



**SESIÓN PLENARIA**

**4.- Interpelación N.º 54, relativa a criterios en relación con el modelo de atención a la cronicidad, presentada por el Grupo Parlamentario Popular. [9L/4100-0054]**

LA SRA. PRESIDENTA (Gorostiaga Saiz): Pasamos al punto cuarto del orden del día.

Sr. Secretario.

EL SR. CARRANCIO DULANTO: Interpelación N.º 54, relativa a criterios en relación con el modelo de atención a la cronicidad, presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

LA SRA. PRESIDENTA (Gorostiaga Saiz): Turno de exposición del Grupo Parlamentario Popular. Tiene la palabra D.ª María José Sáenz de Buruaga.

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: Gracias Sra. Presidenta. Señoras y señores Diputados.

En Cantabria como en España, el patrón epidemiológico está cambiando con un progresivo predominio de las afecciones crónicas sobre las agudas. Enfermedades crónicas que como ustedes saben son las responsables de hasta el 80 por ciento de las consultas de atención primaria, de aproximadamente el 60 por ciento de los ingresos hospitalarios y de más del 70 por ciento del gasto sanitario total. Que tenderá a aumentar en las próximas décadas dado el contexto de demanda asistencial creciente, gasto farmacéutico excesivo y elevado coste tecnológico.

Es incuestionable, el abordaje de las enfermedades crónicas representa hoy el principal desafío estructural para nuestro sistema sanitario público. O dicho de otro modo, la transformación hacia un modelo mejor preparado para afrontar la prevención y la gestión de las condiciones de salud crónicas es imprescindible, si pretendemos un Sistema Nacional de Salud sostenible que pueda seguir siendo referente en todo el mundo y cumpliendo su función social.

Y es que partimos de un modelo asistencial diseñado para responder a la patología aguda; un modelo centrado en la enfermedad y en el proceso asistencial, paternalista con el paciente, predominantemente curativo, rígido en su estructura organizativa y obstinadamente hospitalocéntrico. Un modelo excesivamente fragmentado en superespecialidades, niveles y estructuras estancas mal conectadas, de roles definidos e inamovibles y dominado por la falta de comunicación.

Un modelo, en definitiva, que ya no es el adecuado para responder con eficacia y eficiencia a los retos que plantea la realidad social y sanitaria actual y que forzosamente exige un cambio de paradigma.

Debíamos iniciar cuanto antes y por eso iniciamos un cambio de modelo asistencial. Ese tránsito necesario hacia una atención sanitaria integrada en torno al paciente, pensada para un usuario informado y empoderado, desarrollada en el ámbito comunitario, continuada y proactiva. Un modelo centrado ahora en la persona, en la atención de sus necesidades y favorecedor de su autonomía personal. Un modelo integrado y coordinado, en el que los servicios sanitarios de atención primaria y hospitalaria sean un todo con los servicios sociales que garantice la continuidad asistencial y de cuidados con la máxima participación del paciente y de su entorno. Que exige fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios, crear nuevos roles profesionales y potenciar al máximo la atención primaria de salud como eje de la atención a la persona con enfermedad crónica y gestora de su proceso sanitario.

Ésta es nuestra visión de la atención a la cronicidad. Éste nuestro modelo y éstos nuestros principios y criterios. Y en coherencia con todos ellos hemos dado, dimos algunos pasos cruciales a lo largo de los últimos años.

En primer lugar, potenciar como nunca antes la coordinación sociosanitaria. Y es que como ustedes saben, integramos bajo una misma Consejería: las competencias de Sanidad y Servicios Sociales, en beneficio de una perspectiva mucho más global y coordinada del espacio del bienestar.

Y lo hicimos pensando fundamentalmente en la atención a la cronicidad. Una integración organizativa que derivó en una integración de relación, de información y de gestión que contribuyó significativamente a aproximar dos servicios, que a pesar de sus múltiples diferencias: la Sanidad y los Servicios Sociales, han de trabajar juntos y de forma integrada entorno al usuario o al paciente.

En segundo lugar, dotarnos de instrumentos de planificación estratégica hasta entonces inexistentes. Por la sencilla razón -saben que era una máxima de quien les habla- no hay viento favorable para el que no sabe dónde va, me refiero al Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019; una herramienta participada y consensuada con más de 200 profesionales pertenecientes al sistema, llamada a ejercer de guía y motor del cambio y que generó una altísima e



imprescindible implicación profesional. Y me refiero a la estrategia de atención primaria que perfectamente alineada con dicho plan, es la responsable de haber impulsado cambios importantes en el primer nivel asistencial.

En tercer lugar, las necesidades de este nuevo modelo asistencial requieren del diseño e incorporación de nuevos roles profesionales. Me estoy refiriendo a la definición de las competencias y habilidades para cada uno de los profesionales, de los equipos de trabajo multidisciplinares, que han de intervenir en la atención al paciente crónico. Y me estoy refiriendo al desarrollo de nuevas figuras y nuevas funciones profesionales que, en ningún caso, puede abordarse al margen de los mismos, al margen de los profesionales, porque no hay cambio de modelo posible -y esto es muy básico- sin los profesionales como aliados, sin profesionales implicados.

Sobre esa firme convicción, se asienta el pacto profesional por la sanidad pública de Cantabria que con ellos suscribimos en enero de 2015. Esa hoja de ruta conjunta que, por primera vez en la historia de nuestra Comunidad Autónoma, implica a los representantes de más de 7.000 profesionales médicos y enfermeros de nuestro sistema autonómico de salud y que por primera vez también, fija objetivos profesionales, superando el alcance y los efectos por tanto de cualquier pacto sindical.

Este pacto profesional que el Gobierno de Cantabria ha despreciado y dinamitado -diría yo-, era la mejor garantía para abordar de forma compartida y con acierto los retos de futuro de nuestro sistema sanitario y de la sociedad, especialmente la atención a la cronicidad.

Hoy son los propios médicos de atención primaria, quienes manifiestan que la política del Departamento de Sanidad y la ruptura de cualquier interlocución con el colectivo, imposibilita la implantación de dicha estrategia, la estrategia de atención a la cronicidad.

En cuarto lugar, señores y señoras Diputados, el cambio de modelo asistencial requiere un cambio cultural desde la base, que afecta a la visión que tenemos del paciente y que debe traducirse en un nuevo modelo de relación con los profesionales, potenciando la capacitación y responsabilidad del paciente, incrementando el autocuidado y favoreciendo la toma de decisiones compartidas.

El modelo se basa, por tanto, en ofrecer recursos mediante la promoción y educación en salud, al ciudadano, al paciente y a su familia.

Y de ahí la puesta en marcha durante la pasada Legislatura de un proyecto tan potente e innovador como la Escuela Cántabra de Salud, que lejos de consolidarse, parece haber pasado a la historia.

En quinto lugar, la atención a la cronicidad exige contar con alternativas a la asistencia sanitaria tradicional para el paciente crónico; unidades hospitalarias que aseguren la continuidad asistencial y de cuidados del paciente pluripatológico y unidades específicas de convalecencia y recuperación funcional para los pacientes crónicos complejos con deterioro funcional.

Conscientes de esa necesidad y anticipándonos a la puesta en funcionamiento del nuevo Valdecilla, abordamos la redefinición del papel del Hospital de Liencres que a todas luces se configura y se ha demostrado como el recurso más idóneo para responder a las necesidades en atención especializada de pacientes subagudos; es decir, pacientes crónicos que sufran un proceso de reagudización de su enfermedad y que no puedan ser atendidos en su domicilio, que como sabemos, para todos es el lugar preferente.

Desconozco y desconfío profundamente de los planes de este Gobierno para el Hospital de Liencres. Pero sus hechos a día de hoy, hablan por sí solos. Y hablan de un recurso público infrautilizado y del progresivo desmantelamiento de un proyecto, con la planta dos de medicina interna, en la planta tres aún queda la Unidad de Geriátrica, un proyecto necesario, eficiente y altamente valorado por usuarios y profesionales.

Para finalizar, en todo este modelo basado en la integración, coordinación y continuidad asistencial, requiere de su soporte vital, que son las tecnologías de la información y de la comunicación, tecnologías facilitadoras del cambio, de ese cambio de modelo asistencial del que les hablo.

Nuestro Plan de atención a la cronicidad, define como estratégicas dos herramientas: El proyecto de estratificación de la población, que responde al objetivo de establecer de forma dinámica el riesgo de cada uno de los habitantes de nuestra Comunidad y de esta manera seleccionar aquellas poblaciones sobre las que hay que diseñar diferentes intervenciones, en función de sus características; características diferenciales, un hito que conseguimos resolver con éxito.

Y la historia clínica electrónica compartida, donde los avances producidos a lo largo de los últimos cuatro años, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, han sido extraordinarios.



Avance que se complementan con la puesta en marcha de varias iniciativas, en el ámbito de la telemedicina, entre atención primaria y especializada u hospitalaria, como: la teleradiología entre el centro penitenciarios del Dueso y el Hospital Valdecilla; como la telesiquiatría entre el centro de salud de Liébana y el Hospital Sierrallana; o como la teleoftalmología, teleretinografía, entre el centro de salud Cotoilino II de Castro Urdiales y el Hospital de Laredo.

Señoras y Señores Diputados, ese es nuestro modelo y esta ha sido nuestra humilde contribución al mismo.

Se acercan ustedes al primer año, a su primer año de Gobierno, de responsabilidad. Y a estas alturas no hemos visto acción ni hemos percibido avance alguno al respecto. De ahí esta interpelación.

Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Gorostiaga Saiz): Gracias, Sra. Sáenz de Buruaga.

Contestación del Gobierno. Tiene la palabra la Consejera de Sanidad. Tiene la palabra D<sup>a</sup> Maria Luisa Real.

LA SRA. CONSEJERA (Real González): Presidenta. Señorías. Buenas tardes.

Sra. Buruaga, nuestra relación va a ser curiosa durante toda la legislatura. Porque ¡claro! es que el tema es que mientras usted era Consejera de Sanidad, yo era profesional en el Servicio Cántabro de Salud. Entonces, conozco perfectamente las cosas que se hicieron en la legislatura y las que no se hicieron en la legislatura.

Bien. Refiriéndome a su interpelación, durante mi comparecencia en la Comisión de Sanidad, el 25 de septiembre, para informar sobre los proyectos de la Consejería, manifesté mi compromiso -y así consta en el Diario de Sesiones- de implantar en Cantabria una estrategia para la atención integral para las personas con pluripatología y enfermedades crónicas, que permita a la planificación de medidas de gestión y la evaluación de resultados desde una perspectiva de gestión integrada y continuidad asistencial que abarque la salud pública, los servicios sanitarios y los sociales.

Por tanto, me referiré a los criterios para implantar esta estrategia de atención integrada a la cronicidad durante mi intervención.

Como aquí usted ha dicho, datos como el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento progresivo de la población, el aumento del índice de dependencia y la pluripatología de las enfermedades crónicas son conocidos tanto por los gestores como por los profesionales sanitarios y por los ciudadanos en general.

Y dado que la mayoría de los actos sanitarios, tanto en atención primaria como en urgencias o en atención hospitalaria, se prestan a pacientes crónicos o pluripatológicos, existe bastante consenso en la actualidad en que es necesario modificar el actual sistema sanitario centrado en la atención y resolución de problemas agudos y debe ir modificándose para responder a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad.

Los datos aportados por el tercer barómetro excrónicos, publicados hace unos días, -ésta es la única encuesta nacional en España que evalúa la calidad de la asistencia sanitaria a los pacientes crónicos- revela que nueve de cada diez pacientes piden cambios en el sistema nacional de salud, para atender a los pacientes crónicos y cinco de cada diez, dicen que estos cambios deben ser importantes.

En este marco, ya en enero del 2011, se presentó en Sevilla, la estrategia para la atención del paciente crónico, suscrito por todas las Comunidades Autónomas. Y en el 2012, el Ministerio de Sanidad, elabora la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud.

En nuestra Comunidad Autónoma, en el 2011 y atendiendo a la estrategia para la atención del paciente crónico, suscrita por todas las Comunidades Autónomas, se elabora el documento, proyecto, para la atención de personas con patologías crónicas.

Y efectivamente, en el año 2012, se inician los trabajos del Plan de atención a la cronicidad de Cantabria, que se publica en el 2015.

Este documento, el Plan de atención a la cronicidad de Cantabria, Sra. Buruaga, es un buen documento. Es un buen documento de diagnóstico y de recopilación de medidas que nos sirve de excelente punto de partida para ahora implantar las estrategias de la atención a la cronicidad en Cantabria.

Una estrategia que, como decía al principio, permite la planificación de medidas de gestión y de evaluación de resultados, según la efectividad de las intervenciones, desde una perspectiva de continuidad asistencial, que abarque la salud pública, los servicios sanitarios y los sociales como me comprometí en la comparecencia, en la Comisión de Sanidad.



Considero que el documento, el Plan como he dicho, es un buen documento de diagnóstico y recopilación de medidas. Pero Sra. Buruaga, tras el diagnóstico y la recopilación de medidas que contiene el Plan, quedaban por establecer una selección de prioridades; los cronogramas de implantación de las mismas. Y faltaba igualmente desarrollar la estructura y los equipos para implantar la estrategia de atención a la cronicidad, así como el capítulo de los indicadores de evaluación.

Este último aspecto, la evaluación, apenas esbozados en unas líneas en el documento del Plan, es de una importancia capital para poder conocer en qué medida las actuaciones tienen repercusión en resultados, en eficiencia, etc.

Todo esto, Señorías, es lo que denominamos "Estrategia de atención a la cronicidad" y es lo que estamos desarrollando en la actualidad.

Sra. Buruaga, la estrategia de atención a la cronicidad no desmerece el contenido del Plan salvo por la ausencia de evaluación. Y desde luego no justifica su inmerecida desconfianza en la misma.

En la implantación de la estrategia de atención a la cronicidad se han establecido cinco líneas fundamentales de actuación: adopción de un enfoque poblacional; garantía de la continuidad y la integración asistencial; potenciación del papel del paciente activo, responsable y autónomo; priorización de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; intervenciones adaptadas a las necesidades y prioridades del paciente y a la eficiencia del sistema e innovación en cronicidad.

Estas líneas de actuación se organizan operativamente en doce intervenciones o proyectos: rutas del paciente crónico, programas de cuidado responsable, intervenciones de prevención y promoción, estratificación de la población, historia clínica electrónica, nuevas tareas y competencias profesionales, alternativas a la hospitalización tradicional, coordinación con servicios sociales, compromiso de gestión y receta electrónica y evaluación de los resultados.

Los tres primeros proyectos son claves, ya que en ellos se produce la interacción de los profesionales del sistema con los pacientes y los cuidadores. Los demás proyectos persiguen que la interacción mencionada sea lo más eficiente y satisfactoria para todos los intervinientes.

El tiempo disponible no me permite desarrollar todos estos puntos con los que me voy a limitar a dar unas pinceladas sobre los que considero más relevantes.

La primera intervención en la estrategia es la elaboración de las rutas de atención al paciente crónico. El diseño de las rutas asistenciales se realiza contando con la participación y el compromiso de los profesionales, ya que es el propio equipo de profesionales expertos quien diseña la ruta y el que posteriormente realiza el despliegue, la implantación y el seguimiento de la misma.

En cada ruta asistencial se incluye el acceso y seguimiento de las pruebas diagnósticas y terapéuticas correspondientes. En este sentido, a partir del día 1 de junio y con objeto de aumentar la capacidad de resolución de atención primaria y la coordinación con atención hospitalaria, la solicitud de pruebas diagnósticas estará sujeta a protocolos comunes tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, mejorando con ello la seguridad del paciente y evitando la desigualdad en la atención sanitaria.

Igualmente y de forma progresiva se ampliarán y acercarán al ciudadano las herramientas de trabajo a disposición de los profesionales en los Centros de Salud y Consultorios periféricos, dotando a todos ellos: Centro de Salud y Consultorios de electrocardiograma, mapas, desfibriladores y ecógrafos entre otros.

En estos momentos se encuentran en diferentes etapas de desarrollo e implantación, las rutas del paciente pluripatológico, del EPOC, de la fibrilación auricular y de la insuficiencia cardíaca.

La segunda intervención es la elaboración del programa "Cuidado responsable". Se está diseñando un modelo basado en el liderazgo de los pacientes y con la colaboración de médicos, enfermeras y otros profesionales del ámbito socio sanitario.

El objetivo es contar con el mayor número posible de pacientes responsables, protagonistas del cuidado de su salud y la gestión de su enfermedad.

En este sentido la Escuela Cántabra de Salud -tranquilícese Sra. Buruaga- adaptará sus contenidos para servir de medio para la gestión y comunicación del programa del Cuidado responsable.

También participará en el Programa, el hospital virtual con la formación de formadores, comenzando el primer taller de formadores el día 14, 15 y 16 de junio.



Respecto a la historia clínica electrónica, ésta es una intervención fundamental. Se está trabajando activamente en la unificación de las redes informáticas, con el objetivo de conseguir la integración y la posibilidad de compartir el mismo modelo desde todos los puntos de atención: primaria y hospitales.

En atención primaria, aunque el OMI está implantado en todos los centros se trata de bases descentralizadas, lo que complica su relación con otros programas asistenciales. Actualmente se está desarrollando el proyecto de centralización del OMI en una única base de datos.

En atención hospitalaria está previsto completar a finales de 2016, el despliegue de la historia electrónica Altamira. Le doy algunos datos al respecto.

En junio de 2015, la cobertura de la historia clínica en el hospital, la historia clínica electrónica en el hospital, era de 30 por ciento en Valdecilla, 29 por ciento en Sierrallana y 21 por ciento en Laredo. En la actualidad, la cobertura alcanza el 70 por ciento en Valdecilla, el 50 por ciento en Sierrallana y el 61 por ciento en Laredo. Y como digo, el objetivo es que a finales de 2016 se haya completado la historia clínica electrónica en el cien por cien de los hospitales.

Respecto al proceso de nuevas tareas profesionales y alternativas a la hospitalización tradicional, más que nuevas tareas -como usted ha dicho aquí- se trata de tareas organizadas de otra forma dentro del nuevo modelo planteado. Entre ellas, el médico de referencia hospitalario. En la actualidad, hay dos internistas de referencia; uno para cada uno de los dos Centros de Salud, donde en junio se va a iniciar el proyecto piloto de asistencia integrada a la cronicidad, que son Camargo Costa y Bezana.

El objetivo es que cada internista tenga asignados cinco o seis centros. Por lo tanto, puesto que hay 42 Centros de Salud, finalmente se contarán con ocho o nueve internistas de referencia.

La enfermera de enlace hospitalario que coordina el alta de los pacientes crónicos complejos con la enfermería de atención primaria o del centro residencial. Actualmente ya hay designada una enfermera en Valdecilla para actuar de enlace con estos dos centros que he comentado.

La consulta no presencial, consulta realizada vía historia OMI con respuesta por la misma vía en 72 horas; la prehospitalización en el Hospital de Día; ingreso en camas de alta resolución de hasta cinco días; camas de media-larga estancia, gestionadas por el internista de referencia; alta hospitalaria coordinada entre la enfermera de enlace hospitalario y la enfermera de atención primaria. Y contactos de atención primaria antes de las 48 horas del alta.

En relación a los TIC y partiendo de las experiencias previas de la teleconsulta que usted ha referido, se están implantando canales tecnológicos que permitan interactuar el paciente con los profesionales del sistema sanitario. Así, por ejemplo, se va a iniciar el Consejo Sanitario, cuyo pilotaje empezará en octubre con el 061. Y extendiendo la teleconsulta de psiquiatría, está ya desde enero en la zona del Nansa y en Mataporquera.

Y junto a ellos, se instauran otros canales de comunicación clínica entre profesionales como la extensión de la retinografía, a las áreas de Santander y Laredo. Y la teledermatología que comenzará con un proyecto piloto en junio, en el Centro de Salud de Nueva Montaña.

En este ámbito, la consulta no presencial se extenderá paulatinamente a todas las especialidades hospitalarias. También se contemplan herramientas que faciliten espacios colaborativos virtuales entre profesionales, para el trabajo de grupos y equipos, dotando a los Centros de Salud de equipamiento para reuniones virtuales; concretamente se comenzará en junio en los dos Centros de Salud donde se va a iniciar el proyecto piloto de asistencia integrada a la cronicidad que como he dicho va a ser Camargo Costa y Bezana.

Bueno, hay más temas pero se me acaba el tiempo. Gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Gorostiaga Saiz): Gracias Sra. Consejera.

Turno de réplica.

La Sra. Diputada no hace uso del turno de réplica.

Y por tanto, Señorías, concluido el orden del día se levanta la sesión.

(Finaliza la sesión a las dieciocho horas y dieciséis minutos)