



SESIÓN PLENARIA

8.- Interpelación N.º 99, relativa a nivel de implementación de los estándares de interoperabilidad de los sistemas informáticos del Sistema Cántabro de Salud y otros extremos, presentada por el Grupo Parlamentario Vox. [11L/4100-0099]

LA SRA. PRESIDENTA (González Revuelta): Ruego al secretario primero que dé lectura del punto octavo del orden del día.

EL SR. BLANCO TORCAL: Interpelación número 99, relativa a nivel de implementación de los estándares de interoperatividad de los sistemas informáticos del Servicio Cántabro de Salud y otros extremos, presentada por el Grupo Parlamentario VOX.

LA SRA. PRESIDENTA (González Revuelta): Para el turno de exposición, por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra la Sra. Pérez.

LA SRA. PÉREZ SALAZAR: Gracias señora presidenta. Buenas tardes diputados.

Consejero Sr. Pascual, no se lo debemos a soltar usted hoy, yo no sé si con todo este lío que nos ha explicado y que tenemos en el sistema cántabro de salud, no sé si me dan ganas de retirar la interpelación, porque ya no sé no sé cómo nos va a salir, pero bueno vamos a ver, creemos también que es importante, por lo tanto, vamos con ella.

Traemos a este Pleno otra iniciativa que preocupa a todos aquellos que, aun residiendo esporádicamente en nuestra comunidad, tienen su tarjeta sanitaria en un servicio de salud de otra comunidad autónoma. Estamos hablando de la interoperabilidad de los sistemas informáticos, de los sistemas de salud. Es por ello que le preguntamos al Gobierno.

Cantabria es uno de los destinos turísticos preferidos en el norte de España, esto hace que, durante todo el año, pero especialmente en época estival, el Servicio Cántabro de Salud se vea colapsado por turistas o personas de otras comunidades. En este contexto, la interoperabilidad con los sistemas informáticos sanitarios de las diferentes comunidades autónomas de nuestro país resulta clave para garantizar una elevada calidad asistencial, evitar errores médicos, garantizar la coordinación asistencial y no incurrir en gastos innecesarios para nuestra sanidad.

Entonces la pregunta es ¿en qué situación se encuentra la interoperabilidad de los sistemas informáticos del sistema cántabro de salud y qué comunidades con qué comunidades autónomas se producen dificultades para el acceso a los historiales de los pacientes del Servicio Cántabro de Salud con tarjeta sanitaria de otros servicios de salud?

Hacemos esta interpelación porque se trata de un tema crucial para el bienestar de todos los cántabros, pero también de todos los españoles. La necesidad de interoperabilidad entre los sistemas informáticos de los diferentes servicios de salud de España es una de las nefastas consecuencias del estado de las autonomías, una consecuencia directa de esta descentralización extrema donde cada comunidad autónoma gestiona su propio sistema de salud, planteando un desafío ¿cómo garantizar que todos los ciudadanos, independientemente de su lugar de residencia, tengan acceso a una atención médica de calidad y sin barreras?

La respuesta está en la interoperabilidad, es decir, en la capacidad de los diferentes sistemas de salud de comunicarse y compartir información, de manera fluida y segura. Imaginen un futuro donde, sin importar donde se encuentre su historial médico, esté disponible para cualquier profesión cualquier profesional sanitario que les atienda, un futuro donde los médicos puedan colaborar en tiempo real compartiendo diagnósticos y tratamientos, sin importar en que hospital trabaje, un futuro donde los pacientes puedan acceder a todas sus citas y resulta que resultados de pruebas desde cualquier dispositivo, sin tener que desplazarse en ningún otro sitio.

Un maravilloso futuro que ya tuvimos fue nuestro pasado, un pasado eficiente, que se vio truncado hasta que se empezó a transferir las competencias de sanidad a las diferentes comunidades autónomas.

Pero centrémonos en el presente, esta vuelta al pasado o enmienda al presente no debe ser una utopía, sino una necesidad. A falta de un sistema centralizado y eficiente, donde la economía de escala debiera ser la protagonista, como también debiera ser la uniformidad y la facilidad de implementación de políticas sanitarias. Ahora solo nos queda la interoperabilidad para mejorar la eficiencia y la calidad en nuestra sanidad, para reducir las desigualdades y para garantizar que todos los ciudadanos reciban la atención que merecen, es decir, que se entiendan los sistemas de todas las autonomías de forma plena.

Los beneficios o no siendo viables, por citar algunos de los más importantes, tanto para los pacientes, para los profesionales sanitarios y para el sistema de salud. La interoperabilidad no es solo una cuestión técnica, sino que



lógicamente también política y social, requiere un compromiso firme de todas las administraciones, una colaboración estrecha entre profesionales y una inversión decidida en tecnología, infraestructuras, una interoperabilidad que ahora es más o menos efectiva dependiendo de las comunidades autónomas de las que se trate.

Es por ello que es hora de superar las barreras y construir un sistema de salud verdaderamente interoperable, un sistema que ponga los pacientes en el centro y que garanticen una atención de calidad para todos, sin importar donde se viva.

Digo esto porque lo contrario no tiene cabida, los problemas que se derivan de la falta de interoperabilidad son especialmente graves, tanto para pacientes como profesionales sanitarios el sistema de salud en su conjunto, como he dicho antes. Para los pacientes, dificultad para acceder a su historial médico completo, los pacientes pueden tener que repetir pruebas y exámenes necesarios porque su historial médico no está disponible en todos los centros sanitarios; retrasos en el diagnóstico y tratamiento, la falta de acceso a información clínica relevante puede retrasar el diagnóstico y el inicio del tratamiento, lo que puede tener consecuencias negativas para la salud del paciente. Mayor riesgo de errores médicos, la falta de información completa y actualizada puede aumentar el riesgo de errores médicos, como la prescripción de medicamentos incompatibles o la realización de procedimientos innecesarios.

También para los profesionales sanitarios, pérdida de tiempos de tiempo y recursos, los profesionales sanitarios deben dedicar tiempo y recursos a buscarla y recopilar información clínica de diferentes fuentes, lo que reduce su eficiencia y capacidad para atender a los pacientes; dificultad para tomar decisiones clínicas informadas la falta de acceso a la información completa y actualizada, dificulta la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia, lo que puede afectar a la calidad de la atención. Mayor carga administrativa, la falta de interoperabilidad genera un mayor, una mayor carga administrativa para los profesionales sanitarios, que deben gestionar y conciliar información de diferentes sistemas.

También para el sistema de salud, ineficiencia y duplicidad de recursos. La falta de interoperabilidad puede generar ineficiencias y duplicidades en la gestión de recursos, como la realización de pruebas y exámenes innecesarios; aumento de los costes de sanitarios, los problemas derivados de la falta de interoperabilidad pueden aumentar los costes sanitarios tanto por la duplicidad de pruebas como por los errores médicos y los retrasos en el diagnóstico y tratamiento. Y, por último, dificultad para evaluar y mejorar la calidad asistencial, la falta de datos comparables y accesibles dificulta la evaluación y mejora la calidad asistencial, lo que puede afectar a la salud de la población.

En resumen, la falta de interoperabilidad de los sistemas de información de los servicios de salud tiene consecuencias negativas para los pacientes, los profesionales sanitarios y el sistema en su conjunto. La implementación de soluciones que permiten la interoperabilidad es fundamental para mejorar la calidad, eficiencia y seguridad en la atención sanitaria.

Es por ello que planteamos también la siguiente pregunta. ¿Cuál es el estado actual de la interoperabilidad del sistema informático, el sistema cántabro de salud con el resto de autonomías? Nos consta que el Servicio Cántabro de Salud ha logrado avances significativos en la interoperabilidad de su sistema informático con el resto de comunidades autónomas, especialmente en áreas claves como la receta electrónica y la historia clínica resumida, sin embargo, aún existen retos por superar para lograr una interoperabilidad plena y mejorar la atención sanitaria a los ciudadanos.

Por lo tanto, la siguiente pregunta es obligada. ¿Cuáles son los sistemas de información de los diferentes servicios de salud autonómicos que presentan mayores dificultades de interoperabilidad con el nuestro? Son conocidos y documentados los problemas que presentan los sistemas de información, de servicios de salud de algunas comunidades autónoma o de algunas comunidades autónomas, especialmente éstas son Cataluña y tenemos el sistema catalán de salud catalán CatSalut, tenemos del País Vasco Osakidetza, tenemos la Comunidad Valenciana, tenemos Galicia, Sergas y Andalucía. El sistema de salud andaluz es de los más grandes de España, lo que implica una mayor complejidad en la gestión e integración de datos sanitarios.

También existe la barrera idiomática a toda esta problemática se une la barrera del idioma en varias de ellas con respecto a la redacción de los historiales clínicos de los pacientes. Decimos esto porque los historiales médicos en CatSalut, el Sergas, y Osakidetza se registran principalmente en el idioma oficial de cada comunidad autónoma, otro problema añadido para nuestra comunidad teniendo en cuenta la gran cantidad de personas de la comunidad vecina, es decir, el País Vasco, que tiene su segunda residencia en Cantabria, además de los que se acercan con motivo de los diferentes periodos vacacionales.

Desde el Ministerio de Sanidad, a través de la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud, responsable de la interoperabilidad a nivel nacional, se asegura que, en caso que un paciente necesita atención médica en una comunidad autónoma diferente a la suya, los profesionales sanitarios pueden solicitar la traducción de su historial médico si es necesario, pero algo que se nos antoja muy complicado ante una emergencia médica.

Como han podido ver, señor consejero, son muchas las incógnitas sobre este crucial asunto. Por lo que le interpelamos para que nos cuente el estado de la situación. Y qué desafíos se están abordando nuestra comunidad autónoma en esta materia.



Gracias, señora presidenta.

LA SRA. PRESIDENTA (González Revuelta): Gracias, señora diputada.

Contesta por parte del Gobierno, el consejero de Salud. Sr. Pascual.

EL SR. CONSEJERO (Pascual Fernández): Gracias, señora presidenta. Señorías.

Señoría, me pregunta usted por qué situación nos encontramos en interoperabilidad en nuestra comunidad autónoma. Yo le digo que afortunadamente bien, muy bien, mucho mejor que en muchas comunidades autónomas.

Nuestra comunidad ha avanzado muchísimo. Y en este último año hemos avanzado sobre todo la parte de historia. La mayoría de las acciones que ha hecho este Gobierno.

Ahora, no es menos cierto, no es menos cierto que Gobiernos anteriores han trabajado en el tema sobre todo con receta y habían fijado las bases de lo que podíamos hacerlo. Pero bueno, nosotros hemos hecho un esfuerzo este año por incorporarlo a toda velocidad y es una de las prioridades que tenemos dentro de la política de salud digital.

En cuanto a la receta electrónica interoperable. Pues la interoperabilidad primera de todas aquí empezó, en Cantabria, en el 2018, con un perfil muy bajo, muy pequeño, pero fue una de las comunidades pioneras en poner interoperabilidad, que luego se ha ido completando. A día de hoy, todas las comunidades tienen interoperabilidad de receta electrónica en toda España. La cobertura es nacional.

Eso sí, tienen que ser pacientes que dispongan de tarjeta sanitaria. Los que no tienen tarjeta sanitaria, simplemente con el DNI o pasaporte no pueden acceder. Y abarca el 100 por 100 de farmacias del Estado español. En todas se puede obtener la receta electrónica. Lo que no hay es interoperabilidad de la prescripción. Solo de la receta.

Los escenarios de receta electrónica, en el sistema nacional, son dos: La dispensación en Cantabria a pacientes desplazados de otras comunidades autónomas, que pueden acudir a cualquier farmacia y recoger su medicación. Y la dispensación en otra comunidad autónoma, a pacientes de Cantabria. Además, actualmente, nosotros ofertamos en receta, en interoperabilidad, la dispensación a mutualistas de Muface, Isfas y Mugeju, la posibilidad de anulación de la dispensación, la posibilidad de bloqueo cautelar por el farmacéutico; que puede ver a lo mejor que hay dos fármacos iguales y bloquear uno de ellos; la posibilidad de hacer tratamientos confidenciales, que eso no tienen, todas las comunidades autónomas; la dispensación de fórmulas magistrales; la dispensación de vacunas individualizadas. Y el tratamiento activo que está implantado en Cantabria, pero estamos ahora desarrollando la interoperabilidad con otras comunidades.

Este servicio farmacéutico puede también ver los productos no dispensadores y es motivo de una mayor información.

Los requisitos en Cantabria que no están contemplados en receta interoperable es la aplicación del topado a los pensionistas de la dispensación. Es decir, un pensionista en Cantabria acude a una farmacia y le aplican el tope, y no tiene que pagar más que lo que le corresponde. Pero si va a otra comunidad autónoma tiene que pagarlo, aunque luego aquí se le reintegra. Pero no por Cantabria, sino porque no funciona allí, y esta prestación no se puede dar. Algunas comunidades ya lo van incorporando, pero no todas.

La interoperabilidad europea. La receta electrónica. Este servicio lo arrancamos el verano pasado en Cantabria. Ahora bien, no está completado a nivel europeo. A nivel europeo tiene el sistema implantado España, Portugal; España, menos dos comunidades autónomas que no tienen interoperabilidad. Y luego están países como Finlandia, las Repúblicas Bálticas, Polonia, Croacia, Chequia. Y se acaba de incorporar hoy Grecia.

Y luego hay países que lo están implantando como Francia, como Irlanda, como Islandia, como Noruega, como Suecia, Dinamarca, Italia. Esas están en fase de implantación. Sorprende que ni Alemania ni Países Bajos estén haciendo nada por interoperabilidad de receta.

Los servicios que ofrece la interoperabilidad es: identificación del ciudadano, permite el sistema preparado para facilitar la identificación a ciudadanos en las oficinas de farmacia. La tarjeta sanitaria virtual también la incorpora. La gestión de los desplazados, que se hace automáticamente a través de la interoperabilidad; lo que permite controlar la identificación y la finalización del desplazado cuando se va, para que deje de estar activo nuestras bases de datos y evitar que alguien pueda dispensar esa medicación cuando ya se ha ido el desplazado.

La visualización. Nuestro sistema permite que el médico que prescribe visualice las dispensaciones que se han hecho en otras comunidades autónomas, puede verlo, que el paciente se lo ha llevado. Y luego también a través de los servicios de Mi Salud, del paciente de Cantabria puede consultar su tratamiento, aunque esté de vacaciones en Andalucía o en la Comunidad Valenciana, o lo que quiera, y las dispensaciones que le han dicho fuera de... Este es un servicio de la aplicación Mi Salud del servicio cántabro.



El número de dispensaciones que hemos hecho el último año, el año pasado, fueron a pacientes desplazados a Cantabria de otras comunidades: 367.751 dispensaciones. Y a cántabros desplazados a otras comunidades: 30.529.

Las incidencias en el programa de dispensación interoperable son muy pequeñas en Cantabria, representando uno de los porcentajes más bajos del país, en cuanto a incidencias. Y prácticamente nulo, no hemos tenido casi ninguna incidencia en cuanto a la prescripción de los facultativos.

En cuanto a la dispensación internacional, se han dispensado seis recetas de ciudadanos de Portugal y de Finlandia. Y a la inversa, solo se ha registrado una receta de un cántabro que estaba en Portugal.

En cuanto a la interoperabilidad de la historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud y europeo: *Patient Summary*, el servicio cántabro inició este proyecto y lo puso en marcha básicamente a partir de enero de este año.

Tanto este proyecto; sobre todo lo más preocupante de este proyecto es el poco uso que los profesionales hacen de él. Esto es a nivel nacional. Esto es un problema detectado a nivel nacional que tenemos la interoperabilidad, pero los profesionales... Hacen más uso los ciudadanos que los profesionales de acceso a la historia clínica. Empezó en 2013, un primer intento que hubo, que se paralizó. Y en 2020 quedó inoperativo. Y se recuperó a finales de verano, y en otoño del año pasado lo recuperamos. Y lo hemos integrado con Europa, en enero de este año.

La situación es que de los 8 posibles informes que contiene la historia; la historia clínica resumida está operativa desde agosto del año pasado. La historia clínica resumida europea, el acceso a *Patient Summary*, está operativo desde enero de este año. El informe clínico de alta está desde junio de este año con el informe del laboratorio, con el informe de pruebas de imagen y con el informe de cuidados de enfermería. Están disponibles ya desde junio de este año, aunque están en proceso de certificación por el ministerio, pero ya están.

Y quedan pendientes nada más el informe de urgencias, el de atención primaria y el de consultas externas, que son los tres para completar los ocho posibles informes.

También tengo que decirle que en esto somos una de las comunidades más avanzadas y en la disposición de estos informes.

El acceso a la historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud; que no es la historia resumida, que la historia clínica digital, está disponible para profesionales: facultativos médicos y de enfermería. Y el acceso es a través del certificado digital exclusivamente, no puede ser de otra manera. Esto tiene una dificultad, que es la dificultad de emisión de los certificados digitales por parte de la Administración; que, aunque estábamos yendo deprisa, pues tiene el ritmo que tiene. Y eso dado que -lo he dicho antes- los profesionales no solo en usarlo mucho, si encima pues los certificados digitales tardan en llegar, pues dificulta todavía mucho más el uso de la historia clínica.

Entonces, no solo tener la disponibilidad del programa informático, sino también estamos trabajando mucho en conseguir los certificados digitales para todos, para el cien por cien de profesionales. Tenga en cuenta que la licencia de certificados digitales somos la mayoría de personal del Gobierno de Cantabria, donde está el gran volumen.

Los ciudadanos pueden acceder de muy distintas maneras. Puedan acceder con certificado digital, con un sistema clave, con el DNI digital, con clave pin, o con clave permanente. Los ciudadanos de Cantabria solo pueden acceder de esta manera. Los ciudadanos de otras comunidades que tengan informes clínicos en el servicio cántabro tendrán acceso desde su comunidad autónoma, ¿vale?

En cuanto al tema idiomático, efectivamente, se puede pedir la traducción al ministerio, pero bueno también ponemos a disposición Google Translator porque ya no se trata solo de que vengan pacientes con informes en euskera, en catalán, es que viene un croata, un checo o viene un finlandés, o sea el acceso es su idioma y, por tanto, necesitamos tener el Traductor incorporado al sistema para que los profesionales puedan ver.

A los profesionales ya hay más de 2.000 profesionales que han accedido a los cursos de formación que estábamos haciendo intensivos para que se familiarizaran con la herramienta, conforme se les va dando certificado digital se les pone la formación y las incidencias que tiene esta historia son paradójicas, son paradójicas, porque se registran incidencias por parte de los ciudadanos en la plataforma por alguna razón, porque no tienen acceso a ninguno de los informes o lo que sea, pero la resolución de dichas incidencias requiere muchas veces acceder a los informes clínicos y ahí tenemos una barrera de protección de datos. Cuando el paciente exige que se le dé respuesta, si el profesional que va a resolver la incidencia accede a la base de datos, lo que ocurre es que en muchas ocasiones tenemos reclamaciones por haber accedido a su historia clínica, aunque sea para contestarle a su reclamación.

Por tanto, hay un problema y que tenemos que tratar de resolver, porque muchos de los de los profesionales, aunque no sean sanitarios, por el hecho de trabajar en el Servicio Cántabro de Salud para resolver una incidencia a petición del paciente, están autorizados a ceder las reclamaciones que ponen esos no pertinentes, porque oiga, usted, autoriza a ceder



para que le dé solución en su reclamación ahora no me reclame porque una administrativo ha entrado en su historia para solucionar las incidencias. Pero, bueno, se está dando esta paradoja de que tenemos que solucionar el doble. Por lo demás, tampoco hay muchas afortunadamente, son escasas las reclamaciones porque el acceso es bastante bueno.

Nada más, muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (González Revuelta): Gracias, señor consejero.

Para el turno de réplica, tiene la palabra la Sra. Pérez Salazar.

LA SRA. PÉREZ SALAZAR: Gracias, presidenta.

Gracias, señor consejero, por la explicación que nos ha dado, conocíamos y sabíamos lo de la receta electrónica interoperable, claro, nos dicen no a la prescripción, bueno; la historia clínica resumida interoperable también sabíamos, la conocíamos también ésta permite a los profesionales sanitarios de diferentes comunidades autónomas acceder a información clínica relevante de los pacientes como alergias, tratamientos y resultados de pruebas, lo que mejora la atención en seguridad del paciente.

Pues todavía tenemos un reto pendiente, tenemos algún reto pendiente y vamos a ver lo que más nos importaba aquí a nosotros eran los historiales o preguntábamos por los historiales clínicos que son los que se dan verdaderamente los casos.

Conocemos, por ejemplo, algún caso próximo, donde la falta de acceso al historial médico ha producido problemas a pacientes con alergias, con el régimen de medicamentos que los facultativos desconocían, en este caso el hospital de Laredo, usted sabe el contacto que tenemos con la comunidad vecina y esto se suele dar. Un ejemplo grave, pero que se queda pequeño cuando se atiende a pacientes en situación crítica y el tiempo es determinante para asegurar su supervivencia.

Esto nos lleva a preguntarnos hasta la fecha también, cuántas situaciones perjudiciales para los pacientes se habrán producido. Por lo tanto, estamos muy contentos también que se esté trabajando en ello, de que consigamos no en mucho tiempo según usted nos dice que podamos tener esta interoperabilidad.

Y ya para finalizar, al margen del aspecto político al que me refería al final varias comunidades autónomas presentan mayores dificultades de interoperabilidad por diferentes razones, y si lo sabemos eso comunidades con sistemas de información, es de formación propios y más antiguos que el nuestro. Algunas comunidades autónomas, desarrollaron sus propios sistemas de información sanitaria hace años antes de que se establecieran estándares nacionales de interoperabilidad. Estos sistemas pueden ser más difíciles de adaptar y conectar también con los sistemas de otras comunidades, comunidades con menor inversión en tecnología sanitaria, que también es importante ustedes cuando se reúnan todos los consejeros, pues también habrá que hablar un poquito de esto.

La inversión en tecnología sanitaria a entre comunidades autónomas, aquellas con menor inversión, pues desde dificultades para actualizar sus sistemas y cumplir con los requisitos de interoperabilidad, comunidades con menor grado de digitalización de la historia clínica. La digitalización de la historia clínica es un requisito fundamental para la interoperabilidad, las comunidades autónomas con un menor grado de digitalización pueden tener dificultades para compartir información clínica con otros sistemas.

La colaboración entre comunidades, la adopción de estándares comunes en la inversión en tecnologías, son claves para superar estos retos y lograr un sistema de salud más interconectado y eficiente en toda España.

Finalmente, recibieron su aspecto político y sin duda, el mayor responsable de la de la actual situación, pensaremos saber, con todo lo que nos ha dicho señor consejero, si presentamos moción para la semana que viene.

Gracias por su información.

Gracias, señora presidenta.

LA SRA. PRESIDENTA (González Revuelta): Gracias, señora diputada.

Para el turno de dúplica, tiene la palabra el consejero de Salud, Sr. Pascual.

EL SR. CONSEJERO (Pascual Fernández): Gracias, señora presidenta.

Señoría, como le he dicho antes, la interoperabilidad es un camino sin retorno, no hay, no hay, no hay opción para seguir para parar y es cierto que el ritmo de inversiones en nuestro país es muy alto, muy superior al del resto de países



Europeos y de nuestro entorno y además hay una estrategia nacional vinculada a la estrategia de salud digital, con lo cual también recibimos fondos de la Unión Europea y del Estado para seguir avanzando en esto. Pero, aunque vamos avanzando a un ritmo muy elevado, tanto en el desarrollo de programas, en este momento nuestra prioridad es la usabilidad, es decir, no tenerlo disponible, sino que sean usadas con muchísima más y que haya la posibilidad de acceso a todas.

El problema es que la aprobación del reglamento europeo de protección de datos cuando se aprobó introdujo algunas modificaciones que hubo que hacer a la hora de la usabilidad para los registros de los profesionales que accedían, y por eso el certificado digital obligatorio para que queden los registros del acceso a la información de los datos protegidos. Eso es verdad que supuso un pequeño freno, pero bueno, yo creo que el ritmo que lleva España y que llevan las comunidades es comparado con países de nuestro entorno, no tenemos nada que envidiar, al contrario, somos los estamos liderando la estrategia de salud digital en Europa.

Que queda camino, claro que queda camino, porque también partimos de una situación que no existía ningún tipo de operabilidad, pacientes se desplazaba y no se podía acceder a la información, salvo que pidiera una copia en la historia y fuera con la carpeta en la mano, y la llevara al sitio donde iban.

Los estándares ya están aprobados y consensuados con las comunidades y aceptados por todas las comunidades. Por tanto, ese es un camino que está ya andado y se va incorporando y, por tanto, van a ser cada día más fáciles.

Y lo que sí tengo que decirle es que la historia clínica digital está plenamente implantada en todo el país, en todos no hay ninguna, incluso la privada. Este es el otro gran reto que tenemos por delante, la interoperabilidad con las historias clínicas de los pacientes de la sanidad privada, que está ahí y que vamos a abordar ya desde el ministerio ya hay un plan para trabajar en las comunidades autónomas, pues van a abordar también. Al final no es más que buscar las interfaces que permitan la comunicación a través de la correcta identificación de los pacientes y respetando el derecho.

Por tanto, en Cantabria concretamente vamos a seguir trabajando, como hemos anunciado ya, tenemos un proyecto de ley de salud digital que nos va a permitir solventar algunas de las dificultades técnicas, porque vamos a dotarnos de la seguridad jurídica que nos permita avanzar y aunque no es una ley dirigida específicamente a esto, pero sí podemos aprovecharnos en alguna de las consideraciones para hacer el sistema más rápido y más flexible.

El problema es que tenemos que tener una contraparte que nos permita acceder al mismo nivel que estamos nosotros, porque si vamos solos muy altos, está muy bien para los ciudadanos cántabros que se desplazan, pero el ciudadano que viene aquí de otros sitios y la información a la que accedo es mucho más limitada de la que nosotros podemos hacer, pues pierde un poco de valor la interoperabilidad.

Pero bueno, yo estoy completamente convencido que hoy en día habrá soluciones informáticas para poderlo integrar y que poco a poco, el problema radica en dos o tres países europeos que no, que por las razones que sean, han decidido no incorporarse al proyecto y que desgraciadamente esos ciudadanos pues no, no van a poder acceder.

Y desgraciadamente los cántabros que viajen a esos países, pues tampoco van a tener en la recíproca de que puedan acceder desde allí, si les ocurre algo, a nuestras historias. Pero eso ya es una decisión de país. Aunque la Unión Europea, bueno, están preparando una directiva de obligado cumplimiento para que esto no pueda ocurrir y todo se incorporen. Lo cierto es que ya van a ir con mucho retraso.

Nada más. Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (González Revuelta): Gracias señor consejero.