

SESIÓN DE LA COMISIÓN DE SANIDAD

(Comienza la sesión a las once horas y seis minutos)

LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Buenos días, señoras y señores diputados. Buenos días, señor consejero, muchas gracias por asistir a esta Comisión.

Iniciamos la sesión con el orden del día, tal y como estaba previsto, tal y como quedó reflejado en la Mesa de la Comisión, al fijar el orden del día. Y analizaremos los puntos 1 a 11, preguntas números 190 y 192 a 201, que se agrupan a efectos del debate.

Ruego a la señora secretaria que dé lectura a los mismos.

- 1.- **Pregunta N.º 190, relativa a medidas previstas en Atención Primaria para garantizar la accesibilidad y la asistencia a la población, presentada por D. César Pascual Fernández, del Grupo Parlamentario Popular. [10L/5200-0190]**
- 2.- **Pregunta N.º 192, relativa a previsión de llevar a cabo una reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria para mejorar la autonomía de gestión en los centros de salud, presentada por D. César Pascual Fernández, del Grupo Parlamentario Popular. [10L/5200-0192]**
- 3.- **Pregunta N.º 193, relativa a medidas previstas de reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria para mejorar la gestión de la demanda, presentada por D. César Pascual Fernández, del Grupo Parlamentario Popular. [10L/5200-0193]**
- 4.- **Pregunta N.º 194, relativa a medidas previstas en la reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria para mejorar del desarrollo de la prescripción de enfermería, presentada por D. César Pascual Fernández, del Grupo Parlamentario Popular. [10L/5200-0194]**
- 5.- **Pregunta N.º 195, relativa a medidas previstas en la reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria para mejorar el desarrollo de la consulta no presencial, presentada por D. César Pascual Fernández, del Grupo Parlamentario Popular. [10L/5200-0195]**
- 6.- **Pregunta N.º 196, relativa a medidas previstas en la reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria dirigidas a la desburocratización de las consultas, presentada por D. César Pascual Fernández, del Grupo Parlamentario Popular. [10L/5200-0196]**
- 7.- **Pregunta N.º 197, relativa a medidas previstas en la reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria dirigidas a mejorar la gestión de la IT, presentada por D. César Pascual Fernández, del Grupo Parlamentario Popular. [10L/5200-0197]**
- 8.- **Pregunta N.º 198, relativa a medidas previstas en la reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria dirigidas a la mejora de la asistencia rural, presentada por D. César Pascual Fernández, del Grupo Parlamentario Popular. [10L/5200-0198]**
- 9.- **Pregunta N.º 199, relativa a previsión de reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria con medidas en relación a la adecuación de la distribución económica de incentivos en las retribuciones vinculados a la carga asistencial, presentada por D. César Pascual Fernández, del Grupo Parlamentario Popular. [10L/5200-0199]**
- 10.- **Pregunta N.º 200, relativa a previsión de reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria con medidas en relación a la adecuación de la distribución económica de incentivos en las retribuciones vinculado a plazas de difícil cobertura relacionadas con la dispersión o con las condiciones de ruralidad, presentada por D. César Pascual Fernández, del Grupo Parlamentario Popular. [10L/5200-0200]**
- 11.- **Pregunta N.º 201, relativa a medidas previstas en la reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria dirigidas a la implantación efectiva del teletrabajo, presentada por D. César Pascual Fernández, del Grupo Parlamentario Popular. [10L/5200-0201]**

LA SRA. URRUTIA DE LOS MOZOS: Pregunta número 190, relativa a medidas previstas en Atención Primaria para garantizar la accesibilidad y la asistencia a la población.



Pregunta número 192, relativa a previsión de llevar a cabo una reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria, para mejorar la autonomía de gestión en los centros de salud.

Pregunta número 193, relativa a medidas previstas de reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria, para mejorar la gestión de la demanda.

Pregunta número 194, relativa a medidas previstas en la reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria, para mejorar el desarrollo de la prescripción de enfermería.

Pregunta número 195, relativa a medidas previstas en la reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria para mejorar el desarrollo de la consulta no presencial.

Pregunta número 196, relativa a medidas previstas en la reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria, dirigidas a la desburocratización de las consultas.

Pregunta número 197, relativa a medidas previstas en la reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria dirigidas a mejorar la gestión de la IT.

Relativa, la 198, relativa a medidas previstas en la reorganización de atención sanitaria en Atención Primaria dirigidas a la mejora de la asistencia rural.

La pregunta 199, relativa a la previsión de reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria con medidas en relación a la adecuación de la distribución económica de incentivos en las retribuciones vinculadas a la carga asistencial.

La número 200, relativa a previsión de reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria, con medidas en relación a la adecuación de la distribución económica de incentivos en las distribuciones vinculada a plazas de difícil cobertura, relacionadas con la dispersión o con las condiciones de ruralidad.

Y la pregunta número 201, relativa a medidas previstas en la reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria dirigidas a la implantación efectiva del teletrabajo, todas ellas presentadas por D. César Pascual Fernández, del Grupo Parlamentario Popular.

LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Muchas gracias, señora secretaria.

Les recuerdo que el trámite de las preguntas en Comisión se desarrolla conforme a lo dispuesto en el artículo 171.2, en relación con el 169.1 del Reglamento de la Cámara.

De acuerdo con la práctica consolidada para un total de 11 preguntas agrupadas, corresponde a un debate de 45 minutos, a razón de 15 minutos para turno de formulación y contestación de preguntas y siete y medio minutos para los turnos de réplica y dúplica.

Para la formulación de la pregunta el Sr. Pascual tiene la palabra por tiempo de 15 minutos.

EL SR. PASCUAL FERNÁNDEZ: Muchas gracias, señora presidenta, señorías, señor consejero.

No creo que vayamos a consumir los 45 minutos. Las preguntas se han agrupado y son muchas porque son preguntas que provienen de antes del COVID. Son preguntas -perdón no se oye-, son preguntas que habíamos planteado antes del COVID y de que por la situación de COVID obviamente no, no habíamos que -(ruidos) ¡ah!-, decía que durante el COVID pues no habíamos visto la necesidad o la oportunidad de plantearlas. Pero ahora que afortunadamente la pandemia parece que se va controlando, creemos que es el momento oportuno de retomar este tema.

Ya le planteamos al inicio de legislatura alguna iniciativa en relación con la Atención Primaria. Usted conoce tan bien como yo que la Atención Primaria sufre una serie de problemas que ya llevan mucho tiempo, demasiado, demasiado tiempo pendientes de una auténtica reforma.

Ya sé que usted no tiene ninguna culpa en esto, ninguna. Esto viene de lejos, de muy lejos. Pero es usted consejero y usted sí que tiene alguna obligación de tomar alguna medida al respecto.

Y también sé su posición al respecto, en relación a que la reforma de la Atención Primaria es un asunto nacional que requiere una solución nacional. Y en eso podemos coincidir; parcialmente puedo estar de acuerdo con usted, pero solo parcialmente. Porque creo que en tanto en cuanto se acomete esa reforma nacional, que lleva más de 30 años esperando, más de 30 años lleva esperando la reforma de la Atención Primaria, no nos podemos permitir en Cantabria otros 30, ni otros 20, ni otros 15, ni otros 10 años, de espera a que esa gran reforma nacional se lleve a cabo.

Por tanto, creo que tenemos la obligación entre todos de poner en marcha, de hacer algo; porque la Atención Primaria es un polvorín y usted es perfectamente consciente.

Como le dije ya le propusimos una batería de cuestiones y volveremos a plantearle más soluciones, más alternativas para el debate, que es usted muy libre de aceptar, pero no podrá decir que la oposición no le plantea soluciones viables, razonadas y razonables. Discutibles; no lo pongo en duda. Pero le aseguro que nunca podrá decir que no son ni aceptables ni viables.

El diagnóstico de la Atención Primaria en Cantabria es el mismo de toda España, prácticamente. Se diferencia muy poco. Nosotros, nos hemos reunido con muchos interlocutores antes de la pandemia y durante la pandemia también. Hemos tratado de quitar la carga emocional que tenía, lo que nos decían durante la pandemia, porque éramos conscientes que había mucha carga emocional que hacía un componente subjetivo que no permitía valorar muchas de las cuestiones que estaban planteando. Pero bueno, podemos destacar que las máximas preocupaciones y situaciones complejas de la primaria está en la saturación de agendas y falta de tiempo; nada nuevo. Por el aumento de la demanda debido al envejecimiento, debido a las enfermedades crónicas, debido a una mayor presencia de personas con necesidades. Y debido también a una actitud consumista de los servicios sanitarios; que clásicamente se ha manifestado en pediatría, pero que se va extendiendo al resto de servicios.

Parece como si los ciudadanos de repente hubieran considerado que consumir Sanidad es como ir al Corte Inglés o Carrefour. Que uno va allí, consume lo que quiere. Y esto no es así. Pero esta tendencia, que no solo es española, es una tendencia que se está manifestando en toda Europa es preocupante, porque hemos convertido nuestros centros de salud como una especie de grandes bazares donde cuando uno se encuentra mal, o se ha quedado en el paro, pues va al centro de salud... Usted está en el paro; tendrá una serie de dificultades y necesitará -ya hablaremos de eso también- otra serie de apoyos, que a lo mejor se le pueden prestar salud mental, a lo mejor se los puede prestar primaria, o a lo mejor se los puede prestar servicios sociales. Ya veríamos quién. Pero si acudimos en masa por motivos que no tienen directamente que ver con la salud a los centros, los colapsaremos.

La segunda era las carencias en la gestión de la demanda. Porque no todos los médicos actúan igual. Unos fomentan el autocuidado, otros tienden a generar una demanda inducida, otros generan un control excesivo por los procesos clínicos, etcétera, etcétera. Hay una gran variabilidad en la práctica clínica.

La falta de triaje. Otro de los argumentos que ponen encima de la mesa, permanentemente, de la demanda espontánea. Por tanto, eso, agendas llenas de peticiones de ciudadanos sin ningún tipo de clasificación profesional. Y esto es una dificultad tremenda.

La falta de gestión de la enfermera, de la demanda. Con una indefinición en la cartera de servicios de las enfermeras y la variabilidad de y su formación. Demasiada burocracia y escasa actividad no presencial; que esto ha mejorado durante el COVID; afortunadamente la tele-medicina ha entrado.

Pero antes, si nos vamos simplemente un año antes, no existía la consulta telefónica; no te daban los resultados por correo electrónico. Esto ha cambiado y creo que tenemos que aprovecharlo. Pero todavía estamos muy, muy, muy escasa.

Demasiadas listas de espera en hospitales que repercuten en Atención Primaria, sobrecarga la Atención Primaria. Inadecuación de una planificación de las necesidades profesionales y de la oferta disponible.

Luego, el tercer gran problema, las limitaciones al trabajo en el equipo multidisciplinar. El equipo básico: enfermera... médico-enfermera ha muerto. Muerto ya hace tiempo. Probablemente, no tenga que volver a resucitar. Probablemente, el equipo sea un médico y dos enfermeras, un médico y tres enfermeras, dos médicos y tres enfermeras... Porque ya la forma de trabajar con el mismo cupo es absolutamente imposible, por lo que he dicho antes: envejecimiento, necesidades de cuidados y tal; las necesidades de enfermería están muy por encima de profesionales, que de los médicos.

Dificultades en la coordinación interna más básica. Ha muerto. Ya prácticamente no hacen sesiones clínicas; prácticamente no trabajan en coordinación con los hospitales. Es muy poco. Ya sé que el COVID lo ha dificultado muchísimo. Pero eso habrá que recuperarlo y ponerlo en marcha.

Las dificultades de coordinación entre la primaria y el hospital. Y los problemas de incorporación de enfermería a la Atención Primaria. La Atención Primaria; ya sé que aquí se está trabajando mucho en esto, pero no puede ser que la Atención Primaria sea el refugio de las enfermeras de hospital cuando diga que una determinada edad y ganan un concurso. De ninguna de las maneras, porque son enfermeras hospitalarias; no son enfermedades de Atención Primaria. Y no puede ser el refugio de los últimos años de vida profesional, porque no son capaces de desarrollar las competencias que necesita una enfermera familiar y comunitaria.

Como las especialidades todavía no se han desarrollado. Pues seguimos teniendo ese problema.



Luego, el cuarto gran problema son las carencias en el modelo de salud comunitaria. La ausencia de un modelo claro de salud comunitaria, escasa promoción de la salud, falta de colaboración entre salud pública y los equipos de Atención Primaria.

Una verdad que personalmente siempre he considerado muy importante y que me ha alegrado mucho que haya salido en el foco de hablar con profesionales es la excesiva focalidad en que la Atención Primaria es la puerta de entrada del sistema. Porque ese discurso de que la Atención Primaria es la puerta del sistema evita que sea resolutiva, se limita a ser la puerta de entrada y derivan al hospital.

Y habría que acabar con este discurso de que no es la puerta de entrada. Atención Primaria es un servicio completo, *per sé*. Y esto es una cultura complicada, pero que está muy instalada y que habría que evitar.

Y luego también hemos apreciado una falta de credibilidad, por decirlo así; mídame bien las palabras; en el modelo poblacional, en el modelo de estratificación provisional por riesgo. Los profesionales no acaban de verlo, no acaban de comprender bien todo lo que es; probablemente porque hay un cambio de competencias, si ponemos una estratificación profesional, pues las competencias de enfermeras tienen que ir cambiando, las competencias de los médicos también. Y por tanto eso.

Luego las dificultades para llevar a cabo la atención central en las personas y los programas participativos tienen poco, o escaso impacto.

El quinto punto es recursos humanos. Aquí pues realmente el listado era eterno, pero hemos procurado acotar lo que nos parecía más importante, eliminando reivindicaciones profesionales; que son muy legítimas, pero este no es el momento ni el lugar de las reivindicaciones profesionales.

Hemos visto como importante y a destacar el relevo generacional complicado que es aventura; tanto médicos, en las próximas décadas va a haber un déficit muy importante de médicos, de muy difícil solución además. En los próximos diez años se jubilarán la mitad de los médicos de Atención Primaria, o más, en algunas regiones más. Y se sabe que la generación de residentes que tenemos ahora es absolutamente incapaz de cubrir eso. No se puede. No sabemos cómo... La alternativa es tremendamente complicada. Hay países que lo que hacen es importar médicos de otros países; no sé si nosotros tendremos que hacer lo mismo.

Con enfermeras pasa lo mismo. Porque -lo he dicho-: envejecimiento, cronicidad, etc., aumentan las competencias de enfermeras. Y por tanto la carga de trabajo de las enfermeras. Y por tanto el número de enfermeras que van a ser necesarias en los centros de salud.

Y en otro tipo de profesionales, que hay una dotación ínfima. Las mismas causas que sobrecargan el trabajo justificaría un aumento de trabajadores sociales sanitarios, para que puedan resolver los problemas in situ.

La incorporación de otra serie de profesionales: más fisioterapeutas, más psicólogos; bueno, podríamos hablar mucho de ello.

Y el sexto problema serían las dificultades organizativas. Se detecta una necesidad de cambio en el modelo organizativo y de liderazgo. Primero, con mayor capacidad de autoorganización. Los pacientes complejos requieren una gestión multidisciplinar, distinta a ese equipo que hablábamos antes de Atención Primaria, normal, que va a atender las patologías habituales.

Pero cada vez se ven pacientes más complejos. Cada vez hay afortunadamente largos supervivientes del cáncer, que no tienen por qué ser ingresos en hospitales, pero que son complejos de atender y necesitan equipos multidisciplinarios, con un modelo asistencial diferente.

Se ha detectado una ausencia real de liderazgo en los coordinadores. Esto también nos parece que es un problema muy, muy importante; que se limitan a gestionar agendas, a resolver conflictos personales, evitar situaciones embarazosas. Pero no hacen gestión, gestión; porque hay una falta de capacidad de autogestión en los centros.

Se ha detectado una actitud muy centralizadora de la gerencia, con una toma de decisiones prácticamente total, dejando muy poco margen a los centros de salud para tomar decisiones. Y por tanto eso, el organigrama es muy vertical y muy centralizado.

Y luego pues también escasa conexión con los servicios comunitarios, con servicios sociales, con servicios socio sanitarios, con paliativos. Y un tema que salió, que sé que es conflictivo pero que tendremos que abordar, que es: la distribución territorial, los consultorios periféricos. Donde había una diversidad de opiniones, pero había una opinión generalizada que ese modelo que cambiar. El cómo o qué profesionales atienden ahí, o cómo se hace.

Señor consejero. Vuelvo a repetirle, no pretendo que en Cantabria tengamos la solución definitiva a todo lo que he mencionado. Pero estoy seguro que podemos ponernos de acuerdo en alternativas para muchos de los puntos que he señalado e ir avanzando.

Todas las preguntas que le he hecho iban en ese sentido como habrá podido apreciar. Sé que acaba de incorporar parte de un equipo nuevo, la gerencia de Atención Primaria, y sé que lleva poco tiempo. Del equipo anterior ya le comenté mi escasa confianza; fruto de nada personal, fruto de la falta de confianza que los profesionales tenían en ellos. No había ninguna razón personal.

Porque usted sabe que cuando un equipo directivo no logra la confianza de la gente o la pierde, difícilmente es capaz de dirigir y de liderar.

Entonces, en nuestro caso, sabiendo esto pues también no le voy a exigir soluciones la semana que viene, pero que, en un plazo de un tiempo razonable, razonable, podamos plantearlos. Ya le he dicho, nosotros le plantearemos alternativas dispuestos a discutir, dispuestos a debatir y dispuestos a avanzar en la solución que creemos que la Atención Primaria necesita.

Nada más, muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Muchas gracias, Sr. Pascual.

El señor consejero tiene la palabra, también por tiempo de quince minutos.

EL SR. CONSEJERO (Rodríguez Gómez): Muchas gracias presidenta. Señorías.

Bueno, en este segundo bloque... -perdón- en este bloque de 11 preguntas, presentadas por el Partido Popular, se centran fundamentalmente en las medidas que el Servicio Cántabro va a llevar a cabo en diferentes materias relacionadas con el ámbito de la Atención Primaria.

He de comentarle, como usted muy bien ha dicho, que la reforma de la Atención Primaria requiere de algunos aspectos de desarrollo a nivel nacional, como ya ha comentado también usted.

De hecho, el ministerio ya en la etapa anterior a la actual ministra, empezó a trabajar una estrategia que quedó paralizada con la llegada de la pandemia. Y que ahora mismo ya dentro del consejo interterritorial se ha solicitado su reactivación.

Porque aunque evidentemente se puedan hacer cosas a nivel de cada comunidad autónoma, y en ese sentido lógicamente tendremos que trabajar, también en eso seguro que estamos de acuerdo hay cuestiones de calado muy importantes en la reforma de la Atención Primaria, como es por ejemplo, la cartera de servicios, a la que ha hecho usted referencia cuando ha comentado el tema de bueno, de ir a al centro de salud como si fuese otro tipo de dispositivo, o, por ejemplo, el régimen retributivo de los profesionales, que hace falta tocar a nivel nacional y, por lo tanto, tiene que ser en el ámbito del Consejo Interterritorial y para todo el Sistema Nacional de Salud y con el máximo grado de acuerdo posible.

De todas formas, por lo que se refiere al ámbito local, nosotros estaremos encantados de que nos presenten propuestas y de sentarnos a discutir propuestas que con ustedes y de intentar también llegar a soluciones, lo que tenga el mayor consenso político posible, porque, lógicamente muchas de las cuestiones, como usted también muy bien sabe, pueden generar reticencias en el ámbito de los profesionales y, por lo tanto, cuanto mayor consenso político tengamos en algunas medidas, mucho mejor será.

En concreto voy a intentar ir desgranando todas las preguntas que me hacía que, como bien ha comentado, son muchas. Lo primero en la pregunta 190, hacía mención a las medidas previstas en Atención Primaria para garantizar la accesibilidad y la asistencia en la población, y en este ámbito se está trabajando en varias actuaciones que le detallo.

Por una parte, la adaptación de las agendas de los profesionales de Atención Primaria para una mejor eficiencia en la citación, porque, bueno, hemos observado, fruto del análisis continuo que se hace, pues hemos observado que se puede mejorar el ámbito de las agendas y la aplicación de los pacientes. Se está aumentando el porcentaje de acceso directo a atención presencial a lo que llevamos ya, con la mejoría de la pandemia, venimos desarrollando y se va aumentando progresivamente y que además no hay razón para no hacerlo porque los profesionales están todos vacunados y ya, por suerte, una gran parte de la población también.

Se está mejorando la gestión de la demanda, pero los servicios de admisión bajo el asesoramiento de un grupo de trabajo multidisciplinar que tenemos constituidos en ese ámbito en el ámbito de los servicios de admisión, y están trabajando en cómo mejorar determinados aspectos de la gestión de la demanda, se están revisando todos los circuitos internos de atención al paciente con patología crónica, se están diversificando en la línea que usted también planteaba las fórmulas de



atención no presencial, porque no vamos a volver atrás, lo dije ya en la comparecencia anterior, hay cuestiones en las que ya no vamos a volver atrás porque esto, esta pandemia ha tenido muchísimas cosas malas, pero alguna, que es el desarrollo de determinadas iniciativas que teníamos estancadas, pues no lo podemos desaprovecharlo y no podemos volver hacia atrás y seguimos empeñados hacia una captación de recursos humanos que son necesarios en el ámbito de la Atención Primaria, en el contexto de escasez que hay a nivel de todos los servicios de salud.

La pregunta 192, sobre la previsión de llevar a cabo una reorganización de la atención sanitaria en Atención Primaria para mejorar la autonomía de gestión del Instituto de Salud, bueno, es cierto, como usted comentaba, que la Gerencia de Atención Primaria está ahí, pero también quiero decirle que los equipos directivos de las zonas básicas de salud, es decir, el coordinador del centro de salud, más el responsable de los recursos de enfermería, más el responsable de los recursos administrativos, que es un poco en la estructura directiva de cada centro de salud, bueno, trabajan, lógicamente dentro de las directrices de la Gerencia de Atención Primaria, pero con gran autonomía de gestión en lo que se refiere a cuestiones organizativas, organizativas, que afectan al centro de salud.

Es cierto también que en el año 2020 se propuso un aumento de la autonomía en la gestión de los recursos humanos, que se vio interrumpida desgraciadamente por la pandemia, pero bueno, también es cierto que no estaba ligada a una reorganización de la atención sanitaria, que es igual el paso que hay que dar y que también tengo que reconocerle que fue recibida con escepticismo por los profesionales porque hay tan poco recurso humano que gestionar que, bueno, pues que esa autonomía que les queríamos dar pues tampoco la vivieron excesivamente con entusiasmo.

En todo caso, el aumento de la autonomía de gestión en los centros de Atención Primaria se plantea en el entorno también de un incremento presupuestario en la Atención Primaria, tal y como recomienda la OMS, la Organización Mundial de la Salud, y también tenemos que hacer un esfuerzo de un programa de formación en gestión sanitaria para los equipos directivos de los centros de salud, en este caso por las figuras de coordinación, pues tienen que tener también una formación específica en gestión. Es algo en lo que seguro que también coincidiremos, la persona que se dedique a gestionar tienen que tener una formación específica, uno puede ser un magnífico profesional médico, un magnífico profesional de enfermería y no un buen gestor, y la gestión implica muchas tomas de decisión que bueno, que hay que también hacerlas con conocimiento y con y sabiendo, porque si no, lo que nos podemos llevar esa a gestionar muy bien la parte clínica y hay otros aspectos de la gestión que son importantes, como usted sabe que es la parte económica que también hay que gestionar.

En todo caso, esta parte de los programas de formación en gestión sanitaria dirigidos a los equipos directivos de Atención Primaria, esperamos poder abordarlo una vez que finalice esta etapa de la pandemia y el Servicio Cántabro está trabajando en el diseño de un plan de desarrollo directivo que se pondrá en marcha en cuanto esté finalizada.

Sobre la pregunta 193, relativa a qué medidas previstas de organización en la atención sanitaria en Atención Primaria para mejorar la gestión de la demanda, bueno, informarle que se está procediendo a la formación de los profesionales en nuevas tecnologías de la comunicación, porque es cierto, también que, como siempre, el modelo ha sido presencial, pues los profesionales tienen también, que desarrollar habilidades en comunicación no presencial, es decir, nuestros medios de comunicación, en gestión de la demanda y en comunicación, como le decía, para esa atención no presencial, y, a su vez, estamos diversificando las formas de la atención no presencial, la teleconsulta, las videollamadas, la consulta telefónica. Pero la consulta telefónica que hemos hecho un uso excesivo durante la pandemia, nuestra previsión es que sea algo meramente residual, porque lo lógico es que podamos llegar a avanzar hacia la teleconsulta o hacia la videollamada.

Se está trabajando también de cara a aumentar el número de enfermeras, en la línea de lo que usted hablaba de que la demanda de cuidados de enfermería se va a incrementar en los próximos años y tenemos que aumentar el número de enfermeras en Atención Primaria, de momento con el objetivo de conseguir la paridad médico-enfermera, que de momento no estaba, es decir, hasta ahora el número de enfermeras era siempre inferior al número de médicos en los centros de salud, y el primer objetivo es conseguir la paridad, aun sabiendo que, como también usted muy bien planteaba el modelo asistencial, no se puede basar solamente en equipos médico-enfermera, porque posiblemente eso haya que diversificarlo y romperlo de alguna forma.

Y se está también potenciando la educación para la salud, fomentando el autocuidado y la autonomía del paciente, porque lo que está claro es que tenemos que trabajar en esta línea, coordinados con Salud Pública y con los programas de prevención, porque nunca vamos a llegar con el número de profesionales a las necesidades de cuidados que va a tener la población en los próximos años. Por lo tanto, es fundamental potenciar la idea del autocuidado y de la prevención.

En cuanto a la pregunta 194, relativa a las medidas previstas en la organización de la atención sanitaria en la Atención Primaria para mejorar el desarrollo de la indicación de enfermería, bueno, le tengo que decir que la indicación de enfermera estamos trabajando en ella, se está implantando, se implantará tanto en Atención Primaria como en atención hospitalaria. Se están desarrollando en estos momentos las herramientas informáticas adecuadas para incorporar dichas indicaciones a la práctica diaria y a la receta electrónica, porque se trata de que las enfermeras indiquen los productos que pueden indicar y la medicación bajo protocolo que puedan indicar, pero que eso se incorpore además a la historia clínica y a la receta electrónica, una vez que se inicie la indicación enfermera de productos sanitarios, que es por la parte que vamos a empezar por la que no tiene discusión alguna la de los productos sanitarios, se irán desarrollando los protocolos necesarios junto con

los profesionales médicos para la ampliación de la indicación a los fármacos que la normativa les permite indicar a las enfermeras.

Con respecto a la pregunta 195, respecto a las medidas de reorganización para mejorar el desarrollo de la consulta no presencial, bueno, como ya le he comentado, decirle que una vez que se vaya completando la migración de todas las zonas básicas de salud a la historia clínica electrónica, al nuevo modelo de historia clínica electrónica de AP Cantabria, ya sabe que hasta ahora todos teníamos, bueno, en este momento todavía nos queda algún centro de salud con el antiguo sistema, con el sistema no recuerdo ahora mismo como se llamaba, ya estoy centrado en AP Cantabria y no me acuerdo cuál era el anterior sistema. Hemos procedido a hacer la migración de una buena parte de los centros de salud y ahí también la ampliación que se hizo en su momento del centro de proceso de datos de Valdecilla para poder asumir ese cambio en todos los centros de salud, que además veníamos de una organización muy complicada desde el punto de vista informático, porque teníamos servidores en cada centro de salud, lo cual nos complicaba mucho la arquitectura informática y lógicamente pasamos a una arquitectura centralizada absolutamente.

La migración a AP Cantabria, al nuevo modelo de historia clínica y el nuevo sistema informático de Atención Primaria la concluiríamos espero en breve y una vez que se haya producido esa migración se irán reemplazando lo primero, todos los ordenadores y pantallas de los centros de salud, con el fin de incorporar esa nueva tecnología y con el fin de incorporar la posibilidad de cámaras para hacer una consulta telemática visual también, no solamente escuchar.

Además, lógicamente, en la línea de lo que comentaba antes será también necesaria la formación de los profesionales en el uso de esas tecnologías a la comunicación, así como en la gestión y comunicación adecuadas para optimizar ese tipo de consulta, que es algo a lo que no están acostumbrados pero que se puede aprender perfectamente. También se llevarán a cabo modificaciones para desarrollar la interconsulta no presencial entre profesionales del ámbito de primaria y hospitalaria, para dar apoyo a una asistencia sin desplazamientos innecesarios de los pacientes que muchos casos se producen para cuestiones que se podrían resolver de otra forma.

Sobre la pregunta 196, que hace mención a las medidas previstas en la reorganización dirigidas a la desburocratización de las consultas, bueno, hay que lo primero hay que apuntar que reducir el número de actos o indicaciones médicas que conllevan gastos burocráticos en consulta es complejo, es complejo, porque hay actuaciones como la receta electrónica, como los informes médicos, como las interconsultas, como los partes de baja, confirmación y alta, aunque parezca de incapacidad temporal, aunque parezca que es así pero todas esas cuestiones las tiene al final que hacer es un ejercicio que está reservado el profesional médico y que las tiene que hacer un médico.

Bueno, lo que tratamos es que a través de las herramientas de trabajo facilitemos su simplificación, es decir, que hay actividades que necesariamente tiene que hacer el médico, pero vamos a ver si a través de las herramientas informáticas conseguimos que sea mucho más fácil que las pueda desarrollar, de tal forma que las podamos planificar mediante trabajo por tareas pendientes en las agendas de los profesionales, mediante hay actividades que igual no necesitan ver presencialmente, sino que a través de los servicios de los mostradores de admisión se pueden solventar o incluso lo que tendríamos que avanzar ya es hacia el envío telemático o incluso a la autogestión del propio usuario, a través de los aplicativos que tiene el Servicio Cántabro de Salud. En ese sentido, desde la Dirección General de Transformación Digital y el departamento de informática de Atención Primaria se trabaja, en este sentido incansablemente.

Con respecto a la siguiente pregunta, relativa a la reorganización dirigidas a mejorar la gestión de la IT, bueno, usted sabe que la Consejería de Sanidad firma un convenio bianual con el Instituto Nacional de la Seguridad Social por el que el servicio de inspección de la Consejería de Sanidad asume la carga de la gestión de la IT hasta el año de duración de la IT, y este convenio se incluye también a la Gerencia de Atención Primaria, porque hay una serie de objetivos de gestión de la IT que nos marca el INS, de número de bajas que hay que cubrir tienen que estar bien cumplimentadas, de gasto de la IT, etcétera, etcétera, que depende en parte de los facultativos de Atención Primaria, y a través de ese convenio el INS nos posiciona una cantidad económica, pero luego nosotros lo utilizamos fundamentalmente en el ámbito de actividades formativas dirigidas a los médicos de Atención Primaria para mejorar la gestión de la IT, se forma a los profesionales en el manejo y en el tratamiento de procesos de gran prevalencia, como son los trastornos de salud mental leve y la patología musculoesqueléticas.

También estamos seguros de que la participación de los médicos de Atención Primaria, en el diseño del nuevo Plan de salud mental, en el que estamos trabajando, ya favorecerá también la implementación de recursos para la mejora de la gestión de una patología que con mucha frecuencia lleva a la incapacidad temporal, y que creemos que se puede gestionar de otra forma.

Y, por otra parte, también es cierto que el acceso a través de las herramientas informáticas a pruebas diagnósticas y tratamiento por parte, tanto los profesionales de Atención Primaria, como los de hospitalaria, viendo la parte primaria, llevará implícita, también una mejora en las respuestas de los tiempos de respuesta y en la gestión de la IT.

Y me queda alguna pregunta que contestarle, pero se lo haré en la segunda, en la segunda.

LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Muchas gracias, señor consejero.

Para el turno de réplica, el señor Pascual tiene tiempo por siete minutos y medio.

EL SR. PASCUAL FERNÁNDEZ: Gracias, señor consejero.

La verdad es que me ha dado mucha, mucha información, insisto, las preguntas son un tanto extemporáneas y demasiadas juntas para debate y a lo mejor tendríamos que haber hecho dos para poder entrar más en profundidad. Pero, en cualquier caso, el objetivo final no era, no era ese, como le dije al principio, era recuperar el volver a poner encima de la mesa el tema de la Atención Primaria, en el cual yo creo que de lo que usted ha dicho ha quedado una cosa muy clara, que ya hace tiempo viene padeciendo, que es la clave de todo esto, que es el tiempo.

Si no vamos a tener profesionales, tendremos que ganar tiempo para que esos profesionales puedan trabajar y dedicarse. No podemos permitirnos el lujo de tener médicos 2 horas en el coche viajando, tiene que estar 2 horas pasando consulta, por tanto, habrá que cambiar muchos conceptos que tengamos ahora, porque para lo que está formado no es para conducir, para pasar consulta.

Lo mismo nos ocurre con la enfermería y, por tanto, habrá que hacer una reorganización muy importante de lo que es la atención domiciliaria, que hay que hacerla obviamente pero también de otras muchas cosas, muchos desplazamientos que en este momento están haciendo los facultativos para suplir, para ausencias porque hay que subir al consultorio por mil cosas, eso necesitamos tiempo. Pero también la informática nos puede dar tiempo, usted ha citado algunos ejemplos, la IT automatizada, autogestionada, que se puede hacer perfectamente, evidentemente el médico tendrá que ser supervisar, pero bueno, eso ahorra tiempo.

Y eliminar burocracia, se puede seguir eliminando burocracia, los médicos de Atención Primaria tienen que hacer informes para todos, para el niño para hacer deporte, para ingresar en el colegio, para ir a la al campamento de verano, para ir al no sé qué, eso no puede ser, porque eso es una sobrecarga burocrática para para el médico, que si lo tiene que hacer, tendremos que ver de qué forma se puede automatizar a través de la historia y que salga solo y que sea una petición y salga, pero si no habrá que eliminarlo y buscar otros recursos que hagan ese informe médico en otros cursos nuestra sanidad pública debe atender prioritariamente las necesidades que tienen que atender a los ciudadanos.

Y, por tanto, yo creo que insistiendo en que es verdad que hace falta un gran acuerdo nacional para algunas cosas, tenemos que hacer virtud de la necesidad. Tenemos en este momento un problema serio de reforma de la Atención Primaria, y algunas cosas se pueden ir haciendo y tenemos que ir como lo que ha dicho, ganando tiempo, pero también convenciendo a nuestros profesionales que lo importante es que desarrollen sus competencias más altas, las competencias más bajas que tengan, pues que vayan delegando, por ejemplo, en nuestros centros de salud no hay técnicos auxiliares de enfermería, igual habría que ver también por la necesidad de introducir, porque si las enfermeras van adquiriendo competencias que hace cosas que antes podían hacer los médicos, pues también que los técnicos auxiliares de enfermería pueden asumir competencias de las enfermeras pero que cada uno se limite a hacer lo más importante de su profesión y abandone, pues aquellas cosas que otros profesionales pueden hacer.

Ya sé que esto es complicado, lo sé que esto plantea una dificultad muy importante, pero bueno, usted lo ha dicho, si logramos un consenso político será más fácil poder luego tratar de trasladar a todos los profesionales, para eso hay luego otras preguntas sobre condiciones laborales que también son muy importantes, porque los profesionales no solo viven de tener un plan muy bonito y de tener un plan perfecto. Y entonces lo que le decía antes, nosotros le vamos a plantear una alternativa y también quisiéramos pues porque por su parte pues se elaborase todo esto que nos ha dicho que van haciendo en un plan.

Por cierto, debo felicitarle por la documentación que me ha remitido, relativa a la estrategia de vacunación y al plan operativo de vacunación, son buenos documentos tengo que reconocerlo son muy buenos, pero de abril y de mayo me hubiera gustado que fuera en enero, como se los pedí, las cosas como son ahora los tienen, son buenos de calidad y de bien nacido es además de ser agradecidos, también reconocer lo acontecido, y lo reconozco.

Pues en primaria me gustaría lo mismo me gustaría que fuéramos capaces de tener un documento de AP Cantabria, como se llama el plan informático, también de que un documento sobre la Atención Primaria en Cantabria, que, sin dar solución al problema nacional de Atención Primaria, porque no lo va a dar, sí arreglase una parte de todos estos problemas que tanto yo he manifestado como que usted también ha manifestado que tenemos en la atención en Atención Primaria.

Nada más muchísimas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Muchas gracias Sr. Pascual.

El señor consejero para el turno de réplica tiene un tiempo de siete minutos y medio.

EL SR. CONSEJERO (Rodríguez Gómez): Bueno, brevemente, acabo la exposición un poco en base a las preguntas que tenía, y lo hago una pequeña reflexión final.

Con respecto a la mejora de la asistencia de rural, que es una de las preguntas que nos hacía, bueno básicamente por ser breve, tenemos que avanzar mucho en el tema de la teleasistencia y luego tenemos que llegar, estamos aumentando trabajando también en otra línea en la que ha planteado, que es en aumentar la capacidad resolutive de la enfermería que nos puede dar solución a gran parte del ámbito rural, pero no, no le voy a ocultar como usted también supongo que sabe que esto exige un esfuerzo de todos, porque yo sé que sin quitar la atención sanitaria a la gente le cuesta mucho el tema de que no ver a su médico, entonces tenemos que llegar, sobre todo en el ámbito, que no se me malinterprete, como que abandonamos las zonas rurales, porque no es así ni es nuestro objetivo pero sé que eso va a requerir también de un consenso, sobre todo en este caso con los municipios, que será difícil también de llegar a él, pero que tenemos que avanzar porque con la escasez de profesionales que tenemos no nos va a quedar otro remedio, porque va a ser imposible mantener la red íntegra de centros de salud y consultorios que tiene el Servicio Cántabro de Salud.

Me planteaba también el tema de la adecuación de la distribución económica, de incentivos vinculados a la carga asistencial. Bueno, ahí hay que avanzar, la carga asistencial es difícil de medir, ahora mismo está basada exclusivamente en el ámbito numérico y lógicamente no suficiente para determinar dicha carga, en eso estoy de acuerdo con usted. Hay que meter otros factores, como puede ser no solamente el tamaño del cupo, sino de rangos etarios de la población asignada de su cupo o la morbilidad de los pacientes, que ahora mismo estaríamos en condiciones porque tenemos la información de saber incluso la carga de morbilidad que tienen los pacientes, un cupo concreto.

Esto también no se le escapa que bueno que tendrá reticencias por parte de los profesionales, porque lógicamente en el momento que hagamos diferencias retributivas basadas en una cuestión lógica, que es el cupo, las características del cupo que tienes, pero seguro que habrá cierta oposición por parte de los profesionales.

Y también le quiero recordar que, en Cantabria, fruto de los pactos con las organizaciones sindicales en la mesa de negociación, existe un concepto retributivo que no existe en otras comunidades autónomas para los facultativos de Atención Primaria y que supone un importante incentivo, que es la asunción de una mayor carga asistencial a través del complemento de auto cobertura para los casos en los que hay falta de profesionales.

En todo caso, bueno, la distribución económica de los incentivos que yo estoy muy a favor de que sea ligado a la carga asistencial, hay que ver a qué, a qué somos capaces de llegar y qué porque lógicamente también tenemos que hacerlo todo además por un mayor consenso político, como usted me planteaba, y con intentando la mayor paz social posible.

Es cierto que tenemos, como usted también ha planteado las preguntas, zonas de difícil cobertura y que, bueno, que lo que estamos trabajando y que el Servicio Cántabro de Salud llevará en fechas próximas a la mesa sectorial una batería de propuestas encaminadas a hacer más atractivos esos puestos de difícil cobertura que además eso sí que es cierto curiosamente en el análisis que hemos hecho no está relacionados estrictamente con la ruralidad, están relacionados básicamente o con zonas muy limítrofes de la comunidad o con la carga de trabajo. Es decir, que hay puestos de difícil cobertura que están en sitios geográficos entre comillas muy buenos o muy atractivos para los profesionales pero que no se escogen por la carga de trabajo que tienen. Le digo que el Servicio Cántabro de Salud a la próxima Mesa sectorial va a llevar una batería de propuestas en este sentido.

Y con respecto a la implantación del teletrabajo, pues hay que destacar que el incumplimiento de las medidas de protección de los trabajadores, tras la declaración del estado de alarma, se procedió a la dotación de herramientas informáticas que permitirán la conexión remota desde los domicilios al personal que prestaba servicios en aquellas unidades, cuyo contenido lógicamente lo permitía y con el fin de reducir el máximo posible los contactos, se dotó a esos trabajadores que lo requiriesen de teléfonos corporativos para la gestión además diaria de las llamadas.

En la fase más aguda de la primera ola los trabajadores de los servicios centrales trabajaron desde casa al completo, excepto la dirección y en las fases meseta de la primera y segunda ola acudieron al puesto de trabajo únicamente los responsables de unidades o en su ausencia, el miembro del equipo en que ellos delegase. Posteriormente, se retomó el trabajo presencial en aquellos casos que lo solicitaron expresamente o en los equipos al 50 por ciento.

Y actualmente el trabajo es eminentemente presencial, no obstante, se mantiene el tele trabajo en situaciones que requieren de conciliación familiar, es decir, aquellas trabajadoras que especialmente lo han solicitado o en aquellos casos que, por motivos de salud, también puede ser compatible.

Y acabo diciéndole, bueno, que nosotros estaremos encantados de sentarnos a decir que, a encantados de que desde el Servicio Cántabro de Salud nos sentemos a hablar de la Atención Primaria y seamos capaces de recoger en un documento las líneas fundamentales en las que debemos trabajar en lo que resta de legislatura.

Por nuestra parte, encantados de los (...)



LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Muchas gracias, señor consejero.