es la cultura de cómo tenemos que tratar a nuestros pacientes crónicos, porque, al final, crónicos -como decía Jesús- son... somos todos; usted es crónico, yo también soy crónico y, seguramente, la mayor parte de los que estamos aquí padecemos algún tipo de enfermedad crónica. Pero tampoco esta estrategia está dirigida esencialmente a los pacientes crónicos; tiene varias fases: una es la atención al paciente crónico, que lo que tenemos que intentar es que no empeore su situación, que seamos capaces de vivir una vida normal y convivir con nuestras... padecimientos normales con respecto a la edad que nos toca vivir; y otra cosa es intentar atender también de un forma especial... y en esto es en lo que se centra fundamentalmente los recursos que hemos implementado, a atender a aquellos pacientes que tienen una pluripatología, y que esos pacientes que tienen una pluripatología ya no somos todos, sino que son, aproximadamente, en Castilla y León, pues un millón... perdón, 1.700. Hacia estos es hacia los que se dirige fundamentalmente esta... esta estrategia. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. En turno de réplica, tiene la palabra el señor Muñoz Expósito.

**EL SEÑOR MUÑOZ EXPÓSITO:**

Gracias. Gracias, señor Presidente. Y gracias al... al señor Gerente por sus... por sus explicaciones. Desde luego, poco más se podía decir que lo que... que lo que usted ha dicho. Yo sigo manteniendo, desde luego, mi teoría en cuanto a los tiempos verbales; yo creo que se podía haber hecho... Y creo que un poco usted me ha dado... me ha dado la razón, porque, claro, comenzar diciendo que... que esto no es de ahora, sino de hace 40 años, pues, evidentemente, creo que vamos muy lentos; es evidente que vamos muy lentos, ¿no?

Y le vuelvo a citar... y le vuelvo a citar el dato que... que usted ha dado, ¿no? Usted ha dicho 84 plazas en toda la Comunidad para una de las cosas, desde luego, yo creo que mucho... que muy importantes y más preocupantes de las que tiene esta estrategia. Porque, claro, yo, repasando la Comisión de Sanidad a la que usted hacía referencia -yo también- del quince de febrero, el propio Consejero, cuando citaba -y usted ha definido también alguna- las 9 patologías más concretas -concretamente, decía él, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, las enfermedades neurodegenerativas, demencias... todas aquellas que él iba citando-, citaba una muy importante: en segundo lugar decía y hablaba del ictus, él, ¿no? Y, claro, y usted, aquí, leo que debemos mejorar, que el cambio no se debe producir de una manera... -no sé cómo ha dicho usted- sino que es más un cambio... un cambio cultural.

No sé, a mí me da la sensación, escuchándolo, muchas veces, que pinta una Arcadia feliz que... que, desde luego, nada tiene que ver con la realidad, porque es que la realidad... Por ejemplo, en este caso que citaba el Consejero y que, desde luego, hoy volvíamos a traer aquí, que no es otro que el de los ictus, la gente lo que espera no es un cambio cultural, ¿eh?, señor Gerente, la gente no espera un cambio cultural; la gente lo que espera, cuando tiene un paciente -usted lo ha dicho- que tiene una agudización del paciente en el hospital y que al poco tiempo ese paciente sale del hospital, la gente lo que quiere por parte de la Administración es una respuesta, y una respuesta en dos sentidos: quiere una respuesta, si puede ser, en una Unidad de... de Convalecencia Sociosanitaria -de esas de las que usted solo nos ha citado que hay 84 en toda la Comunidad-; o una respuesta en forma de formación, apoyo continuo a los familiares, que hoy en día no tienen -y eso se lo puedo asegurar-, que hoy en día no tienen.

Y esa es la realidad, señor Gerente, no ese cambio sociocultural del que usted nos está hablando, no, no; la realidad es que tenemos un paciente con ictus al que le van a dar el alta y al que la familia se encuentra con el abismo; y ese abismo es el que ustedes tienen que solucionar, y ese abismo es en el que ustedes, en estos dos años, amén de ese cambio sociocultural, ustedes tenían que haber hecho muchos más esfuerzos -usted lo acaba de reconocer aquí- en cuanto al ámbito presupuestario. Pero, claro, tenemos aquí la... la transcripción de... de hace diez días, la transcripción del Consejero de Sanidad. Oiga, es que... es que fue un párrafo, es que lo que no me... me sigue sin cuadrar, señor Gerente, es como las cifras que ustedes ofrecían para justificar esta estrategia, que son unas cifras demoledoras, que son unas cifras demoledoras en cuanto a la importancia, y, oiga, es que el señor... el señor Consejero le dedicó un párrafo, en tres horas, un párrafo; en concreto, medidas para reforzar... -lo mismo que ha dicho usted, pero de manera muy reducida- medidas para reforzar la atención a la cronicidad, o prestaciones, servicios sociosanitarios debidos a la Estrategia de Atención al Paciente. Literatura; cambio sociocultural, es lo que venía



aquí a decir, pero, desde luego, medidas ni una, porque no iba acompañada ni de un solo número, y era la comparecencia de presupuestos. Y es lo que la gente quiere, números. Lo que la gente quiere es que las actuaciones vengan acompañadas de números para que ese paciente al cual, desde... desde esta... este Gobierno se le da el alta, bueno, pues tenga, evidentemente, esa estrategia que le apoye, a él y a la familia, que actualmente no está.

Mire, ha pasado usted por alto dos cosas que yo le había dicho anterior... anteriormente, y que, desde luego, esto tiene que venir acompañado -ya lo decíamos- de personal. Y, por favor, corrijan ustedes los datos. No nos puede decir el Consejero... no nos puede decir el Consejero que no se reduce personal, que no se reduce... -lo dijo en esta comparecencia, ¿eh?, no estoy diciendo... no estoy viniendo aquí a hablar de personal; no, es que lo dijo en la comparecencia del quince- que no se reduce ni un solo personal. Y es el mismo Consejero... es el mismo Consejero el que firma... el que firma la contestación... el que firma una contestación parlamentaria el pasado tres de abril de dos mil catorce, con todos sus cuadritos en cuanto a médicos, a enfermería y otro personal sanitario, en el que se ve muy claramente... en el que se ve muy claramente que ustedes han reducido personal. Así no se puede aplicar ni esta estrategia ni ninguna otra, ni esta estrategia ni ninguna otra. Si reducen ustedes el presupuesto, si reducen ustedes personal, pues díganme cómo aplican... cómo aplican ustedes la... la estrategia.

Porque otra de las cosas en las que se basaba esta estrategia -y así lo dijo el Consejero en su pasada intervención del quince de febrero- era en el personal; ya le digo, sobre todo hacía mención muchas veces a ese personal de enfermería, que tiene que ser el que haga ese... ese seguimiento de ese paciente crónico. Personal de enfermería... personal de enfermería que -le cito- en el año dos mil once contaba con 9.881 personas dedicadas a este personal, 9.704 en el dos mil doce y nueve mil quinientas en el sesenta y cuatro... sesenta y cuatro -perdón- en el dos mil trece. Por lo tanto, claro que hay reducción. Esta contestación viene firmada por el propio Consejero, que dice que no hay reducción de personal. Hombre, acláremonos, acláremonos.

Y otra... y otra de las cuestiones que, desde luego, más preocupan, y que usted también ha pasado por... por encima, una de las cuestiones que más preocupan a los que son la gran mayoría de los pacientes crónicos en esta... en esta Comunidad, y que ustedes, por cierto, en la propia... en la propia estrategia... esa estrategia tan consultada, esa estrategia que... por la... que ha sido, desde luego, puesta en marcha, según usted, tras consultar con los diversos sectores, y que veo aquí, punto 11.3: "Consecuencias de la cronicidad para el sistema de salud", que es lo que está... la... la estrategia.

El consumo... consumo...

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Señoría, finalice ya.

EL SEÑOR MUÑOZ EXPÓSITO:

Sí. Termino, termino. Un minuto, señor Presidente.



EL SEÑOR MUÑOZ EXPÓSITO:

“Consumo farmacéutico. La terapéutica farmacológica es el componente importante de la atención a los pacientes crónicos –dice la estrategia–, muchos de ellos polimedicados”. Oiga, le voy a hablar de pasado, de presente y de futuro; de pasado, de presente y de futuro. Seis del once de dos mil doce, noviembre dos mil doce –tres meses antes de que se apruebe la... la estrategia–: “Médicos y farmacéuticos alertan del... del abandono de tratamientos por el copago”; médicos y farmacéuticos. Dieciocho de junio de dos mil trece –un año después–: alerta del aumento de enfermos que dejan de medicarse por falta de dinero. El Presidente del Colegio de Médicos y de Farmacéuticos de Castilla y León avanzó ayer que estudiarán las causas que expliquen la reducción del número de dispensaciones registrados en el último año. No sé si hemos llegado a alguna conclusión sobre esto, porque un año después nos tenemos que desayunar en la portada del *Diario de Soria*, el dos del diez de dos mil catorce –hace apenas un mes; por eso le digo pasado, presente y casi futuro, hace apenas un mes–: las farmacias se alerjan... alertan de que la gente con rentas bajas deja de medicarse. No hablemos de cambios socioculturales; vamos a intentar a ir al presente y vamos a intentar a ir a la realidad, porque esto es una de las cuestiones claves de la Estrategia del Paciente Crónico hoy en día. Y esto, evidentemente, como consecuencia de alguna de las actuaciones de su Gobierno. Por lo tanto, por lo tanto, vamos a ir a intentar atajarlas cuanto antes, porque, desde luego, toda la estrategia se nos cae, o gran parte de la estrategia se nos cae, si día tras día leemos titulares como este. Nada más y muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Gracias. En turno de réplica, tiene el palabra el señor González Suárez.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Agradecer al señor Gerente sus explicaciones, pero, dicho esto, decirle que bien, que está muy bien que hablemos de los acuerdos de Malta de mil novecientos setenta; fueron positivos en aquel momento, lo serían en algún país del mundo. Es como si hablásemos aquí a nivel educativo de la Ley Villar Palasí; tuvo su punto, tuvo su momento, pero yo creo que vamos a acercarnos un poco más. Si quiere hablamos del acuerdo que ustedes, la Consejería de Sanidad, firmó en... a principios del dos mil once en Sevilla, lo que... conocido como la “Declaración de Sevilla”, ¿no?, con unos compromisos asumidos. Pero es que ni siquiera me voy a Sevilla; me voy a lo que yo esperaba de esta comparecencia, que era una evaluación de lo realizado hasta este momento.

Lógicamente, ¿quién es el que viva en esta Comunidad, tenga la edad que tenga –una Comunidad totalmente ruralizada–, y no tenga contactos con enfermos crónicos o con trabajadores del sistema sanitario? Si sabemos que la sección de enfermería cumple un papel, pero lo que no sabemos con qué planificación; yo no lo sé, yo no trabajo en la sanidad. Y he intentado hacerme con el diseño que desde la Junta se hubiese enviado al personal de enfermería para trabajar con los cuidadores familiares y no he conseguido hacerlo... hacerme con él. Igual es materia reservada y, por evitar problemas con la Administración, no me lo han querido entregar, ¿no?



¿A cuántos cuidadores familiares se ha formado? Pero también, además de los cuidadores familiares, ¿cuántos pacientes han sido desviados a las UCO. (Y cuando hablo de las UCO hablo de las Unidades de Continuidad Asistencial, no de la famosa UCO de la Guardia Civil, y ya... ahí no hay que desviarle a nadie; ya los buscan ellos, ¿no?). Bien. Eso es lo que queríamos.

El aula de pacientes. ¿Qué uso tiene el aula de pacientes? Porque, claro, hablar del aula de pacientes a nivel informático en Castilla y León es estar en una situación totalmente evanescente, con los problemas informáticos que hay y con el problema. Algunos enfermos crónicos tenemos una edad y una formación adecuada para intentar utilizar las nuevas tecnologías, pero el sistema no nos lo permite; no porque no lo permita el sistema diseñado y planteado por la Junta de Castilla y León, sino porque vivimos en una Comunidad que en unas ocasiones tienes acceso, en unos territorios tienes acceso, en otro no. Pero yo no me imagino a mi madre con ochenta y ocho años y enferma crónica entrando en el aula de pacientes. Entonces, ver: ¿cuántos?, ¿cómo?

Habla usted de las asociaciones que han... tienen que pasar y que han trabajado para que pasen a ser asociaciones colaboradoras. Bien. No pensaba yo haber hablado de las asociaciones, pero ya que usted alude a ello... Van a dejar de existir. Hay asociaciones colaboradoras como una de la provincia de Ávila, la de Parkinson, que está subsistiendo de las ayudas y donaciones que está recibiendo durante los últimos meses, porque se le ha recortado todos los apoyos que tenía, o la mayor parte de apoyos que tenía. Me ha mentado usted la bicha.

No obstante, dejo de ir a mis cuestiones y voy a la evaluación –que yo creía que usted iba a venir aquí hoy con ella–, la fundamentada en su ruta, la ruta de la estrategia. Y en la fundamentada en la ruta de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico hay objetivos que tendrían que haberse cumplido en el tercer trimestre del año dos mil catorce –el actual–, y usted no ha hablado de eso. Ha empezado hablando, cuando habla del dos mil quince y dos mil dieciséis, de lo que son los objetivos para el dos mil quince y dos mil dieciséis y que están en la estrategia. Por eso yo he empezado criticando que hablase de ello. Eso ya lo sabíamos en el dos mil once; ustedes lo escribieron, aquí está. Eso no es ninguna novedad. Ninguna. Entonces, sinceramente, espero que en la segunda intervención, pues clarifique más; y, si no, le pediría que nos haga llegar a los Grupos Parlamentarios una evaluación... no creo... yo no quiero nombres y apellidos, yo quiero la planificación realizada y la evaluación de esa planificación: el cuánto, el cómo, el con qué, y el dónde; no quiero saber el quién. Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. En turno de dúplica, tiene la palabra el Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud.

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

Muchas gracias, señor Presidente. Vamos a ver. Yo insisto, ustedes dicen que son pocas las 80 plazas de... que hemos puesto de convalecencia; al final, serán ciento... la previsión es que sean 140, 141 plazas, las que tenemos. Y por el momento están dando respuesta a las necesidades que tenemos.



Hablan de patologías como el ictus y el infarto –el infarto no lo han mencionado, han mencionado el ictus–, que recientemente se ha puesto en marcha el código de infarto, y ya existe un código ictus en nuestra Comunidad Autónoma.

Hablan de que no recibe apoyo, y el señor González me decía que no conoce... no ha podido conocer cuál es la planificación de la atención al cuidador familiar o al paciente crónico. No hay ningún problema y, si ustedes así lo quieren, yo les haré llegar la cartera de servicios de Atención Primaria, donde está recogido todos los programas que se desarrollan en Atención Primaria, así como las normas técnicas, es decir, las actuaciones que debe desarrollar el médico o la enfermera en el entorno de la Atención Primaria.

No dispongo en estos momentos de los datos de cuántas personas han accedido al... al aula de pacientes o cuántas personas están incluidas en estos momentos en el programa de atención al cuidador, pero también les haré llegar esta... esta información para que la dispongan.

Es verdad, y nosotros estamos tratando con el SATSE; hemos hecho un acuerdo con el SATSE y un acuerdo con el Consejo de Colegios de... de Enfermería, donde estamos revisando el papel de enfermería en Atención Primaria, donde estamos tratando de retomar el papel que enfermería debe tener en el ámbito de Atención Primaria: en atención domiciliaria, en atención a pacientes crónicos, en la educación a la salud y en la educación a los pacientes crónicos, o a... a los familiares de estos pacientes crónicos; y con ellos –y les agradecemos además el... la iniciativa que... que tienen– tratamos de impulsar que estas actuaciones se lleven adelante en Atención Primaria.

Me hablan de reducción de... de personal. No lo podemos negar. Lo hemos dicho, lo hemos dicho. Desde luego, las medidas que se han adoptado, las disminuciones que ha habido, no tienen nada que ver con las que se han producido en otros sitios –en Cataluña, Castilla-La Mancha, en Andalucía, etcétera–, donde el número de personas que han disminuido no son 300, sino que se cifran por miles, el número de personas que ha disminuido en los servicios sanitarios. Aquí las medidas que se han adoptado han sido mínimas, han sido mínimas, y, además de ser mínimas, hemos mantenido –y esto se lo recuerdo– el mejor cupo que tenemos en Atención Primaria, y hemos realizado hace poco –que también ha sido objeto de crítica por algunos sectores– una reestructuración de los efectivos de... de Atención Primaria que nos ha permitido situar en la zona urbana los cupos medios en 1.500 pacientes por... por médico o enfermera; que nos han permitido mantener los cupos en la zona... en la zona rural, y donde todavía existe una cierta capacidad para hacer algún tipo de reestructuración que nos permita disminuir más todavía los cupos en la zona... en la zona urbana, manteniendo la capacidad de atención en la zona rural.

Hemos mantenido... somos la Comunidad Autónoma que tiene una mayor dedicación de presupuesto a Atención Primaria, y esto lo hemos mantenido, y lo hemos seguido potenciando, y lo hemos seguido incrementando el porcentaje que dedicamos a Atención... a Atención Primaria.

Y finalmente, usted me acaba hablando del... del copago, señor Muñoz. Bien, el copago está ahí, podemos discutirlo, podría ser objeto, y de hecho ha sido objeto yo creo que de varias... de varias comparecencias. Yo creo que se olvidan ustedes de que había un porcentaje elevado –no dispongo ahora mismo del dato– de personas



crónicas, activas, que tenían que pagar el 40 % (el 5 % si eran... si eran pacientes... si eran...). En estos momentos, esas personas no pagan nada. *[Murmullos]*.

Usted me dice que ha disminuido, y que tiene ahí manifiestos, manifiestos. No conozco los estudios en los que se basan, no conozco los estudios en los que se basan; me gustaría que me los hicieran llegar, porque lo que yo le digo es: el número de recetas ha aumentado y el presupuesto en farmacia ha aumentado precisamente por el número de recetas, porque hay un mayor número de recetas. Esto me hace creer que es difícil que haya pacientes que realmente están dejando el tratamiento. *[Murmullos]*.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

A ver, por favor, absténgase de intervenir.

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

Yo pediré... pediré el estudio... o sea, a mí me gustaría que me hicieran llegar el estudio. No... no las preguntas, el estudio, el análisis; porque los datos nuestros no dicen nada de eso.

El señor González me... me hablaba de planificación. Yo me he referido al año setenta y ocho simplemente porque parece que es que esto de los crónicos lo hemos inventado ahora, que es que es una cosa nueva. La reforma de Atención Primaria tuvo como base precisamente la atención al paciente crónico; la promoción de la salud y la atención al paciente... al paciente crónico. Y esto es lo que he querido decir. Y la reforma de Atención Primaria, señor González, duró 20 años. Tardamos 20 años en hacer la reforma de la Atención Primaria.

Esto hemos conseguido, en estos dos años, poner en marcha Unidades de Convalecencia en todas las unidades; hemos conseguido que estas Unidades de Convalecencia tengan una comunicación directa con Atención Primaria y que tengan acceso a la historia clínica de Atención Primaria; hemos puesto Unidades de Continuidad... perdón, Unidades de Convalecencia no lo hemos puesto en todas, hemos puesto en 7 provincias y continuaremos poniéndolas; hemos puesto Unidades de Continuidad Asistencial en todas las... las provincias; hemos realizado... hemos avanzado en... en el proceso de historia clínica única.

Yo creo que hemos avanzado, y he traído aquí los avances que se han producido en estos dos últimos años. Lo que no puedo dejar de mencionar son los avances que también se seguirán produciendo en los próximos años. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Terminado el turno de Portavoces, se procede a la apertura de un turno para que el resto de los Procuradores presentes que no hayan actuado como Portavoces de los Grupos puedan, escuetamente, formular preguntas o pedir aclaraciones sobre la información facilitada. Muchas gracias. Señora Martín Juárez, formule su pregunta.

**LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:**

Gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señor Gerente. Muy escuetamente. Estamos de acuerdo. Si la filosofía es impecable, de manual, y estaba todo inventado, desde la Declaración de Alma-Ata hasta hoy. Pero yo le pregunto: ¿se compromete a darnos una evaluación con datos antes de que finalice la legislatura? Porque eso es lo que nos interesa. Con la filosofía, de acuerdo, pero muchos de estos enfermos viven en el medio rural. Yo le puedo decir que ni aula informática ni nada: mueven el teléfono de la rueda, y con dificultad. Luego en el aula informática no se van a enterar.

Y, señor...

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Formule su pregunta, por favor.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Sí. Su pregunta: los recursos, el motor fundamental de cambiar esa filosofía de curar por cuidar son las enfermeras. No hay otra categoría en Primaria: médicos y enfermeras. Las enfermeras, el motor del cuidado. ¿Usted cree que esas 45 (fijese si soy discreta, no voy a hablar de muchas más, 45) de la reestructuración no se notan en el desarrollo de la atención fundamental a los pacientes crónicos? Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Señor Rodero García.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Brevísimamente. Don Eduardo, si tenemos la misma estructura de gasto en nuestro sistema, que es de agudos, y queremos pasar a crónicos, y, sin embargo, la estructura de gasto la mantenemos idéntica en los últimos años, hay algo que no me cuadra o que me parece imposible: mantener la estructura de gasto cuando pretendemos una nueva visión del sistema sanitario enfocada a crónicos en vez de a agudos -que estamos de acuerdo, como ha dicho la Portavoz, y todo-.

Y segunda pregunta: se habla de 1.300 plazas nuevas, que ha salido en la prensa. ¿Cómo es posible que 1.300 plazas se generen sin variar un ápice prácticamente el Capítulo 1? Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Supongo que esas 1.300 estarán dedicadas, evidentemente, a crónicos.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Señor Alonso Díez.

**EL SEÑOR ALONSO DÍEZ:**

Sí. Gracias, señor Presidente. Y gracias, Gerente. Cuando a una persona mayor se le opera de una cadera, o de una rodilla, y, después de que se le interviene, se le dice que no puede permanecer en el centro hospitalario. Yo le pregunto: esa persona, si no tiene posibilidad de que nadie le atienda, ¿qué se considera, un paciente crónico o tiene que ir a un centro asistencial? Lo digo porque esta es una... una cuestión que se nos plantea en ocasiones y... y no sabe uno qué hacer con estos casos, ¿no? Entonces, como ha hablado de que hay 80 plazas, no sé si está... se le daría un tratamiento de paciente crónico por la sanidad, o se le mandaría a un centro asistencial, que eso tiene problemas para que luego se le mande a un centro asistencial, ¿eh?

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Gracias. Señora Martín Cabria.

LA SEÑORA MARTÍN CABRIA:

Gracias, Presidente. De las 74 plazas de convalecencia de las que usted nos ha hablado -convalecencia sociosanitaria-, prácticamente todas se han integrado en el conjunto de las residencias... de las plazas públicas de la Consejería de Familia, en detrimento precisamente de esas plazas públicas. Díganos, ¿cuentan con... con qué recursos de la... de la Consejería de Sanidad cuentan estas plazas? O sea, ¿se implementan con personal sanitario, simplemente son plazas residenciales que además, como usted ha dicho, se consultan, o algo así, tienen acceso a la historia clínica? ¿Qué... qué aporta la Consejería de Sanidad a las plazas de convalecencia sociosanitarias? Nada más.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para responder a las preguntas, tiene la palabra el señor Gerente Regional de Salud.

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

Ya me he comprometido con el señor González en hacerles llegar la... la cartera de servicios, un ejemplar de la cartera de servicios a todos ustedes, para que la tengan en Atención Primaria, así como la evaluación del porcentaje de... el grado de cumplimiento, el grado de cobertura en cada uno de... de estos servicios. Por lo tanto... *[murmullos]* ...

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Por favor.

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

... por lo tanto, sí que... sí que está ya... ya contestado.

Me decía después... eran 45, tengo apuntado aquí... 45 enfermeras. *[Murmullos]*.



EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Por favor, señora Martín Juárez, no está en el uso de la palabra.

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

No, era... le estaba preguntando, perdón. Ha sido culpa mía. Cuarenta y cinco enfermeras que hemos disminuido. Yo le puedo asegurar que esas 45 enfermeras, según el estudio que nosotros tenemos, no impiden la... el desarrollo de la atención en los equipos de Atención Primaria. Los análisis que nosotros hemos realizado permiten mantener la atención, el grado de atención, y la calidad de la atención en los equipos de Atención Primaria.

Señor Rodero, me decía que cómo vamos a hacer, si mantenemos la estructura del... del gasto. Vuelvo a insistir que lo que se trata fundamentalmente, con independencia de que hay que implementar algunas medidas que son de carácter tecnológico y llevan su presupuesto específico, la mayor parte son organizativas, son cambios en el modelo organizativo.

Y me decía que cuántos... que cómo hacemos para sacar 1.300 plazas; son 1.300 plazas que se sacan a la OPE. Usted sabe cómo funciona la OPE. En las OPE hay plazas que se ofertan que están en estos momentos cubiertas por personal interino, y hay plazas que están vacantes en estos momentos. Esto es lo que ha sido siempre las ofertas... las ofertas de la OPE. Es una oferta de empleo. Usted sabe lo que es una oferta de empleo, por tanto...

El señor Alonso me preguntaba... me hacía una pregunta concreta, que es una operación de cadera, qué es lo que ocurre. Vamos a ver, esto es distinto, no es un paciente crónico. Una operación de cadera puede ser un paciente crónico, pero de lo que estamos hablando es de una atención a pacientes agudos. Todos los pacientes mayores que ingresan en el hospital son evaluados por la geriatra, y son evaluados y se comunica a los trabajadores sociales del... del hospital. Esto es un... un objetivo que se marca todos los años en el plan anual de... de gestión para todos los hospitales. Cuando un paciente tiene problemas para hacer la rehabilitación en... en su domicilio, existen una serie de plazas, que están concertadas en la mayor parte de los casos, y en las cuales se puede enviar a este paciente para que haga esa rehabilitación. Tiene que haber una valoración social previa, y es en lo que se basa normalmente este... este sistema. Entonces es el médico... la médico geriatra y el trabajador social quienes realizan esta valoración y quienes informan a los... a los usuarios sobre esta posibilidad.

En cuanto a la pregunta que me hacía la señora Martín Fabra, efectivamente, lo que estamos... ¿es Fabra? *[Murmullos]*. Cabría, perdón, perdón, discúlpeme. Efectivamente, son plazas residenciales las que estamos utilizando en estos momentos. Esas plazas residenciales tienen que tener una dotación específica de personal... de personal sanitario. Y por cada estancia que nosotros hacemos en una de esas residencias hacemos una aportación a la Consejería de Familia.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Se suspende la sesión por... durante un tiempo de cinco minutos.



[Se suspende la sesión a las doce horas y se reanuda a las doce horas diez minutos].

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Señorías, se reanuda la sesión. Por la señora Secretaria se dará lectura del segundo punto del Orden del Día. Silencio, por favor.

SC/000228

LA SECRETARIA (SEÑORA MARTÍN CABRIA):

Gracias, Presidente. Segundo punto del Orden del Día: **Comparecencia del Excelentísimo señor Consejero de Sanidad -Gerente, en este caso-, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre: funcionamiento del Sistema Informático Medora de Atención Primaria de Salud.**

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Tiene la palabra el Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud.

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

Muchas gracias, señor Presidente. Señoras y señores Procuradores, comparezco de nuevo ante esta Comisión, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista y en nombre del Consejero de Sanidad, para informarles sobre el funcionamiento de la historia clínica electrónica de Atención Primaria de Salud, a la que denominamos Medora.

Señorías, para abordar la cuestión planteada, y con el fin de facilitarles la información con una mayor claridad, he estructurado mi intervención en cuatro apartados: en primer lugar, comenzaré explicando los motivos que justifican el desarrollo de este proyecto; en segundo lugar, señalaré las ventajas del aplicativo y los beneficios alcanzados; a continuación, expondré las dificultades que hemos tenido en su implantación; y, por último, les informaré del grado de desarrollo actual de la historia clínica electrónica de Atención Primaria en Castilla y León.

En el inicio de la presente legislatura, compareció ante esta misma Comisión el Consejero de Sanidad para presentar los proyectos y actuaciones a realizar en esta octava legislatura, manifestando, sin ningún tipo de ambagajes, que la eficiencia y las nuevas tecnologías constituían la base del programa de sanidad, y destacando, entre otras medidas a adoptar en el campo de la adecuación tecnológica de nuestros centros sanitarios, la generalización de la historia clínica electrónica como herramienta que nos permitirá avanzar en la interconexión de los dos niveles asistenciales y, por tanto, en la mejora de la continuidad del proceso de atención sanitaria.

Este y otros compromisos tuvieron su concreción en el documento de Líneas Estratégicas y Objetivos de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para el periodo dos mil once-dos mil quince. Así, en la línea 1, "Trazabilidad de la información clínica como elemento de mejora de la calidad y continuidad asistencial", y en la



línea 6, “Investigación e innovación”, se estableció que uno de los pilares prioritarios de actuación, dado su carácter de base para otras líneas estratégicas, era conseguir que la información clínica relevante en el proceso longitudinal de atención sanitaria al usuario estuviera accesible de manera inmediata y desde cualquier centro y nivel asistencial para todos los profesionales sanitarios que intervienen o pudieran intervenir en su atención. El contar con una historia clínica compartida permite una mayor agilidad en atención, facilita la continuidad asistencial y evita la duplicidad de pruebas e informes.

Así mismo, en la línea 7, “Orientación al usuario”, se destacó el objetivo de accesibilidad del paciente a su información, cuya finalidad es facilitar, con las medidas de seguridad y confidencialidad necesarias, el acceso del paciente a la información disponible sobre su propia salud, convirtiendo a la historia clínica en un elemento de alto valor asistencial y social, que responda no solo a las necesidades de los profesionales, sino también a las del paciente. En definitiva, disponer de una historia clínica accesible desde los distintos niveles asistenciales, interconectada con servicios sociales, interoperable con la historia clínica del Sistema Nacional de Salud y que permitiera la accesibilidad del paciente se configuró como uno de los objetivos estratégicos de la presente legislatura. Para alcanzar este objetivo, ha sido necesario acometer una drástica actualización y renovación de todos los sistemas informáticos de la Gerencia Regional, que, como explicaré más adelante, interactúan con Medora.

Entre las actuaciones que hemos tenido que acometer, permítanme destacar como principales: la identificación única y transversal de toda la actividad asistencial y no solo la realizada en cada centro; la securización de la información del paciente para garantizar la fiabilidad y la veracidad de la información –proyecto de firma electrónica–; la incorporación de un almacén central de datos que permita la transversalidad de toda la información como pilar estratégico de la historia clínica única; y la incorporación de un servidor de terminología clínica que normalice los catálogos existentes en nuestros centros.

Llegados a este punto, permítanme, Señorías, realizar un breve inciso para recordarles que en Castilla y León, en la época pretransferencial, se implantaron dos aplicativos de historia clínica electrónica de Atención Primaria, lo que dificultó la evolución en nuestra Comunidad hacia una historia clínica electrónica única del paciente y obligó a adoptar una decisión sobre la estrategia a seguir, optando en aquel momento por desarrollar un aplicativo propio, que es el que conocemos como Medora.

En el diseño funcional de Medora participaron más de 100 profesionales asistenciales conocedores de las ventajas e inconvenientes de los Programas SIAP-WIN y OMI-AP, que definieron las funcionalidades más favorables para el ejercicio profesional. Se creó, por tanto, una historia clínica electrónica por y para los profesionales, incorporando herramientas como el sistema de codificación automático, la ayuda a la búsqueda de términos clínicos, el módulo de interacciones medicamentosas, las guías terapéuticas o las guías clínicas asistenciales.

Los 39 centros de salud que trabajaban con SIAP-WIN y OMI-AP debieron cambiar a Medora; esta evolución y las resistencias al cambio, inherentes a toda organización, no estuvo exento de dificultades y críticas, como ocurre siempre que se produce la renovación de un aplicativo.



Medora 4, última versión del aplicativo de historia clínica de Atención Primaria, representa uno de los mayores saltos tecnológicos que ha acometido la Junta de Castilla y León, y es la herramienta para los profesionales sanitarios. En términos de utilidades o finalidades del aplicativo, Medora 4 permite un acceso universal y seguro para todos profesionales desde cualquier punto conectado a la red de datos de Sacyl, independientemente del centro de salud donde estén asignados o del lugar en que sean atendidos los pacientes. De esta forma, evitamos que un paciente disponga de más de una historia clínica cuando se desplaza por la Comunidad y, por tanto, la información esté diversificada.

Además, Medora 4 es la base tecnológica para poder avanzar en otras muchas funcionalidades:

Contribuye a mejorar la atención continuada y de urgencias a los pacientes, con independencia del centro sanitario en el que se atiende, facilitando el acceso y el uso de historias clínicas de los pacientes por los profesionales sanitarios de Castilla y León que debidamente lo justifiquen.

Supone un gran avance tecnológico en las integraciones con numerosos sistemas en tiempo real, tal como los sistemas de análisis clínicos, el informe de alta, las interacciones medicamentosas, la estratificación de pacientes crónicos, las alertas sanitarias, las guías asistenciales, el visado electrónico de recetas, el Sistema Nacional de Salud, la base de datos de tarjeta sanitaria, los programas de detección precoz de cáncer de mama y cáncer de colon. Todos estos sistemas permiten mejorar la calidad de la prestación sanitaria y aumentar la seguridad del paciente.

Incorpora la utilización de agendas compartidas para una gestión coordinada más allá del ámbito del equipo de Atención Primaria, siendo también necesarias para los profesionales de área (odontólogos, pediatras de área, matronas y fisioterapeutas). Además, extiende su uso a profesionales sanitarios en el ámbito de la inspección médica, del control epidemiológico, de las Unidades de Continuidad Asistencial, del Centro Regional de Medicina Deportiva y próximamente se incorporará al personal sanitario de las residencias sociosanitarias.

Integra también el sistema de gestión sociosanitaria, facilitando a los profesionales sanitarios la detección de problemas, su análisis, la adecuación de la carga de trabajo y una evaluación continua de las actividades.

En breve, estará disponible para los profesionales el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAPCYL), con datos de actividad, cobertura y prevalencia.

Va a permitir -ya se está realizando la carga- compartir información con la historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud, de forma que facilitará la atención sanitaria a los pacientes de Castilla y León en todas las Comunidades Autónomas mediante el acceso al resumen de historia clínica, que se proporciona de una forma automática.

Es la base de la Carpeta del Paciente, que pronto se pondrá en... a disposición de los ciudadanos de Castilla y León para que inicialmente puedan acceder, en modo consulta, a un resumen relevante de su historial clínico, de sus citas, de sus bajas laborales, y que progresivamente irá incorporando el resto de información personal sobre su salud.



Va a facilitar la implantación de la receta electrónica en Castilla y León, los planes de cuidados asistenciales compartidos y está preparado para compartir con cualquier profesional los nuevos módulos de vacunas, de petición de pruebas diagnósticas o de prescripción electrónica.

Estas ventajas que reporta Medora 4 justifican la decisión adoptada de emigrar a esta nueva versión, aun sabiendo que era un cambio complicado y que surgirían dificultades, a las que no ha sido ajena ninguna de las Comunidades Autónomas que han realizado cambios similares.

Dada la complejidad del nuevo sistema (gestiona 3.778.293 historias clínicas; casi 4.000.000), son más de 120 millones las operaciones que se realizan anualmente con Medora y más de 300 millones las comunicaciones con otros sistemas. La aplicación es utilizada por 11.676 profesionales, con picos de mil... de 5.800 sesiones simultáneas, más de 631.000 operaciones diarias propias y más de 1.060.000 comunicaciones diarias con otros sistemas de información.

Hemos sido cautos en su implantación: más de un año de desarrollo y ocho meses de pruebas, con la participación de empresas líderes del sector, como Horus y Microsoft. A pesar de todo, hay que tener en cuenta que las pruebas se realizan en condiciones muy controladas, y cuando se ha puesto en producción, es decir, cuando hemos empezado a trabajar en real, se ha producido dificultades que hemos de reconocer que han ralentizado y a veces interrumpido la labor de los profesionales, y que también se produjeron con ocasión de la implantación de anteriores versiones, si bien es cierto que las incidencias tuvieron un carácter más local.

La migración a Medora 4 dio comienzo en octubre de dos mil trece, finalizó en marzo de dos mil catorce, incorporando todos los centros de salud y consultorios locales. El número de incidencias producidos en el funcionamiento del aplicativo Medora en dos mil doce ascendió a 1.198, en dos mil trece se contabilizaron 729, y desde enero a octubre de dos mil catorce se han registrado 1.147 (de las mismas, 368 están relacionadas con funcionalidades de Medora, 711 con comunicaciones y sistemas, y 68 están relacionadas con el sistema de visado electrónico VERE y con el proyecto de impresión Silos). No obstante, el programa se ha estabilizado significativamente, disminuyendo el número de incidencias y con escasos bloqueos puntuales desde la finalización de la migración de los centros de proceso de datos (CPD) de Burgos y Boecillo al Complejo Asistencial de León y al Hospital Universitario Río Hortega el pasado veinticinco de junio. A pesar de esta estabilización, se ha producido, y se sigue realizando a diario, un seguimiento del funcionamiento con profesionales centinelas que nos informan del funcionamiento y de las incidencias, y, además, se practica una monitorización de errores y de la velocidad del aplicativo en los distintos servidores.

Y, finalmente, no me gustaría cerrar este apartado correspondiente a las dificultades sin destacar que durante el proceso de implantación no se ha perdido información clínica ni historias clínicas de pacientes, si bien es posible que aquellos casos en los que un paciente disponía de varias historias clínicas electrónicas, alguna de ellas ha podido trasladarse al pasivo y sea necesario que el profesional rescate esta información.

En cuanto al grado de desarrollo actual de la historia clínica electrónica, les informo que, en consonancia con el objetivo que nos hemos marcado de disponer una historia clínica única por paciente, y una vez disponible la versión de Medo-



ra 4, se está trabajando en módulos únicos de historia clínica de uso común para Atención Primaria y Hospital. Estas nuevas funcionalidades, que cito someramente, se encuentran en distintas fases de desarrollo: pendiente de implantación, una vez finalizado el diseño, contamos con un nuevo módulo de vacunas de uso común para ambos niveles asistenciales, un gestor de peticiones y el nuevo módulo de prescripción; en fase de desarrollo o programación, estamos trabajando en el módulo de cuidados en Atención Primaria, orientando a la continuidad asistencial entre Primaria y Hospitalaria, la receta electrónica y la Carpeta del Paciente en el portal de salud para que pueda consultar su historia y comunicarse con los profesionales de referencia; y en fase de definición, podemos señalar la interconsulta telemática, el sistema de información de indicadores de calidad asistencial dirigido a profesionales, la comunicación y coordinación con servicios sociales mediante el desarrollo de la plataforma sociosanitaria y el escritorio profesional para mejorar la comunicación interna con los profesionales.

Teniendo en cuenta esta variedad de desarrollos en marcha, que suponen la inclusión de nuevas funcionalidades en la historia clínica y que han de transmitirse a los profesionales para el manejo correcto de la aplicación, contamos con una red de formadores clínicos conformada por profesionales asistenciales expertos en las aplicaciones de uso clínico, que son los encargados de la formación del resto de sus compañeros; formación que se dará impulso durante este año dos mil catorce y dos mil quince.

Y finalizo, Señorías, insistiendo una vez más en que esta nueva versión de Medora resulta fundamental e imprescindible para poder evolucionar hacia la historia clínica electrónica única del paciente en Castilla y León. Sin esta mejora, no se podía avanzar a la historia clínica electrónica única e implementar nuevas funcionalidades y proyectos.

Por último -y para concluir-, me gustaría destacar el decidido impulso de la Junta de Castilla y León en el ámbito de las TIC, que, indudablemente, constituye una expresión más de su compromiso con la mejora de la calidad de la prestación sanitaria a los ciudadanos de Castilla y León. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se procede a la apertura de un turno de los Portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios. Por el Grupo... por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, don Fernando Rodero García.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Muchas gracias, señor Presidente. Don Eduardo, entre lo que dice que hay y lo que dice que habrá, yo, desde luego, tengo enormes ganas de migrar, como ha hecho Medora 3 a Medora 4, yo tengo muchísimas ganas de migrar a esa nueva... o a esa Autonomía de la que usted nos ha hablado, a nivel informático. Tengo muchísimas ganas de... Luego me dice qué Autonomía es esa, porque voy a aprovechar por... en el concurso de traslado este que nos ha anunciado el Consejero para pedir inmediatamente el traslado a esa Autonomía.



Pero mi pregunta, o mi petición de comparecencia, era sobre Castilla y León, ¿no? Y entonces, en ese sentido, le quiero decir que es que mi trabajo, cuando voy a la consulta... ya tengo unos cuantos años en este oficio, ¿no?, y... y voy con un ordenador que no responde a lo... al de esa Autonomía que usted ha descrito. Y a mí me encantaría. Yo soy de... yo soy, desgraciadamente, de los *off-line*, ¿no? Entonces, lo primero que tengo que hacer es, primero, pues a lo mejor me toca este día hacer una sincronización, pero, una de dos, o madrugo para hacerla o la tengo que hacer a unos horarios determinados, porque sí que me tarda un mínimo... un mínimo de una hora. Y yo sé que parte de su equipo a lo mejor no lo comparte, pero yo les invito a venir a Ávila rural y lo vemos cuando quiera. Y es más, yo le aseguro que aleatoriamente hacemos una sincronización 10 sanitarios, y le aseguro que por lo menos 2 o 3 tienen problemas. Eso seguro, seguro; seguro de que cada 10 sincronizaciones hay al menos que 2 o 3, como mínimo, tenemos problema.

Mire, don Eduardo, llevamos un desarrollo, como usted dice, de 10 años. Al menos, yo he participado durante 8 años en tratar de trasladar, encauzar, la denuncia ciudadana, la denuncia profesional, en este aula, en esta Cámara, ¿no? Y, hasta ahora, hasta hace muy poco, siempre se nos ha achacado de que éramos alarmistas, de que era falso lo que decíamos, que... que teníamos el sistema informático mejor de todas las Comunidades Autónomas, y que lo que teníamos que estar era orgullosos del desarrollo informático en esta Autonomía -le recuerdo, eso lo mantenía el doctor Cruces de forma reiterada aquí-.

Y mire, le voy a hacer un resumen de cómo estamos. Mínimo, nos hemos gastado más de 10 millones de euros en el sistema, ¿no? Son... son datos suyos, ¿no? Mínimo: 10 millones. Los tengo aquí. *[El orador muestra una imagen]*. Usted me dice que no, pero están aquí, y firmados, ¿ve?, y firmados por don Antonio Sáez Aguado. A lo mejor, como estaba usted hablando de otra Autonomía, no... no recuerda estos datos, ¿no? Mínimo: 10 millones de euros, desde el dos mil cuatro aquí. Podríamos decir que son más si tenemos en cuenta otras intervenciones en la legislatura pasada, pero dejémoslo al menos en 10 millones.

Dos: es evidente que los profesionales están cuando menos mosqueados; vamos, enfadados. Mire, fíjese, estos carteles, ¿no? "Medora, infarto informático"; "Medora en la uci por fallo multiorgánico"; "Por un sistema informático rápido y accesible, en beneficio de los pacientes y profesionales"; "Medora nos demora". Bueno, esto se lo han inventado algunos de esta Autonomía que, digamos, quieren, bueno, pues tocar un poco las narices a la Administración, porque nada tiene que ver con el cuadro que usted antes nos ha dicho, ¿no?

Los ciudadanos, parece ser que también están enfadados. También deben de ser que se lo han inventado. Ayer salía don José María Collado, Presidente de la comunidad de todo lo... de todas las comunidades de vecinos de Castilla y León, él hablaba de cinco mil y muchas más miles de quejas ciudadanas frente a Medora. Bueno, también se lo puede haber inventado.

Y también le digo que, claro, que es que estamos incomunicados con todas las Autonomías que nos rodean. Usted me dice que es que podemos sacar un resumen. Hombre, claro, y lo puedo escribir, y lo puedo hacer todo y decirle al paciente "tome", y tal. Pero yo no tengo posibilidad de comunicarme informáticamente en una... en una Autonomía que está en el medio del Estado y que linda con siete, me parece, Comunidades Autónomas. Yo he trabajado veinte años, veintitantos años, en... en



una Comunidad que linda con Castilla-La Mancha, y no tenía ninguna posibilidad, aun a pesar de que todos los pacientes, todos, tenían como hospital de referencia, además del de Ávila, tenían el de Talavera de la Reina. Y, sin embargo, es imposible comunicarse informáticamente; sí por medio de esta alta tecnología llamada bolígrafo, o bien por señales de humo, pero no informáticamente, no informáticamente. Pero es que la situación de la gente que estamos en el valle del Tiétar es compartida solo por 130.000 personas más en Castilla y León, que tienen su hospital de referencia también en la Comunidad limítrofe.

Mire, actualmente los informes siguen siendo mayoritariamente escritos a mano, por esta tecnología, y además ilegibles en la mayoría de los casos, absolutamente ilegibles. Nos cuesta muchísimo a todos leerlos entre nosotros, tal vez por falta de tiempo que hacemos unos informes "déselo a su médico" o "déselo a su especialista".

El resultado de todo esto es que la atención sanitaria, pues disminuye de calidad, eso es evidente. Y estoy con usted que en esa Comunidad Autónoma que funcionan las cosas tan bien, evidentemente, tendremos un nivel de calidad mejor que en esta, ¿no? Luego, por cierto, me dice la Autonomía que es. Y yo quisiera que funcionara todo bien, quisiera. Por supuesto, yo no quiero dedicar ni un solo minuto a que desde el dos mil cuatro a hoy se ha avanzado tecnológicamente. ¡Pa chasco!, don Eduardo, por supuesto que se ha avanzado. Es que estaría bueno que no hubiéramos avanzado. Pero lo que sí que es cierto es que tenemos el resultado: son 10 millones gastados; enfermos, pacientes y profesionales enfadados, ¿no?, y mosqueados porque dicen que esto no funciona.

Usted mismo me habla de 2.521 incidencias, pero esas incidencias pueden responder a varios profesionales, cada una de ellas. Bueno, en mi centro de salud estar colgado el sistema, yo no le voy a decir que un día sí y otro que... y otro que también, no, ni muchísimo menos, pero sí que es frecuente. Hoy no funciona el... este, hoy no me ha funcionado a mí en el pueblo, hoy no he podido sincronizar y me tengo que ir sin el ordenador porque es que no... todavía está sincronizando, que creía que me... me ha dado problema. Eso es el abecé. Y luego, no le quiero decir nada con el famoso *password*, ¿no? Que yo respetaré, y prometo respetar que no se lo diré a nadie todo lo que se haya confiado en mí con lo... Eso es lo primero que tengo que poner cuando abro el ordenador, y luego, cuando voy al otro pueblo, también lo tengo que poner. Hago trampas para no hacerlo. [Murmullas]. Perdón, perdón, pero hago trampas porque es que, si no, tengo que abrir el ese y me tengo que pasar todos los días... Bueno, eso es una queja que hasta hace muy poco... Y me alegre, y me alegre, y lo quiero poner en realce, porque, además, lo discutí con una buena amiga, que es la doctora Canto Benito, que desgraciadamente hoy no puede estar aquí; y por fin... por fin, después de ocho años, aprobamos prácticamente en su totalidad una proposición no de ley que venimos durante ocho años pidiendo que se aprobara. Y lo conseguimos el otro día, y lo conseguimos el otro día, y está aquí. Y fue aprobada prácticamente en su totalidad. Ojalá... ojalá que lo que ponga aquí... lo que pone aquí, en esta proposición no de ley, aprobada -que no tiene mucho que ver con lo que usted nos dijo de esa Autonomía inicial-, pues queríamos que se hiciera. Y estábamos de acuerdo los dos Grupos que se tenían que hacer estas cosas, porque no estaban hechas, ¿no?, y las aprobamos por unanimidad. Y yo creía que usted, pues iba a venir aquí, hombre, primero, pues a felicitar a ambos Grupos por llegar a



un acuerdo para obligar... obligar al... al Ejecutivo de que hiciera lo que el Legislativo ha dicho, como... después de ocho años de discusiones. Al principio no llegábamos a ningún acuerdo sobre el sistema informático: era perfecto, y nosotros diciendo que tenía deficiencias evidentes. Bueno, ocho años y hemos llegado a esto. Y... y usted viene -que le hemos dicho que venga- y se nos pone a hablar de otra Autonomía. Yo quiero hablar de esta...

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Señor Rodero, vaya finalizando.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

... y quiero hablar de esto. Entonces...

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Señor Rodero, vaya finalizando.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

(Voy finalizando, señor Presidente). ... y, además, le recuerdo que la Comisión Europea, ¿no?, hace años, pues, bueno, decidió -y España aprobó- que antes del dos mil quince, antes del dos mil quince, íbamos a tener una historia única, única, y interoperable en todos los países. Actualmente no tenemos, actualmente -a pocos meses del dos mil quince- no tenemos ni historia única, ni es interoperable tan siquiera con las Comunidades que nos rodean. Creo, sinceramente, que estamos pelín retrasados. Y nada más, señor Presidente. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra don José María González Suárez.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Sí. Gracias, señor Presidente. Volver a agradecer al señor Gerente su intervención, y decirle que cuando empezó a hablar he dicho: ah, bueno, aquí sí vamos a escuchar lo que queremos escuchar; va a hacer una evaluación, la trae estratificada -voy a utilizar su expresión de la estratificación-, estratificada, y nos va a decir todo. Pero luego ya empecé a sorprenderme, porque, claro, sí da datos, pero da no los datos de los que tenemos información los demás; son los datos de la Junta de Castilla y León para vender lo positivo de un programa, el Programa Medora, que se inicia en esta Comunidad en el año dos mil dos, es decir, hace doce años.

Bien, en doce años alguna de las empresas del Silicon Valley en California, si hubiesen dedicado doce años a... a establecerse y a trabajar para poder producir (doce años), pues hoy no serían nadie o estarían ya en órbita, no se sabe. Pues en esta Comunidad doce años se tarda. Y entonces yo recordaba... -según le iba escuchando a usted y... y haciendo cabeza con esto- se ha avanzado más en otras cuestiones, porque yo recordaba, don Jerónimo, cuando, con su Seat 127, en el



año mil novecientos ochenta y dos, pasaba consulta en La Herguijuela, a los pies de Peña Negra, en su coche. Porque, claro, era imposible estar en donde tenía que estar. Pues casi necesitamos el mismo tiempo que necesitaron en esa población los vecinos para poder ser atendidos por el médico en un lugar calentito en el mes de febrero, que era el 127 de don Jerónimo, cuando iban a la consulta.

Estamos hablando de una tecnología que avanza cada día, no cada semana, cada día. Y aquí seguimos erre que erre. Era un ambicioso plan; un ambicioso plan que... que a todo el mundo llamaría la atención, y que llamaba. A los profesionales, los primeros, porque yo he estado hablando con algunos, y me dicen: es que estábamos entusiasmados. ¡Cómo no van a estar! Y han pasado de estar entusiasmados a estar cabreados. Porque, claro, cuando el coste acumulado es de varios millones de euros, más allá de la decena de euros desde el dos mil dos... porque, claro, del dos mil al... dos al dos mil ocho, fueron más de 4.000.000 de euros; y del dos mil ocho para acá... Es decir, si un día hiciésemos las cuentas y funcionase -como usted... usted prevé- ya en el dos mil quince -le voy a hablar del dos mil quince, ya me doy yo con un canto en los dientes, que se lo darían los profesionales si funcionase en el dos mil quince- y hiciésemos la evaluación económica... bueno, pero que funcione, ¿no?

Ese ambicioso proyecto, que pretendía entonces mejoras adaptadas a la tecnología, ya en el año dos mil ocho, se hablaba por parte de la Junta que los pacientes iban a recibir mensaje por SMS, se les iba a convocar, le iban a decir la hora, su médico le iba a hacer el seguimiento por SMS... -hoy se habla del Whatsapp, bien-del acceso al historial médico; pero, claro, es que hoy se pierden historiales médicos. Usted ha dicho que no de forma total... -yo tenía en mis notas de forma parcial y de forma total- voy a dejarlo de forma parcial, porque usted ha dicho que de forma total no; le voy a admitir que de forma total no hasta que pueda plantearle: pues sí, era de forma total. Pero, en principio, se lo voy a admitir; pero sí, de forma parcial, se están perdiendo.

Y no acaba usted de convencer a los profesionales que tienen que trabajar. Y es que el problema de que los profesionales sirvan a los ciudadanos -porque están para servir a los ciudadanos- y que los profesionales no puedan dar el servicio traerá... traslada cabreo al profesional, porque es el que da la cara ante el paciente que llega a la consulta y al que no puede atender en condiciones porque se le ha caído el sistema, porque los datos le han desaparecido, porque... y un largo etcétera. Con lo cual, el paciente, en las zonas rurales -y en las zonas urbanas-, se va para casa diciendo: estas máquinas infernales, con las que quieren sustituir a mi médico, me están jorobando. Claro, ya ven a un ordenador como un enemigo, cuando un ordenador no tiene que ser amigo del paciente, no tiene que ser amigo del profesional, tiene que ser un instrumento al servicio de la salud de los ciudadanos, y eso no lo están consiguiendo ustedes, no lo están consiguiendo ustedes; y ojalá me equivoque y lo que usted dice acabe siendo una realidad.

Pero uno ya, aparte de que de por sí sea bastante descreído -de por sí soy bastante descreído-, pero con estos datos sobre la mesa es para ser descreído no, para ir mucho más allá del descreimiento, y decir: bueno, esto nunca va a funcionar. Hay lentitud, hay cuelgues en la conexión, hay mal servicio en los... de los centros técnicos cuando llaman los profesionales. Sinceramente, este calvario algún día debiera tener fin, aunque, con el envejecimiento de la población, la reducción de recursos de la Administración al servicio de los derechos de los ciudadanos, pues se caerán los



servidores tecnológicos y los servidores humanos serán incapaces de hacer frente a responder al derecho de los ciudadanos. Nada más. Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra don Jerónimo García Bermejo.

EL SEÑOR GARCÍA BERMEJO:

Gracias, Presidente. Muchas gracias, Gerente Regional, equipo, por comparecer una vez más ante esta Comisión. Bien, en principio, le agradezco, Gerente, su exposición. Creo que ha sido una exposición donde ha quedado plenamente clara la situación desde sus inicios. Y, desde luego, ha quedado algo claro, que los demás reconocen, pero lo instrumentalizan en otros... en otro sentido: queda claro la complejidad del... del sistema; queda claro la... lo imprescindible que se constituye esta herramienta; y queda claro los beneficios que proporciona a pacientes y profesionales -fundamentalmente, al paciente-.

Cuando estamos hablando de un sistema donde lo abanderan, pues premisas como continuo progreso, cambios funcionales y técnicos constantes, versiones varias, evolución en herramienta imprescindible en cuanto a la eficiencia de nuestro sistema de salud, el fin único -tener una historia clínica única-, el garantizar acceso desde cualquier punto de nuestro sistema asistencial, el que ese acceso sea seguro, el que disponga de conexión, de interoperabilidad, de visualización -incluso- con otros sistemas, el compartir módulos de prestaciones y de asistencias, el interactuar con otros sistemas informáticos. Cuando, al mismo tiempo, la tónica general es el dinamismo, tanto de nuestras prestaciones como... que conlleva esas exigencias en nuestra herramienta informática, pues nosotros hablamos siempre de dificultades; esas dificultades que para otros son problemas y que para otros son insalvables, o por lo menos derrotistas. Aquí... aquí se ha mencionado esa situación, e incluso nos trasladamos a una inquietud ancestral, de la época de mi tocayo don Jerónimo.

Yo he de decirle que lo que observo y lo que vivo de una forma continua en la Consejería, y concretamente en la Gerencia Regional de Salud, es un trabajo incesante por la superación de esas dificultades. Y, además, lo que vivo es que esas dificultades, hasta ahora, las... las vamos y se van venciendo, y que nos van a conducir, sin duda, a ese puerto final de tener una herramienta que proporcione una... una prestación de calidad a... a los pacientes, y, lógicamente, una satisfacción a nuestros profesionales.

Con cierta frecuencia, hablamos a propósito de un caso -que nosotros agradeceremos- o a propósito de varios casos, pero lo cierto es que hay otros muchos casos que valoran nuestro sistema sanitario, nuestro sistema regional. Yo no he entendido que usted haya expresado aquí el sistema informático de otra Comunidad. La única referencia que puede haber hecho a otra Comunidad es cuando ha aludido a que tenemos dificultades como otras Comunidades. Nada más -es lo que he oído-.

Y también he de recordar... porque, claro, tenemos Diarios de Sesiones varias sobre este contexto, tanto de esta legislatura como de las previas, pero, por mencionar la última, he de decir que hoy no he oído lo que sí oí en la anterior: que el sistema ha avanzado, que lo reconocemos; y ha ido avanzando seriamente -son, en registro



de Diario de Sesiones, palabras textuales del señor Rodero García-. Por tanto, en ese derrotismo, pero este reconocimiento, lo que sí le digo, como profesional que soy del mundo sanitario -al igual que usted-, pues: hombre de poca fe, confíe, porque tenemos en nuestra larga experiencia profesional grandes avances, y, sobre todo, en la tecnología sanitaria y de la información, que nos ha permitido desarrollar nuestra actividad sanitaria con un alto nivel de eficiencia. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para responder a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el Ilustrísimo señor Gerente Regional de Salud.

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

Gracias, señor Presidente. Señores Procuradores, ustedes me dicen que de qué Comunidad estoy hablando. Estamos hablando de Castilla y León. Pero, efectivamente, Castilla y León no es homogénea, Castilla y León tiene 3.600 consultorios locales, de los cuales 1.800 trabajan en *off-line*, como usted dice (a usted le toca trabajar en *off-line*), porque no existe... no existe comunicación, no existe posibilidad de comunicación, no hay posibilidad de conectarnos. De hecho, cada vez que nos comunican que hay posibilidad de conexión, nosotros evolucionamos rápidamente al *on-line*, porque el *off-line* no es el modelo, no es el modelo que debe existir.

Son, aproximadamente, un 15 %; estos 1.800 consultorios representan un 15 % de la población, y hay que buscar una solución para ese 15 % de la población; pero esa solución no viene dada solamente desde sanidad, sino que esta solución deberá venir, pues desde iniciativas que nos permitan una conexión real de todos esos consultorios a las redes de comunicaciones actuales.

Me habla también, señor Rodero, de... de un caso concreto -lo decía el señor García Bermejo-, que es el valle del Tiétar, y la comunicación con el hospital... con un hospital de otra Comunidad. Yo trataría de... de separar un poco lo que es... y lo que nos trae aquí, que es el problema de Atención Primaria, el problema de... de la aplicación de Medora, con las... los... necesidades que tienen los profesionales de conexión con otros sistemas, como son los sistemas de Atención Especializada.

Yo les he tratado de explicar un poco -tal vez lo he hecho demasiado deprisa- cuál era nuestra situación. Nuestra situación era que teníamos una historia clínica de cada paciente en cada centro de salud. Si usted se movía de un centro de salud a otro, se generaba otra historia clínica. ¿Qué es lo que hemos hecho? Lo que hemos hecho -y este ha sido el... el gran... la gran transformación tecnológica- es unificar en un solo sistema todos esos servidores, de tal manera que ahora mismo, desde un centro de salud que trabaje *on-line*, desde un punto de atención continuada, se puede ver, si es necesario, si existe una relación asistencial, se puede ver la historia clínica de cualquier paciente de Castilla y León. Esto es un salto importantísimo, es un salto fundamental.

¿Qué es lo que ha ocurrido? Pues lo que ha ocurrido es que teníamos casi 4.000.000 de historias clínicas para 2.400.000 personas, ciudadanos, que viven en nuestra Comunidad. Hay más de 600.000 historias clínicas que estaban duplicadas.



Había pacientes que llegaban a tener hasta catorce historias clínicas en diferentes centros de salud. Y había algún paciente, incluso, que tenía más de una historia clínica en el mismo centro de salud.

Cuando se produce esta unificación -para esto era uno de los proyectos que he mencionado antes, que es el EMPI, es un sistema que lo que hace es crear un identificador único del paciente en toda la Comunidad, que nos permite, que nos va a permitir, nos está permitiendo, intercambiar información entre los diferentes hospitales de la Comunidad o entre los diferentes centros de la Comunidad-, cuando hacemos esto -y voy un poco también a lo que decía el señor González sobre pérdidas de historias-, el sistema puede unificar las historias clínicas de una forma automática, pero no siempre tiene la certeza de que se puedan unificar esas historias clínicas. Y, cuando no tiene la certeza, deja una en activo -la última, la más reciente- y la otra la deja en el histórico. Hay algunos profesionales a los que no les hemos sabido transmitir el cómo se tiene que recuperar esa información. Lo que hay que hacer es recuperar esa información, confirmar que, efectivamente, se trata del mismo paciente, y recuperamos la información.

También nos ha ocurrido -y esto es... ha sido motivo también de decir que se ha perdido historia o que se ha perdido parcialmente algún tipo de información clínica-, por ejemplo, que, cuando un paciente es visto en un centro de salud diferente al que estaba siendo visto habitualmente, su historia clínica se sitúa en ese centro de salud, y hay que recuperar también la información, y esto estamos tratando de transmitírselo a través de esta red de formadores; estamos tratando de transmitírselo y explicárselo a los profesionales. Pero la información de todos los pacientes sigue existiendo, el histórico sigue manteniéndose. Por lo tanto, ninguna información clínica de ningún paciente se ha perdido en estos momentos.

Me hablan ustedes de 10 millones de euros. No sé exactamente... no tengo... Bien. Yo le digo exactamente las cantidades que se han invertido en Medora. En Medora se han invertido 7.323.782 euros en estos últimos años; yo le digo en Medora, específicamente en Medora -habrá... tendré alguna contradicción en mis datos, no... si eso se lo hemos mandado por escrito... la información que yo tengo es esta-. A ustedes les puede parecer esto mucho, 7.000.000 es una cantidad importante. Cuando teníamos 39 centros de salud... nada más producirse las transferencias teníamos 39 centros de salud informatizados; estos 39 centros de salud costaban, su mantenimiento anual, 400.000 euros. En estos momentos, con estos 7.000.000, hemos sido capaces de poner una... un sistema de historia clínica electrónica no en 39 centros, sino en la totalidad de los centros de salud y consultorios de nuestra Comunidad Autónoma, y de seguir evolucionando con este... con este proyecto.

Que los profesionales -me decía- están cabreados, están cabreados. Nosotros tenemos contactos todos los días con una serie de... de profesionales; en el momento en que nos llega cualquier queja nos ponemos en contacto con ese profesional y tratamos de analizar cuál son los problemas que hay y darles... y darles una solución. Pero también le digo que hay profesionales que están encantados con el sistema informático; no con los fallos que está... con los problemas, con las incidencias que se están produciendo en estos momentos, y que son objeto... que son causa del cambio de... de versión, pero que sí que consideran que la historia clínica que tenemos en Castilla y León es una historia clínica de calidad, y así, además, nos lo avala los informes que hemos tenido a este respecto.



¿Qué es lo que estamos haciendo ahora mismo? Pues, vamos a ver, desde que pusimos en marcha -como les digo-, nosotros hemos estado un año desarrollando esta nueva versión; hemos estado ocho meses haciendo pruebas, y, cuando todas las pruebas considerábamos que eran factible y que eran adecuadas, lo hemos puesto en producción. Esto es como... -y ustedes lo conocen bien- como lo de la eficacia y la efectividad: una cosa es hacer pruebas en laboratorio, una cosa es hacer pruebas en un medio controlado, donde todo funciona, y otra cosa es cuando lo ponemos en producción y, en vez los 2.800 sesiones que teníamos habitualmente, pues nos encontramos con que tenemos 5.000 sesiones... más de 5.000 sesiones, a veces, simultáneas, y se empiezan a provocar problemas de comunicación -se lo he puesto, se lo he explicado-. Casi 700... de esas mil y pico incidencias que hemos tenido, casi 700 incidencias eran debidas a problemas de comunicaciones, del sistema de comunicación; y nos pusimos a trabajar con ello. Y, de hecho, después del verano el sistema se estabilizó, y durante este tiempo prácticamente no se han producido incidencias y el sistema ha estado funcionando más o menos correctamente.

¿Qué es lo que ha ocurrido en el último momento? Pues que tenemos un aplicativo, que es el aplicativo de visado electrónico, y que ha sido el... el último problema que tenemos. Es un aplicativo que se conecta con Medora pero que no pertenece... no está... no es de Medora -no es Medora, es un aplicativo que se conecta con él-, y que, en ocasiones, lo que provocaba, por un problema diferente, generalmente porque... por el cálculo de fechas, provocaba que la impresión de recetas quedase bloqueada. Y esto, lógicamente, causaba un gran problema en la consulta, porque se bloqueaba la... la posibilidad de emitir recetas, y el paciente no podía llevarse la receta. Y la decisión que adoptamos fue desconectar el sistema de visado electrónico. Y revisar el sistema de visado electrónico lo estamos haciendo ahora mismo, estamos haciendo pruebas con el sistema de visado electrónico y valoraremos si lo ponemos en marcha o no lo ponemos en marcha en los próximos días. Pero este ha sido el problema; el problema ha sido con un aplicativo que se conectaba con... con Medora.

¿Esto ha creado una cierta alarma social? ¿Esto ha creado un cabreo por parte de los profesionales y por parte de los ciudadanos? Sí. Porque, en el momento en que se bloqueaba el sistema de impresión, el paciente no podía llevarse esta... esta receta. Y hemos tenido que volver... al quitar el sistema de visado electrónico, hemos tenido que volver al sistema manual de visado; y esto ha creado una cierta alarma. Pero era la única solución que teníamos en estos momentos, era quitar el sistema de visado electrónico. En estos momentos, el sistema está estabilizado, está funcionando, y el sistema... le pondremos, el sistema de visado, pues en... en un tiempo... no me atrevo a dar fechas, pero en un tiempo relativamente... relativamente corto.

Me dice que no pueden obtener los informes de Especializada. Esto... la obtención de los informes de Especializada no se puede hacer cuando el hospital es ajeno a nuestra Comunidad; no podemos conectarnos con hospitales que no son de nuestra Comunidad Autónoma. Esto es una particularidad de ciertas zonas de Castilla y León, no solamente del valle del Tiétar, y que tendremos que tratar de solucionar, pero que tiene una solución tecnológica bastante difícil. Pero sí que se puede conectar, y en Ávila lo hacen, con el hospital, y obtienen información de las altas, y les informa el sistema si un paciente ha estado en urgencias o no ha estado en urgencias, y les informa si tienen pendientes una analítica por revisar, y les informa si el paciente ha sido dado de alta y tiene un informe de alta. Y últimamente



hemos conectado también el sistema de Gacela, de atención hospitalaria, y permite la emisión y permite el envío del plan de cuidados de enfermería a Medora, para que, desde enfermería de Atención Primaria, se haga el cuidado de enfermería. Sí que existe una conexión. Usted me habla del valle del Tiétar; pues, efectivamente, en el valle del Tiétar tenemos problemas cuando tratamos de conectarnos con el Hospital de Béjar, porque no es posible esto.

Tenemos ya una historia clínica única, por lo tanto, del paciente en Atención Primaria en Castilla y León, y, además, estamos en disposición de emitir esa... esa historia clínica mediante un sistema de historia clínica resumida al resto de las Comunidades. Todavía no recibimos, porque, para recibir información de otras Comunidades, esas Comunidades tienen que emitir, a su vez, la historia clínica resumida, tienen que hacerse emisoras; entonces, nosotros podremos empezar a recibir esa información.

Me decía el señor González que... -yo creo que esto lo destaco- que el profesional se cabrea porque se le ha caído el sistema y no puede atender al paciente. Esto es un... es malo, cuando se cae; debemos evitarlo, estamos poniendo todos los medios para evitar que se produzca ninguna de estas... de estas caídas, desde el punto de vista tecnológico, desde el punto de vista de detección de estos... de estos problemas. Pero también le digo que esto es una señal de hasta qué punto el sistema informático, la historia clínica electrónica, ha penetrado en el funcionamiento ordinario de los centros de salud, de tal manera que, en estos momentos, no funcionan... no saben pasar la consulta si no es con la aplicación informática, con la historia clínica electrónica y con las ayudas que le presta la ayuda... la historia clínica. Perdón, no saben... saben hacerlo de todas las maneras, nuestros profesionales, pero necesitan... piden esa historia. Eso quiere decir que ha tenido una penetración importante y que es utilizado.

Me decía también el señor González lo de la mensajería de SMS. La mensajería de SMS no estaba pensada para Atención Primaria; la mensajería de SMS, cuando la hemos anunciado, estaba pensado para recordar citas de Atención Especializada del hospital, porque se pierden muchas citas porque el paciente no acude. Entonces, lo que intentábamos hacer es recordarle que tenía una cita para que, si no puede acudir por cualquier causa, pueda anular esa... esa consulta. Esto es ya... esto está haciéndose en Medina del Campo y estamos empezando a extenderlo al resto de los hospitales de la Comunidad Autónoma.

Y me decía también el señor González que es una tecnología que avanza cada día. Claro, y esto es otro de los problemas que existe con este tipo de aplicaciones. No podemos hacer una aplicación y dejar esa aplicación ya *sine die*. Todos los días vamos a tener que estar introduciendo modificaciones. Dentro de poco vamos a introducir un nuevo módulo de prescripción. El módulo de prescripción facilita la prescripción por parte del profesional, facilita que esa prescripción pueda ser realizada tanto desde el hospital como desde Atención Primaria, facilita que el conocimiento de la terapéutica que tiene un paciente se pueda realizar desde cualquier punto asistencial de los que tenemos, ya sea un consultorio, ya sea un centro de salud, ya sea un hospital, ya sea un punto de... de atención continuada. Pero cuando hagamos ese salto tecnológico, que lo tendremos que hacer dentro de unas semanas, surgirán nuevas incidencias. Estamos probándolo; estamos retrasando el inicio del lanzamiento de la receta electrónica precisamente para tener la seguridad de que el... las



incidencias que se puedan producir sean las mínimas posibles. Pero seguramente tendremos alguna incidencia, porque siempre que introducimos cualquier modificación es imposible evitar las incidencias.

Esto nos ocurre en cualquier aplicación. Cuando cambiamos de sistema operativo en nuestro ordenador o nos envían una nueva versión en nuestro ordenador personal, pues no nos adaptamos a la nueva versión, no nos gusta la nueva versión, nos parece que hemos perdido información que antes teníamos, y cuando hemos pasado unos... un tiempo nos damos cuenta de que ha mejorado sensiblemente el sistema operativo y que funcionamos mucho mejor. Y existen fallos, y existen mensajes de "ha realizado usted una operación que se le va a caer el mundo"; y apagas lo de la operación que se le va a caer el mundo y el sistema operativo sigue funcionando. Pero esto ocurre en todos los sistemas operativos, y no podemos evitarlo. Trataremos de minimizarlo lo más posible, trataremos de que la formación de nuestros profesionales sea lo mejor posible, de que conozcan todas las... posibles fallos, todas las posibles incidencias que se vayan a poder producir con la utilización de las nuevas versiones que tendremos que ir sacando, de las nuevas aplicaciones que tendremos que ir sacando, pero seguramente no podremos evitar que se produzcan algunas incidencias.

Y, por último, yo, en nombre del equipo que viene desarrollando... -y puesto que se ha dicho... se ha insinuado- el equipo que viene desarrollando estos sistemas, le agradezco al señor García Bermejo el apoyo a estos equipos técnicos, que puedo asegurar que son equipos técnicos de alta cualificación, y que además están apoyados, como he dicho ya antes, pues, empresas como Horus o como Microsoft, en... en su labor diaria. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. En turno de réplica, tiene la palabra el señor Rodero García.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Brevemente, don Eduardo, ahora sí, yo creo que en esta segunda intervención hemos estado hablando de Castilla y León, por supuesto. Usted reconoce, pues todas las dificultades que hay. Que no son pocas, es verdad, y además es que lógicamente las tiene que haber. Lo que no es lógico es que nos hemos tirado ocho años para reconocer que hay dificultades. Eso es lo que a mí me preocupa, eso es lo que me preocupa.

¿Pero sabe por qué me preocupa? Porque estamos en una situación que la población tiene que ver que la política sirve de algo. Entonces, a mí me preocupa que durante ocho años estamos diciendo de que es que no hay historia unificada y sin embargo se dice que sí que la hay. Hemos dicho... incluso he oído en esta Cámara de que es que ya teníamos la receta electrónica, porque es que sale por una impresora. Pero es que lo hemos oído, lo hemos oído, como argumento. Eso es lo que a mí me preocupa. Porque... porque en este momento soy político, esa palabra tan denostada.

Entonces, yo quiero que la política sirva para algo. Y entonces a mí me preocupa como en el dos mil cuatro un... el señor Carriedo, que no está en esta Comisión, bueno, y al efecto Consejero en esos momentos, pues estaba hablando de la necesi-



dad y de la gran oportunidad de singularización de adentrarnos urgentemente en un sistema... en un sistema informático propio y singularizado de la Comunidad Autónoma, porque había miedo de que nos impusieran desde Madrid ciertas normas, ¿no? Eso está recogido en esta Cámara. Y eso, tal vez, de aquellos polvos estos lodos, de aquellos polvos estos lodos, señor Gerente, don Eduardo, ¿no? A mí eso es lo que me preocupa.

Porque yo no estoy hablando aquí técnicamente, estoy hablando como político, ¿no? Y como político me preocupa que el presidente de las asociaciones de vecinos diga: oiga, señores, que es que nosotros hemos recogido más de cinco mil... de cinco mil quejas, y luego, sin embargo, me venga la Consejería y dice: pues solo son dos mil quinientas, ¿no? Hombre, no son ni cinco mil ni dos mil quinientas, son muchas más. Porque una hace referencia a todo un centro de salud, y un centro de salud, ¿cómo se mide, por los profesionales o por los pacientes a las cuales les está afectando esa incidencia que se contabiliza como una incidencia? Es que un paciente diría: no, es una incidencia mía. Y el otro diría: no, mía. Y si yo atiendo a treinta pacientes en este día, serían treinta incidencias. Y si son varios los... los profesionales que lo han padecido en ese centro, son cientos de incidencias en ese día, que ustedes contabilizan como una incidencia. ¿Me explico? Esa es una forma diferente de ver las cosas.

Y a mí hoy... -porque nos toca, y estamos en la Oposición- quiero ponerme en el otro lado, ¿no?, que es el que debo. Y tenemos que reconocer... y le he vuelto a decir, y le digo, que evidentemente ha habido avances. Pero por supuesto que ha habido avances, y lo reconozco esta vez, la vez anterior y siempre. Y que el modelo sanitario es el mismo que defendemos el servicio público, por supuesto. Pero no trata de... no se trata de buscar las coincidencias aquí, sino ver las diferencias y qué es lo que podemos aportar.

Y yo le he dicho que me alegro enormemente, porque por primera vez en los ocho años que yo llevo sentados aquí -y solo me quedan dos para volverme definitivamente a mi trabajo; cansado, es verdad, cansado y un poco defraudado, ¿no?-, es que en ocho años hemos logrado estos puntos, que me gustaría de verdad que se los pasara a su equipo, y que es que hace dos meses... y en dos meses creo que sería importante, por ejemplo, pues que los sanitarios vieran que, hombre, que aquí políticamente hemos llegado a un acuerdo de que pueden acceder a internet, que pueden acceder a internet. ¿Pero eso cuesta tanto, que en mi centro yo vaya con mi ordenador y me pueda...? Es que en mi centro no hay posibilidad de colapso, y, como dijimos aquí, si es... hay filtros para prohibir ciertas páginas, si eso es lo que se preocupa. Pero es que en mi centro no hay colapso, en mi centro. Pero es que en la mayoría... Y fíjese que doña Canto apuntó... apuntó el que... apuntó tan solamente una cuestión, ¿no?, que era "de acuerdo con los niveles y perfiles de acceso creados". Vale, bien, pues que se haga, que se haga, pero que se ponga, que se modifique el *password*, que... que aquí lo dijimos todos, que no es una cuestión mía ni de mi Grupo, es del Legislativo. Entonces, que la gente vea que esto sirve, que llevamos ocho años diciendo que tenemos el mejor sistema informático del universo -no digo de... de este país, del universo-. Es que nos lo remarcaban cada dos por tres. Aunque hacíamos excursiones y veíamos cómo en otros sistemas informáticos se podían ver; y yo he estado viendo radiología, hace seis años, en el sistema de Atención Primaria, ¿no? -de Turriano, en concreto, Castilla-La Mancha-, yo veía las mamografías,



veía las radiografías... y las empiezo a ver ahora, siempre y cuando conecte con otro sistema que se llama Jimena, porque desde Medora no puedo. ¿Me explico? Desde Medora tengo que meterme para poderlo ver.

Bueno, tan solamente es decirle que nos alegramos de que hayamos coincidido en una PNL en seis puntos, en seis puntos, que yo creo que usted se los debe de pasar a su equipo, no porque sean importantes o no importantes, sino porque hemos llegado a ese acuerdo.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Señor Rodero, vaya finalizando, por favor.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Y mire, ayer... antes de ayer -que diga-, el viernes, pues con la Gerente de Atención Primaria en Ávila veíamos la importancia de unificación de las Gerencias y veíamos que todo... que era superimportante, y decía ella que mientras no funcionara correctamente el sistema de información difícilmente iba a haber esa conexión entre Primaria y Secundaria.

Le podía decir muchísimas más cosas en cuanto a lo que ha dicho -que estoy de acuerdo-, que hay pérdidas de historias pero que hay que recuperarlas a través de los históricos, que tenemos muchas dificultades para hacerlo. Yo, una, me he tirado dos días para que el CAU me la pudiera recuperar -el CAU, una, en concreto-. Eso... eso es una realidad.

Y tipificar de que es el mayor salto tecnológico de la historia de la Gerencia de Atención Primaria de... de la Gerencia de Salud, Medora 4, bueno, no elevemos el tono. ¿Me explico? No elevemos el tono.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Gracias, señor Rodero.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Muchísimas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

En turno de réplica, tiene la palabra el señor Gonza...

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Pues bien, ciertamente me encuentro más satisfecho después de esta... de la réplica dada por el señor Gerente de Salud, porque podríamos estar avanzando. No obstante, quiero hacer algunas aclaraciones, no porque en la réplica del señor Gerente lo haya dicho, sino porque en otras intervenciones ha podido quedar alguna duda. Los beneficios del sistema -se decía- debieran ser muchos; y en eso estamos. Es decir, yo, cuando traslado aquí las críticas que traslado, no... no criticamos el sistema, criticamos el no funcionamiento del sistema, pensando el que beneficio puede ser mucho.



También yo quiero agradecerle al señor Gerente el que por fin alguien, en nombre de la Junta de Castilla y León, admita que en esta Comunidad hay un porcentaje de población que tiene problemas de comunicación con las nuevas tecnologías, aunque esté en desacuerdo con el porcentaje que da. Es decir, usted admite que 375.000 pacientes tienen problemas en la utilización que hacen en su consultorio o centro de salud del sistema informático. Algunos pensamos que son más de 890.000 ciudadanos de Castilla y León los que día a día tienen problemas en la comunicación, pero es un paso importante. Que, además, estoy casi por finalizar, coger el teléfono, llamar al Consejero de Fomento y Medio Ambiente, decirle: ya no solamente es José María González, ¿vale?, es don Eduardo, como Gerente de... de Salud. Con lo cual, bien. Eso está muy bien. Hay que reconocer esas cuestiones para que se puedan solucionar, porque, si no, difícilmente.

En el tema de los recursos. Vamos a ver. Yo he hablado de más de 10 millones, le he hablado de 4 del dos mil dos al dos mil ocho; usted nos da 7.328.000. Total, 11.328.000. Es decir, que la intervención no era equivocada. Pero, claro, el problema que hay no es que pueda parecer caro o barato. Yo puedo comprar un utilitario que me cueste 8.500 euros y tenga que estar en el taller todos los días con él y me parezca supercaro y me apetezca tirarle al primer chatarrero que pase por la puerta, o puedo comprar un coche de... menos utilitario, de 12.500 euros, no entro nunca en el taller y me parece fabuloso. Como decían en su momento en mi infancia: me parece un haiga, ¿no?, un coche maravilloso y que tal, ¿no? Es decir, el valor económico hay que ponerlo en relación con el valor de la función que va a cumplir. Y en este caso, como es una función social la que debe cumplir, parece excesivamente caro, porque desde el dos mil dos al dos mil catorce no se está cumpliendo. Ni más ni menos.

Ha aludido usted a que la implantación del aviso vía SMS está ya implantado en Medina del Campo. Fíjese hasta qué punto las críticas que yo estaba haciendo en nombre de Izquierda Unida y del Grupo Mixto tienen consistencia: es que era un compromiso del dos mil ocho para toda la Comunidad. Del dos mil ocho; han transcurrido seis años y ustedes se alegran de que funcione en Medina del Campo. Yo espero, sinceramente, que en la próxima comparecencia que usted haga en los próximos meses, aunque no sea para hablar del sistema Medora, nos pueda dar avances superimportantes, y que, además, los que vengamos a hablar en nombre de la Oposición no podamos rebatirle, porque hoy todavía podemos rebatirle con casos reales. Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. En turno de dúplica, tiene la palabra el señor Gerente Regional de Salud.

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

Vamos a ver. Ustedes vuelven a insistir en... en el año dos mil dos, en que parece que es que no hemos avanzado desde el año dos mil dos hasta... hasta ahora. No, perdón, pero esto no es así. O sea, en el año... se tomó una decisión; yo creo que una decisión absolutamente acertada en... en su momento. En parte, yo participé en esa decisión, puesto que en ese momento yo era Director Técnico de Atención Primaria, y se optó por una decisión que era tener un aplicativo propio.



Ese aplicativo nos ha permitido... nos permitió en muy poquito tiempo tener una historia clínica única... perdón, una historia clínica electrónica en todos los centros de... de salud de nuestra Comunidad y descendiendo a los consultorios, a los diferentes consultorios; nos faltaban determinados consultorios que no tenían conexión. Yo no he hablado de población que no tenga conexión; he hablado de consultorios que no tienen conexión. Los niveles de conexión son diferentes los que necesitamos nosotros y los que puede necesitar un ciudadano para acceder a internet o para acceder a... a cualquier otra aplicación. Aparte de que el 3G funciona en prácticamente toda la Comunidad Autónoma, mientras que nosotros no podemos acceder a través del... del 3G por el volumen de datos que tenemos que transmitir.

Por lo tanto, sí que se ha producido avances durante todo este tiempo. Ha habido avances que estaban condicionados por la situación en cada momento de la tecnología, y no han sido... no se han podido producir en su momento y han sufrido... han sufrido diferentes... diferentes retrasos.

Ustedes me dicen que es que decíamos aquí anteriormente que teníamos receta electrónica. Vamos a ver, lo que hemos dicho es que tenemos prescripción electrónica; es decir, es la base fundamental para poder tener un proyecto final de receta electrónica y teníamos problemas... teníamos problemas precisamente con los consultorios *on-line* para que hicieran la prescripción electrónica, y teníamos problemas también con Atención Especializada, que se están solucionando, y se podrán incorporar a la receta electrónica.

¿Qué es lo que nos falta? Lo que nos falta es la parte de dispensación, que es lo que completa el proyecto de receta electrónica. La parte de dispensación supone que el paciente ya no tiene que acudir con un papel; no hay que darle el papel para que vaya a la farmacia, sino que el paciente acude a la farmacia y en la farmacia retira su medicación. Pero es esa parte la que... la que falta.

Me dice que la asociación... me dicen que la asociación de vecinos Cavecal, que ha presentado 5.000 quejas. O sea, no... no se contradice con lo que yo he dicho. Ellos dicen que han presentado 5.000 quejas; yo lo que he hablado son de las incidencias, no de las quejas. Las incidencias son problemas que pueden tener una duración de unos pocos minutos o problemas que pueden durar algo más en el tiempo de la consulta y que pueden afectar al funcionamiento adecuado y correcto del aplicativo. Por lo tanto, no existe ningún tipo de discrepancia en la información que... que hemos dado. De todas formas, hemos citado ya, hemos quedado con Cavecal para el próximo día trece, y en esa reunión trataremos de recoger las quejas que ellos nos manifiesten, las sugerencias que ellos nos manifiesten, y trataremos también de explicarles cuál son las mejoras y los avances que supone este... este aplicativo.

Me hacen referencia también al tema de... de internet, acceso a internet. Mire, yo hace poco me reunía con un colegio de... de médicos y con el Consejo de Colegios de Médicos y, cuando me hacían esta propuesta, me decían que es que utilizaban Google para obtener información sobre determinadas patologías, y a mí me sorprendió enormemente, porque dije: ¿cómo?, ¿que utilizáis lo mismo que utiliza cualquier ciudadano? Nosotros tenemos... -y parece ser que es que hay profesionales que no lo saben, y eso me preocupó enormemente, y haremos un plan de formación para que lo conozcan- tenemos una biblioteca virtual que nos cuesta más



de 1.700.000 euros al año; es una de las mejores bibliotecas virtuales, tiene más de 700 volúmenes, tiene más de 400 revistas que se actualizan todos los años, y eso es lo lógico que se utilice para acceder a la información clínica. Y si en vez de utilizar esa... esa biblioteca virtual estamos utilizando otros medios, pues es que yo creo que en algo estamos fallando y tendremos que poner remedio. Porque, si es Google lo que utilizamos para acceder a la información médica, quitamos la biblioteca virtual, nos ahorramos 1.700.000 euros y los dedicamos a mejorar las comunicaciones de internet para que la gente pueda ver lo que quiera, lo que quiera.

De todas formas, le sigo diciendo... le sigo diciendo, la página más visitada en aquellas personas que tienen nivel 4 de acceso, es decir, que tienen acceso a todo, sigue siendo páginas deportivas. Esto es un... se lo constato, o sea, esto se lo constato: sigue siendo la página más visitada. Esto no quita mérito para aquellas otras personas que lo utilizan adecuadamente, pero las páginas más visitadas siguen siendo páginas deportivas, ¿eh?

Por último, no hace falta que me recuerde la PNL. Yo doy la enhorabuena a todos los que están aquí presentes por esta PNL y estoy... y les digo que estamos trabajando en ello, y el equipo de... de la Gerencia Regional está trabajando para dar cumplimiento a esa PNL. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Terminado el turno de Portavoces, se procede a la apertura de un turno para que el resto de Procuradores presentes que no hayan actuado como Portavoces de los Grupos puedan, escuetamente, formular preguntas o pedir aclaraciones sobre la información facilitada. ¿Alguien? Señora Martín Juárez, por favor.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Muchas gracias, señor Gerente, por todas las explicaciones que nos está dando. Dos preguntas concretas. Está claro, Medora, no sé si 7, 10 o más, pero es una inversión millonaria con incidencias muy frecuentes: ¿qué plazo se da la Junta de Castilla y León, la Consejería, para que las incidencias sean excepcionales y esto empiece a funcionar de una vez ya? Porque estaremos en condiciones de exigir que 7.000.000, si no son 10 -, si son 10, 10-, es algo como para exigir. Y, por... por la complejidad del programa, si no, lo habríamos hecho nosotros o los jóvenes de la... de la Consejería; lo han hecho los expertos por su complejidad, luego, ¿qué plazo se dan, dos meses, tres meses, o un mes?

Y, luego, otra pregunta: ¿cuál es el argumento para haber cambiado todas las impresoras en los centros de salud, que funcionaban perfectamente? Le pongo un ejemplo: la mía era de mayo, y la han cambiado. Entonces, funcionaban perfectamente y ahora están acumuladas en un almacén. No sé si nos sobra el dinero, pero dígame por qué, cuál es el argumento y cuál va a ser el destino y la utilización de las que están amontonadas en pleno funcionamiento. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Señora Álvarez-Quiñones.

**LA SEÑORA ÁLVAREZ-QUIÑONES SANZ:**

Gracias, señor Presidente. Solo una observación. Por favor, no se les pase por la cabeza quitar la biblioteca virtual. A mí me gustaría destacar que yo es que la uso muchísimo, pero las personas con las que trabajo a diario también, y, además, es que lo bueno es que también se puede utilizar desde casa o desde cualquier punto donde haya una conexión *wifi* de titularidad que sea. Entonces, para mí, desde luego, es un instrumento fundamental. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para responder a las preguntas, tiene la palabra el Gerente Regional de Salud.

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

No, no vamos a quitar la biblioteca virtual, porque, aunque solamente la utilizan cinco profesionales, yo creo que merecería la pena mantenerla. Es uno de los... es uno de los aplicativos que nosotros tenemos de los cuales nos sentimos absolutamente orgullosos, y -como dice muy bien- se puede consultar no solamente desde el trabajo, sino que se puede consultar también desde casa.

En cuanto a las preguntas que me hace la señora Martín Juárez, el plazo para corregir las incidencias es inmediato; nosotros estamos actuando de forma inmediata para corregir todas las incidencias que surgen. De hecho, desaparecieron prácticamente todas las incidencias relacionadas con la comunicación. Surgió el problema este -que he comentado- con el sistema de... de visado; lo hemos retirado, por lo tanto, ahora, en estos momentos, no hay problemas con el sistema de visado. Las preguntas... cuando hemos preguntado a los médicos y enfermeras que actúan como centinelas, parece que el sistema funciona correctamente, pero esto no quita para que mañana pueda existir cualquier otro tipo de incidencia que surja, imprevista, y que nosotros no teníamos contemplada. Pero esto ocurrirá ahora y ocurrirá siempre. Si el número de incidencias que tiene cualquier sistema... cualquier sistema informático tiene siempre sistemas de... de incidencias; lo importante es tener... -siempre- lo importante es tener un sistema que lo que permite es corregirlas lo más rápidamente posible y sin que esto afecte al funcionamiento de los... de los centros.

En cuanto al proyecto que me pregunta, el Proyecto Silos, yo creo que hay información suficiente sobre el mismo, porque se corresponde con un concurso público. Ha sido un concurso público mediante el cual hemos pasado de tener impresoras propias, tener que comprar impresoras... Teníamos dificultades. Su impresora puede ser que... que sea una impresora... una impresora, pues que han comprado hace poquito tiempo y que esté en uso, pero teníamos problemas de renovación de las... de las impresoras, teníamos diversidad en el número... en el tipo de impresoras que utilizábamos, en los materiales fungibles que se utilizaban para la reposición de estas impresoras y para el mantenimiento de estas impresoras, y ello provocaba también que tuviéramos que estar haciendo continuos concursos de compra de material fungible para los mismos. Lo que se ha hecho ha sido un concurso... -está publicado, ya le digo, en el Boletín Oficial de Castilla y León- un concurso mediante el cual lo que se hace es un pago por uso. Es decir, las impresoras... esas impresoras no son



nuestras, esas impresoras es una empresa quien la... quien las coloca, esa empresa se... hace el mantenimiento, esa empresa hace... esa empresa hace el... hace la reposición del material, y nosotros pagamos simplemente por el número de copias que se emiten a través de... o el número de papeles que se emiten a través de las impresoras. Esto nos va a permitir ahorrarnos más de 500.000 euros al año. *[Murmullos]*.

Las que tenemos... las que tenemos nuevas se irán... las que tenemos nuevas, hay un plan para retirarlas y irlas reutilizando en otros sitios donde no está afectado por el Plan Silos.

EL PRESIDENTE (SEÑOR REYERO FERNÁNDEZ):

Bien. Muchas gracias. Damos de nuevo nuestro agradecimiento, lo reiteramos, al señor Gerente Regional de Salud por su comparecencia ante esta Comisión.

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

[Se levanta la sesión a las trece horas treinta y cinco minutos].