



**ACTA**

De la reunión del

**CONSEJO CASTELLANO Y LEONÉS DE SALUD**

Celebrada el día 10 de septiembre de 2013

En el Salón de Actos de la Consejería de Sanidad, siendo las 11:30 horas del día 10 de septiembre de 2013, se reúnen los miembros del Consejo Castellano y Leonés de Salud, que figuran en el Anexo de esta Acta, para desarrollar una sesión de trabajo con el siguiente Orden del día:

1. Constitución del consejo Castellano y Leonés de Salud.
2. Proyecto de Decreto de creación del Área de Salud de Valladolid.
3. Proyecto de Orden por la que se determina la atención farmacéutica continuada de las oficinas de farmacia.
4. Constitución de la Comisión Permanente del Consejo.
5. Delegación de funciones en la Comisión Permanente.
6. Otros temas de interés (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Gestión Clínica, Programa de cribado del cáncer de colon).
7. Ruegos y preguntas.

Abre la sesión el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad D. Antonio María Sáez Aguado dando la bienvenida a todos los asistentes. Pide disculpas por el retraso en comenzar la sesión ya que ha estado atendiendo a los medios de comunicación interesados en la constitución del nuevo Consejo Castellano y Leonés de Salud que, recuerda a los asistentes, sustituye al anterior Consejo Regional de Salud en virtud de la Ley de Medidas, la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León y la Ley de Creación de la Gerencia Regional de Salud.

**PUNTO PRIMERO.- CONSTITUCIÓN DEL CONSEJO CASTELLANO Y LEONES DE SALUD.**

Continúa el Consejero exponiendo que si bien hasta este momento se ha operado a través de dos órganos de participación: el Consejo Regional de Salud y la Comisión General de la Gerencia Regional de Salud en aras de una simplificación de los órganos administrativos, se crea el nuevo Consejo de Salud de Castilla y León que mantiene la representación de los distintos sectores sociales y sanitarios además de hacerlo más operativo. Añade que la representación se ha ampliado con otros miembros: colegios profesionales; federación de vecinos y CERMI de Castilla y León que antes acudían como invitados y ahora lo hacen como miembros y la Federación de Diabéticos de Castilla y León, en presentación de las asociaciones de enfermos.

Aclara que la constitución de la Comisión Permanente, que se tratará en otro punto del Orden del día, será un órgano más rápido en la participación y control.

El Consejero de Sanidad se dirige a los asistentes para dar por constituido el nuevo Consejo Castellano y Leonés de Salud y pasar posteriormente al segundo punto del orden del día.

## **PUNTO SEGUNDO.- PROYECTO DE DECRETO DE CREACIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE VALLADOLID.**

El Consejero anuncia a los miembros del Consejo que se quiere aprovechar esta reunión para informar del proyecto de decreto del área de salud de Valladolid, trasladado ya a la Mesa Sectorial sanitaria y a los consejos de salud de las actuales áreas, este y oeste de Valladolid.

Informa de que este proyecto no forma, ya, parte de las medidas de ajuste presupuestario para el cumplimiento de los objetivos de déficit, sino que tiene que ver con la mejora organizativa del sistema sanitario en Valladolid. El propósito de la medida, continua, es facilitar la integración de la asistencia hospitalaria. Expone que en Valladolid hay tres hospitales públicos (Hospital Clínico, Hospital Río Hortega y Hospital de Medina del Campo), dos medianos y uno pequeño y el objetivo es crear un Complejo Asistencial que integre a los tres, y que, fundamentalmente los dos de Valladolid capital, comparten equipos y se reduzcan algunas duplicidades y así avanzar en la mejora de las prestaciones e incluso incorporar algunas nuevas. Explica que la Sanidad Pública en acceso a determinadas tecnologías o procedimientos se plantea en términos de un número mínimo de casos, solo posible con un aumento de población. Pone como ejemplo que el H. Clínico hace trasplante renal y el H. Río Hortega trasplante hepático, pero que hay profesionales que plantean el trasplante hepato-renal, que no sería posible si no somos capaces de integrar los equipos de los dos hospitales.

Prosigue con su exposición, explicando que esta integración no modifica la atención primaria que mantiene las 42 zonas básicas de salud con sus 42 centros.

Comenta que se han recibido alegaciones de distintas entidades que se están analizando incluso en los Consejos de Salud de Área en los que se ha expuesto la preocupación por la repercusión de este decreto en los puestos de trabajo y reitera que se va a seguir estudiando y valorando las proposiciones para mejorar e incluso modificar el proyecto. Siempre teniendo en cuenta, añade, que los dos hospitales de Valladolid desarrolle su futuro sin darse la espalda. Indica a los asistentes que las conclusiones se llevarán al Consejo o a su Comisión Permanente, lo que corresponda.

Finalmente añade que estos procesos de integración ya se han llevado a cabo en otras provincias: León, Salamanca, Ávila, Burgos,... y no ha habido impacto importante en el empleo.

Se dirige a los asistentes por si tienen alguna pregunta.



Toma la palabra D. Luis Antonio Gómez Iglesias, representante del Ayuntamiento de Valladolid, para puntualizar que con la creación de este nuevo Complejo Asistencial, puede producirse la paradoja de que pacientes crónicos, con alta dependencia y unión con su médico habitual, con el nuevo modelo de movilidad del personal deban cambiarse de especialista. Solicita, en nombre de la FRMP y del ayuntamiento de Valladolid, se tenga en cuenta esta circunstancia y se permita ejercer el derecho a la libre elección de especialista para mantener así la relación médico-paciente.

Entrega así mismo un escrito que recoge la petición expuesta y que se añade a esta acta como Anexo II

Comenta el Consejero que le parece razonable la petición. Recuerda que en algunas modificaciones anteriores del mapa sanitario quizás no se mantuvieran la elección de especialista, pero se intentará. Además, los tiempos de transición serán prolongados por los que la relación médico-paciente, en su opinión, se podrá mantener.

Solicita a los asistentes, que propuestas concretas pueden enviarlas a la Consejería por escrito para su consideración.

Pide ahora la palabra D. Pablo Vicente Vidal, representante de CC.OO Castilla y León. Comienza solicitando al Consejero que para la próxima reunión del Consejo se busque un salón donde todos puedan estar más cómodos y no en diferentes alturas. Si fuera posible, añade, un lugar público en el que todos estén en las mismas condiciones.

Respecto al tema que se está tratando, expone su duda de que esta medida no responda a un nuevo recorte. Si de verdad no es así, la medida estaría incluida en la línea estratégica y objetivos de la Gerencia de comienzo de la legislatura. Reitera que en su opinión es un nuevo recorte.

Puntualiza a todos que si bien el decreto ha pasado por la Mesa Sectorial, lo que no ha comentado el Consejero es que tuvo el rechazo unánime de todos los representantes de los profesionales, que consideraron la medida innecesaria, además de que para conseguir los objetivos enumerados en el proyecto no es necesaria la integración de las áreas.

Añade que le produce alegría la creación de un nuevo marco de negociación y espera que se alcance el consenso necesario para que la medida se lleve a cabo con la colaboración de todos los profesionales de la sanidad.

El Consejero, solicita a CC.OO. que las propuestas las envíen por escrito para poder incorporarlas al debate. Repite que el objetivo básico es la integración y la mejora en el funcionamiento de los hospitales (evitar duplicidades, generar sinergias,...) y, recuerda que la creación de otros complejos asistenciales no solo no ha supuesto reducción de plantilla sino todo lo contrario, porque el objetivo no era reducir puestos de trabajo, sino ordenar la asistencia.

Propone reunirse y disipar dudas.

Toma ahora la palabra D. Mauro Rodríguez Rodríguez, representante de CEMSCYL, que comienza poniendo en duda la legalidad de la medida.

Respecto a la medida, pregunta: en un primer lugar, si se van a unificar puntos de guardia para determinadas especialidades y si eso afectará a los pacientes y, en segundo lugar, cómo van a quedar las gerencias, la estructura gerencial, puntualiza.

Reitera la preocupación del sindicato médico en cuanto a la movilidad de los profesionales y su estabilidad jurídica y estatutaria.

Reconoce el Consejero que no puede dar una respuesta sobre las guardias porque dependerá del proceso de integración. Sin embargo, si puede afirmar que, por ejemplo, si se llega a hacer trasplante hepato-renal no puede haber dos guardias. Aclara que los servicios no se van a trasladar a uno u otro hospital en función de la especialidad. Por ejemplo, comenta, en ambos hospitales debe haber servicio de cardiología y cardiólogos. Sin embargo, añade, que de forma natural uno de los dos hospitales se ha ido especializado en determinados procedimientos y pone de ejemplo el servicio de cardiología del H. Clínico que con sus pruebas de hemodinámica atiende a toda la población porque es un tipo de prueba que requiere un determinado número de casos que solo son posibles con una mayor población, explica que en este caso se amplía para incluir a Palencia y Segovia.

Comenta que es un proceso que necesita consenso entre los profesionales, y confiesa que hasta el momento, ha habido poco entendimiento entre los profesionales de ambos hospitales, pero conviene ir "tendiendo puentes". Lo importante son las sinergias que puedan surgir de la colaboración entre ambos.

Respecto a la estabilidad, afirma que esta medida no supone modificación en la vinculación de los profesionales. Explica que el número de camas de los hospitales no va a variar y se necesitarán los profesionales suficientes para atenderlas. Si hay algún cambio, será en alguna unidad pero no de forma generalizada.

Pide la palabra D<sup>a</sup> Silvia Sáez Belloso, representante de SATSE y comenta, como en la mesa sectorial, que si la medida se ha hecho por dos motivos principales: mejorar la organización y mejorar la asistencia al usuario, en su opinión "se ha empezado la casa por el tejado" porque al final los que conocen los problemas son los usuarios y los profesionales, tanto en el aspecto asistencial como organizativo y eso es lo que solicitan, una consulta a los actores principales: usuarios y profesionales, para que cuenten los problemas y propongan soluciones.

Por otro lado solicita al Gerente Regional, junto con el compromiso del Consejero, que si no hay inseguridad para los profesionales, cuando se produzca la unificación de área, de servicios,... haya una información directa a los profesionales a través de los representantes de los trabajadores habilitando unas instrucciones que dejen claro la seguridad de los trabajadores.

Finalmente también demanda al Consejero que aclare a usuarios y profesionales del sistema porque no se les ha pedido opinión para preparar esta medida.

Retoma el Consejero la palabra para matizar que usuarios y profesionales conocen como está organizada la asistencia hospitalaria, pero la Consejería de Sanidad también.

Respecto a la solicitud de información a los trabajadores por los cambios, muestra su total conformidad. Reitera que esos cambios, no generales, se producirán, en alguna medida, por acuerdos entre los profesionales. Explica que la Consejería no tiene aún un criterio definido sobre si, por ejemplo es mejor tener una o dos unidades de arritmias y para ello se consultará los datos de los expertos, sociedades científicas, .... Es decir, concluye, un proceso muy profesional. Por supuesto, reitera, cualquier información se llevará a la mesa sectorial. De hecho, explica, lo que se hace en la mesa sectorial, los consejos de área, y en este Consejo es informar de cómo se va a llevar a cabo ese proceso.



Solicita la palabra D. Belarmino Rodríguez Pérez, representante de UGT Castilla y León que repite, como en otros foros del sector, el desacuerdo de la organización que representa con el borrador de decreto del área única de Valladolid. Añade que no es por capricho y que la UGT tiene muchas dudas al respecto. Entre otras, señala que se alude al art. 56 de la Ley de Sanidad que regula el número de habitantes necesario para crear un área de salud, y en este decreto, parece que se va al revés. Con los datos demográficos, Valladolid supera el número de habitantes que corresponderían a dos áreas de salud, por lo que se debería crear un área más y no reducirse. Por tanto no se entiende que se usen factores demográficos y socioeconómicos para justificar un cambio, que en su opinión es importante y va ir en detrimento, tanto de la calidad asistencial, como de las condiciones laborales de los trabajadores.

En referencia a los procesos de integración de hospitales en otras provincias, señala que éstas solo tenían un área.

En cuanto a unificar servicios, no es necesario, ya existen las unidades de referencia: cirugía cardíaca, cirugía torácica, hemodinámica y no se ha generado ningún problema.

Recalca que si la preocupación es la satisfacción del usuario, señala al Consejero que Castilla y León es la tercera comunidad autónoma en la que el usuario tiene una mejor percepción y sobre todo en aprecio a los profesionales.

Pregunta si hay motivos para el cambio. Y expone que para producirse un cambio debe apoyarse en estudios que lo justifique y que sirva para mejorar accesibilidad y asistencia al usuario.

Añade que el H. Clínico tiene una gran lista de espera, precisamente en la unidad referenciada por el Consejero, la de Hemodinámica. Además de en otras.

Indica que los datos fundamentales del estudio se refieren a datos de 2011(cerrados a principios de 2012) y expresa su duda de que el barómetro de 2012 se mantenga en las mismas cifras.

Concluye demandando una explicación de los motivos para el cambio y señala que se necesita conocer datos objetivos que avalen que el cambio propuesto va a mejorar el sistema sanitario de Castilla y León y expresa su deseo de que el sistema sanitario de la Comunidad no cambie y siga siendo público, porque, opina que este cambio es el principio de una modificación del modelo de sanidad de Castilla y León.

Responde el Consejero que si hay necesidad de más información, será proporcionada. Repite que la integración tiene muchas ventajas e intentará disipar temores. Una vez más pregunta que si la integración de dos hospitales de León se ha hecho de forma satisfactoria, porqué no se puede hacer en Valladolid.

Indica que el objetivo es que en los dos hospitales de Valladolid, que distan entre si 1,5Km, no se dupliquen procedimientos, se produzcan sinergias, y sin aprovecharse de los recursos de forma conjunta.

Respecto a la ratio número de habitantes / área de salud, no un dato estrictamente normativo, señala que la Ley General de Sanidad habla de una población de entre 200-250.000 habitantes. En Castilla y León hay áreas que no llegan a 200.000 habitantes (Soria, Ávila, Palencia,...) y hay otras áreas con más de 250.000 como Burgos, Salamanca, León. Le recuerda a su interlocutor que en España hay 18 áreas de salud con más de 500.000 habitantes. Situación parecida se da en atención primaria, donde la Ley señala que debe existir un centro de salud cada 5.000-25.000 habitantes mientras que en Castilla

y León hay 93 centros de salud con menos de 5.000 habitantes. El Consejero se pregunta si se está incumpliendo la Ley, no, la Ley establece unos estándares o recomendaciones globales, pero se deben adaptar al territorio.

Explica que los datos de barómetro son de 2012, que se hace en tres oleadas y corresponde a la última de noviembre de 2012, por lo que puede considerarse que es expresión de la opinión de los ciudadanos sobre el año 2012.

Refiere también que el informe de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, conformado por 21 indicadores, es del año 2013 y sitúa a Castilla y León entre los 5 mejores sistemas sanitarios autonómicos de España. Estos datos, concluye, son objetivos y la satisfacción en Castilla y León, desde 2004, está siempre por encima de la media nacional.

Toma la palabra D. José María Collados Grande que refiere la preocupación de las Asociaciones de Vecinos y en especial la de Valladolid por tres motivos ya señalados en intervenciones precedentes, pero que desea repetir: 1º. No se entiende la unificación porque no se ven razones para ello. 2º. Porque no se ha preguntado ni a trabajadores ni a usuarios y 3º. Porque el sistema parece que funciona bien y no se necesitan experimentos sino mejorar.

Añade, además, que si bien hay precedentes en otras provincias, el proceso debe programarse y estudiarse cuidadosamente para que no se reproduzca la situación bochornosa de la traumatología de Salamanca, en la que se traslada todo el servicio a un hospital donde no hay espacio y carecen de equipamiento adecuado en el quirófano.

Demandaba, por tanto, un estudio previo razonado y consensuado, con información sencilla y actualizada a los usuarios.

El Consejero manifiesta que la sanidad de Castilla y León está funcionando bien, si, pero eso no significa que debamos ser inmovilistas, porque siempre hay aspectos que se pueden mejorar. Indica que se ha preguntado a los implicados. De los miembros de la Mesa Sectorial se han recibido propuestas, sugerencias y críticas. En cuanto a los ciudadanos, explica que prácticamente no hay modificaciones: Las 42 zonas básicas de salud se mantienen, la referencia a sus centros hospitalarios se mantienen. Si en el futuro, continúa, una unidad cambia de ubicación, de manera ordenada se informará a los ciudadanos.

En cuanto al ejemplo de Salamanca, la unificación se ha hecho progresivamente y no ha habido problemas en el resto de los servicios a pesar de ser el hospital más grandes de Castilla y León. Añade que los problemas surgidos en traumatología se han solucionado.

Concluye este punto reiterando el envío de información demandado por todos los intervenientes, en todos los foros adecuados como en los Consejos de Salud de Área de Valladolid y establecer un mayor grado de consenso

No habiendo más intervenciones sobre este punto, se pasa al siguiente punto del día.



**PUNTO TERCERO.- PROYECTO DE ORDEN POR LA QUE SE DETERMINA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA CONTINUADA DE LAS OFICINAS DE FARMACIA.**

El Presidente del Consejo, explica que esta orden trata de actualizar el procedimiento para la determinación de la atención continuada, lo que coloquialmente se conoce como guardias. Recoge también que el suministro de medicamentos debe garantizarse también en casos de urgencias y por tanto facilitarse en los centros de salud a diferencia de situaciones no urgentes donde la dispensación de medicamentos se hace en las oficinas de farmacia o en la farmacia hospitalaria.

Para explicar otras cuestiones cede la palabra a D. Agustín Álvarez Nogal, Vicepresidente del Consejo y Director General de Salud Pública.

El Director General de Salud Pública se dirige a los asistentes para comentar que se lleva año y medio trabajando en estrecha colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de forma que la orden recogería el trabajo realizado. Señala como aspecto novedoso a reseñar que se establecen 8 tramos horarios, y que, tal y como ha expuesto el Consejero, se habla de servicios de urgencia y no de turnos de guardia. Además se recogen los productos de obligada dispensación por cuanto la farmacia está atendiendo servicios de urgencia. Así mismo señala que se rompe el ámbito territorial de las zonas básicas de salud tanto en ciudades como en el ámbito rural. Pone de ejemplo a Valladolid donde el número de farmacias de guardia está en función del número de habitantes y no de las zonas básicas de salud. Es consciente de que esta distribución, que ya se ha venido utilizando en algunas provincias, ha generado alguna dificultad, pero se ha ido solventando.

Puesto que los asistentes tienen el proyecto de orden, sugiere no extenderse más en este punto y solicita a los presentes que si tienen alguna aportación o sugerencia la hagan llegar antes del 12 de octubre próximo. Para poder publicar la orden a la mayor brevedad y pueda aplicarse en el próximo curso.

Explica que se quiere simplificar el horario y que se entienda más fácilmente por el usuario.

Pide la palabra D. Pablo Vicente Vidal, que en primer lugar hace notar que no se ha podido escuchar claramente la intervención de D. Agustín Álvarez Nogal y pide disculpas por si repite algún tema. Continúa con su turno para decir que por parte de los trabajadores, como el convenio colectivo recoge la posibilidad, no hay ningún problema. Sin embargo matiza que le gustaría que se contemplara un margen de horario menor para aquellas farmacias que inician su andadura y se les permitiera abrir una hora más.

El Director General de Salud Pública pide disculpas por las incomodidades de la sala y comenta que se intentará encontrar alguna sala que reúna mejores condiciones. A continuación responde a su interlocutor que la orden también contempla excepciones y se está valorando, en otros trabajos y siempre de acuerdo con el Consejo de Colegios de Farmacéuticos, favorecer la actividad de aquellas oficinas de farmacia que están sufriendo dificultades, que no son solo las rurales. Anuncia que en el próximo Consejo se dará a conocer alguna de las iniciativas que se están barajando.

Toma la palabra el Consejero para puntualizar que Castilla y León es la Comunidad con la oficina más accesible, con la mejor ratio, después de Navarra. Si bien esta situación

facilita la accesibilidad genera problemas. Explica que se ha tomado una medida, limitada, que es la aplicación del índice corrector, por el cual aquella oficina de farmacia que factura menos de determinada cantidad, el margen regulado en la legislación se amplía ligeramente. A pesar de ello reconoce que hay un problema, porque la reducción de margen y del gasto farmacéutico ha impactado directamente en la oficina de farmacia de Castilla y León, generalmente de pequeño tamaño. Ha solicitado al Consejo de Colegios de Farmacéuticos su colaboración porque en este ámbito, como Comunidad, hay poco margen de actuación dado que la mayor parte de la regulación corresponde al Estado.

El Presidente del Consejo concede la palabra al representante de las Asociaciones de Vecinos que expresa su deseo de que este decreto sirva para mejorar el sistema y se eviten situaciones como la de Palencia donde cada vez hay menos servicios de urgencias nocturnas.

Responde el Director General de Salud Pública que los servicios nocturnos están regulados y que en su opinión no se produce desabastecimiento, pero que toma nota de este asunto.

El Consejero, a continuación, explica que los medicamentos urgentes tienen garantizada su dispensación en el Centro de Salud donde se ha realizado la atención. Añade que hay que llegar a un compromiso para no poner a las farmacias en el límite de la viabilidad.

No habiendo más intervenciones sobre este punto el Consejero pasa al siguiente punto del Orden del Día.

#### **PUNTO CUARTO.- CONSTITUCIÓN DE LA COMISIÓN PERMANENTE DEL CONSEJO.**

Expone el Consejero que una vez aprobado el decreto del funcionamiento del Consejo Castellano y Leonés de Salud, traslada al pleno una propuesta de constitución de Comisión Permanente, aunque entiende que algunas de las organizaciones miembros no estén de acuerdo. Comenta que el tamaño del Consejo no solo produce problemas para su celebración sino de operatividad, motivo por el cual el Decreto de funcionamiento contempla la creación de la Comisión Permanente del que anuncia su composición: En total tendrá 15 miembros: Presidente: el Consejero de Sanidad; Vicepresidente: el Director General de Salud Pública; Vocales: 3 representantes de la Administración (Secretario General de la Consejería de Sanidad, Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud y Director General de Presupuestos y Estadística de la Consejería de Hacienda); en representación de la FRMP, 2 vocales que la propia Federación nos comunique; 2 representantes de las organizaciones sindicales de mayor representatividad en la Comunidad, motivo por el cual se ha designado a los representantes de CC.OO. y UGT; 2 en representación de las organizaciones empresariales, que ellos deben decidir; 2 en representación de los colegios profesionales, que asimismo deben ser designados entre los colegios profesionales, miembros del Consejo o establecerse, como recoge el decreto, la representación rotatoria, que en un primer momento serían los representantes del Colegio de Médicos y del Colegio de Farmacéuticos.

Solicita la palabra el representante del colegio de veterinarios, D. Tomás Fisac Frías que explica que resulta difícil para un profesional sanitario como él, decantarse por otros



compañeros sanitarios. Propone decidir la representación de los colegios profesionales en la Comisión, en función del orden del día y de los temas a tratar y no de forma rotatoria.

Responde el Consejero que el planteamiento anterior puede suponer dos problemas: en primer lugar porque habitualmente puede haber varios colegios con interés común en los temas a tratar y pone de ejemplo la asistencia sanitaria; y en segundo lugar porque hay que dar alguna formalidad a la representación de los colegios profesionales. En todo caso, continúa, el decreto ya contempla la asistencia de algún otro representante, e incluso de no miembros del Consejo, en función de la importancia del tema a tratar. Propone finalmente mantener el turno rotatorio y que cuando haya, de forma monográfica, un tema que interese de forma particular a un colegio específico se le invite a la Comisión Permanente.

Pide la palabra D. Alfredo Escaja Fernández, representante del Consejo de los Colegios de Diplomados en Enfermería. Comenta que había entendido que eran los propios colegios los que decidían la forma de su representación y presentaban la propuesta. Explica que no ha habido tiempo para decidir desde la convocatoria y que así lo harán. Alega que es confuso el tema de "rotatorio" porque no sabe por dónde se comienza.

Aclara este punto, D. Agustín Álvarez Nogal refiriendo que el Decreto ya resuelve como se establece la rotación.

D. Alfredo Escaja, alega entonces que es innecesaria la propuesta hecha a los colegios si ya está decidida la rotación por el decreto.

Media el Consejero en este pequeño intercambio de pareceres y solicita a los colegios hagan llegar su propuesta. Añadiendo que si esta no se produce, se aplicará el decreto.

A la pregunta de D. Alfredo Escaja de cuánto tiempo tienen para hacer llegar la propuesta, el Consejero que responde que hay poco margen y les ruega la hagan llegar antes del 30 de septiembre. Comenta que probablemente la primera reunión de la Comisión no se producirá hasta principios de octubre, por razón de presupuestos.

Así mismo recuerda que también está pendiente la propuesta de los representantes de la FRMP.

Retoma el Consejero la relación de los miembros que forman parte de la Comisión Permanente y cita que en representación de las asociaciones de pacientes y familiares se ha planteado, en ausencia de una agrupación de asociaciones que las represente, la asistencia de la Federación de Diabéticos de Castilla y León porque es la de mayor número de socios.

Toma la palabra, D. Julián Aguilar Macho, representante de la FRMP. Expone que por conversaciones con otros miembros creía que ya la propia FRMP había enviado la propuesta de los dos representantes para la Comisión Permanente. En todo caso, avanza, lo normal en estos casos es nombrar a un representante por cada uno de los grupos políticos mayoritarios. Concluye que en su opinión es razonable que así se produzca.

Pide ahora la palabra D<sup>a</sup> Concepción Miguélez Simón, representante de la FRMP, confirma que será la propia FRMP la decidirá quieras serán los representantes, ya que cualquiera de los representantes tiene como objetivo el servicio a todos los ciudadanos, independientemente de sus adscripción política.

Comenta el Consejero que tenía una propuesta de representantes, pero como comprueba que parece que no son los definitivos, por prudencia los ha omitido y queda a la espera de recibir la propuesta definitiva desde la FRMP.

Finaliza con este punto del día resumiendo que a la espera de las propuestas de la FRMP y los Colegios Profesionales, se constituye la Comisión Permanente que se reunirá por vez primera a principios de octubre con el tema de presupuestos.

Antes de que se constituya definitivamente la Comisión, D<sup>a</sup> Silvia Sáez Belloso solicita turno de palabra para dejar constancia de su posición en contra por haber dejado fuera de esta Comisión a los representantes de los sindicatos mayoritarios del sector sanitario. Entiende que por operatividad el número de miembros debe ser reducido pero no entiende que en un Consejo de Salud queden excluidos los profesionales de la salud.

El Consejero le indica que toma nota de su protesta, pero aclara que el Consejo lo que pretende es trasladar la representación de la sociedad de Castilla y León y no del sector sanitario. No es un consejo permanente para debatir cuestiones sindicales sanitarias y la inclusión de los sindicatos mayoritarios, UGT y CC.OO, es en representación de los trabajadores en general; y CECALE de los empresarios,.... Repite que no es una Mesa Sectorial, aunque puedan surgir debates sobre aspectos sindicales, sistema sanitario, usuarios,...

No habiendo más intervenciones de los miembros sobre este punto, el Consejero para al quinto punto del Orden del Día.

## **PUNTO QUINTO.- DELEGACIÓN DE FUNCIONES EN LA COMISIÓN PERMANENTE**

El Consejero y Presidente del Consejo da lectura a las funciones del Pleno y que están recogidas en el Decreto, en el artículo 3. Comenta que pueden delegarse todas excepto la: a) Asesorar y formular propuestas a los órganos de dirección y gestión del Sistema de Salud de Castilla y León en materia sanitaria, a iniciativa propia o a petición de los referidos órganos; y b) Informar sobre necesidades detectadas y proponer prioridades de actuación, velando por el uso eficiente de los servicios públicos.

El Consejero propone reservar al Pleno otra función delegable: c) Conocer el anteproyecto del Plan de Salud.

Sobre el resto de funciones, d), e), f), g) y h), si plantea la delegación, funciones del art. 3 del Decreto 20/2013 de 13 de junio que establece el Reglamento de Funcionamiento del Consejo Castellano y Leonés de Salud.

Resume que las cuestiones generales se tratarían en el Pleno y las cuestiones de mayor urgencia en la Comisión Permanente, sin excluir que puedan también tratarse en el Pleno si se ha establecido una convocatoria cercana.

Toma la palabra el representante de las Asociaciones de Vecinos, para sugerir que el conocimiento del anteproyecto de presupuestos debe llevarse al Pleno, porque es un tema muy importante y propone que se excluya de las funciones delegadas.



Responde el Consejero que en su opinión no hay inconveniente. El problema es si se quiere conocer con carácter previo, ya que eso supondría convocar una nueva reunión del Pleno en unas tres semanas. El Consejero plantea que todos los temas que sean objeto de Comisión Permanente se remitan a todos los miembros del Pleno para que se conozcan y se puedan hacer aportaciones. Repite que cualquier miembro puede acudir a la reunión de la Comisión Permanente por especial interés en el tema a tratar, en calidad de invitado. Expresa su deseo que esto no suponga reproducir todo el Pleno.

Pasa ahora el Presidente del Consejo al sexto punto del Orden del Día.

**PUNTO SEXTO. – OTROS TEMAS DE INTERÉS (CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, GESTIÓN CLÍNICA, PROGRAMAS DE CRIBADO DEL CÁNCER DE COLON).**

Explica el Presidente del Consejo que este punto se refiere a temas de interés sobre los que se quiere informar de manera periódica a los miembros del Consejo, entre otros de los asuntos que se debaten en el Consejo Interterritorial del SNS.

Resume los temas de la última reunión:

1º. El Proyecto de Real Decreto de transposición de la directiva europea de asistencia sanitaria transfronteriza que regula la libertad de elección de los ciudadanos de la UE para la asistencia sanitaria en situaciones ordinarias, es decir no fruto de un desplazamiento a otro país. Pone de ejemplo que un ciudadano alemán opte por operarse de cataratas en España.

Los países de destino pueden establecer limitaciones, por ejemplo, España en materia de trasplantes.

El ciudadano europeo solicitaría la asistencia y reclamaría en su país de origen el reembolso de los gastos, de acuerdo con la tarifa del país de origen. En resumen el paciente abona la asistencia de acuerdo a la tarifa del país elegido y recibe el reembolso de acuerdo a la tarifa de su país de origen. Ambas tarifas no tienen que coincidir.

En un problema complejo, considera el Consejero, que en su opinión va a tener poca repercusión en Castilla y León pero no así en comunidades muy turísticas. Comenta que ya se están formando *lobbies* de “Turismo sanitario” para ofrecer vacaciones y asistencia sanitaria de forma conjunta.

2º. Evaluación de una estrategia nacional de EPOC, Ictus, Cáncer. Indica a los miembros del Consejo que si algún miembro está interesado en esta información puede solicitarla a la Secretaría del Consejo.

3º. Un acuerdo para un sistema de recogida de Buenas Prácticas en el SNS. Expone que aunque parece una cuestión menor, disponer un sistema de análisis de validación de buenas prácticas, supondría el trasladar al conjunto de comunidades autónomas lo que se está haciendo en cualquiera de ellas.

4º. Informes sobre: avances en la compra centralizada: adquisición centralizada de vacunas y algunos productos farmacéuticos hospitalarios; implantación de receta electrónica, historia clínica electrónica en el conjunto del SNS.

5º. Acuerdos sobre recomendaciones de optimización de servicios bajo criterios de calidad seguridad de los pacientes. Este aspecto se está empezando a trabajar entre el Consejo Interterritorial y Sociedades Científicas además de con grupos de expertos

propuestos por comunidades autónomas. Ya se hicieron en materia de trasplantes (Por ejemplo en relación al trasplante renal: qué tipo de hospital, qué tecnología disponer, qué ámbito de población, número mínimo recomendable de trasplantes en un mismo centro, dotación profesional, ...). Esto mismo se ha hecho en materia de cardiología, cirugía cardíaca, radioterapia, oncología, traumatología, cirugía vascular y OTRL.

Explica que lo se busca son estándares óptimos en los servicios, tanto en su actividad como es sus medios, recursos, cobertura poblacional, etc.

6º. Acuerdo para la concreción de la cartera básica de servicios del SNS:

a) en primer lugar en genética que se va a reconocer como especialidad dentro de la atención hospitalaria. Se establecen algunos aspectos de lo que debería contener la cartera básica de una unidad de genética.

b) Reproducción asistida.

c) Incorporación de nuevas prestaciones a la cartera de servicios: cribado neonatal.

Hasta ahora de tres enfermedades metabólicas (hipotiroidismo, fenilcetonuria, fibrosis quística) y a partir de ahora se amplía a otras cuatro(entre ellas, la anemia falciforme), que tendrán que incorporarse a Castilla y León lo que exigirá una inversión en tecnología, tan pronto quede regulado por el Ministerio.

d) En cuanto a cribado de cáncer se ha hecho una modificación en la detección precoz de cáncer de mama, planteándolo para un grupo de población entre 50 y 69 años. Indica que en Castilla y León se hace de los 45 a los 69 años por lo que habrá de hacerse una acomodación.

En cuanto al cribado del cáncer de cuello uterino no hay modificaciones.

Se ha incorporado el cribado de cáncer de colon. Comenta que Castilla y León ya estaba trabajando en este tema con dos programas piloto en dos áreas de salud (Soria y en Medina del Campo). Explica que este programa se oferta a la población en los servicios de Atención Primaria a través de una prueba de detección de sangre en heces, donde los casos positivos se analizan con colonoscopia. Castilla y León va a empezar el programa en noviembre de una forma generalizada empezando por el grupo de edad de entre 65-69 años, que es donde más casos precoces pueden detectarse, y progresivamente se irá ampliando por grupos quinquenales hasta llegar, antes de 10 años, a todos los ciudadanos entre 50 y 69 años. Señala el Consejero que sobre este tema el problema no es tanto de la oferta como de la cobertura, en las CC.AA. que más han avanzado e incluso en los programas piloto de la Comunidad, en el caso de Soria, aunque la oferta se ha hecho a todos los ciudadanos, la cobertura inicial ha sido solo del 34%. En el caso de Medina del Campo la cobertura fue del 49,7%. Repite que lo importante es garantizar coberturas importantes. Indica que La previsión para ese primer grupo de 65-69 es que el 7% de los test de heces en sangre sean positivos y necesiten de una colonoscopia. Señala que los costes del test de heces es de 3,96€ y de las colonoscopia y anatomía patológica de aproximadamente 400€

Finalmente el Consejero recuerda que las últimas semanas ha habido tres informes globales sobre la sanidad en Castilla y León. Por una parte el barómetro sanitario correspondiente al año 2012 donde la Comunidad ha bajado el índice de satisfacción en 2 décimas. Se mantiene en el 6,89, por encima de la media española. Comenta el Consejero que más allá de la valoración final, cuando se pregunta a los ciudadanos la valoración sobre la sanidad pública en términos comparativos con la sanidad privada, en Castilla y León en la mayor parte de los parámetros se está por encima de la media nacional. Añade que cuando se pregunta tanto en primaria como en especializada o urgencias, de los 37 parámetros analizados, en 33 los datos regionales están por encima de la media nacional. Concluye que a pesar de todos los debates planteados por recortes y ajustes, los ciudadanos siguen manteniendo una percepción favorable de la sanidad en Castilla y León.



Se refiere ahora a otro informe: la actualización de los datos del SNS del Ministerio a 2012. Informa de que el conjunto de indicadores que recoge también tiene algunos aspectos positivos. Recomienda su consulta a los profesionales del sector, porque aporta datos demográficos, del estado de salud, distintos índices de morbilidad, datos de recursos sanitarios,....

El tercer informe al que se refiere, por último, es el que publica la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública que recoge 20 indicadores (19 de ellos por objetivos) y en el que Castilla y León está entre los cinco mejores sistemas sanitarios de las CC.AA.

Indica que las comunidades uniprovinciales, tanto en el barómetro como en este estudio, especialmente Navarra, tienen mejor valoración. Entre las pluriprovinciales las mejor valoradas son País Vasco, Aragón y Castilla y León.

Anuncia que pedirá al Secretario del Consejo que haga llegar a todos los miembros el enlace de estos informes.

Señala que a pesar de los ajustes los índices de satisfacción y los indicadores se mantienen por encima de la media nacional.

Pregunta a los asistentes si tienen alguna pregunta sobre el tema.

Pide la palabra D. Belarmino Rodríguez Pérez para solicitar al Consejero que le confirme si el cribado de cáncer de mama antes se hacía en mujeres de 45 a 69 años y ahora será de 50 a 69 años.

Confirma la información el Consejero y explica que es una medida aprobada por el Consejo Interterritorial a partir de un informe de expertos de sociedades científicas. Añade que el Ministerio lo incorporará formalmente a la cartera básica de servicios de forma inminente.

Continúa con su turno D. Berlarmino Rodríguez para comentar que como profesional sanitario, en contacto directo con los pacientes y conocedor del programa quiere puntualizar que antes, funcionaba mejor en las zonas rurales. La centralización de las mamografías en los centros asistenciales ha supuesto desplazamiento e incomodidad para las usuarias. Cuando era el mamógrafo el que se desplazaba al núcleo rural facilitaba el acceso a las mujeres y el efecto contagio entre ellas favorecía la realización de la prueba.

En su opinión el programa ha funcionado muy bien y considera que una detección precoz en edades jóvenes, incluso por debajo de 45 años, ha supuesto una oportunidad de vida para muchas mujeres, que ahora con la nueva edad propuesta quedarán fuera del cribado.

Dado que la tasa de mortalidad en Castilla y León está por encima de la media, solicita al Consejero considere mantener el cribado de cáncer de mama en la Comunidad con los parámetros actuales. Y que los motivos económicos no hagan modificar un programa que funciona tan bien.

Responde el Consejero que el motivo del cambio no es económico sino por criterio de expertos. Reconoce que en el grupo de expertos ha habido mucho debate e incluso algunos recomendaban casi eliminar este programa por la periodicidad y el nivel de radiaciones que supone. El Consejero confiesa que no es un experto en el tema por lo que

debe fiarse de los expertos: Sociedad Española de Ginecología, la Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública, que afirman que estas son las edades más adecuadas y la periodicidad más adecuada.

Comenta que también otras comunidades van a tener que adecuarse al criterio y repite que el cambio no es por motivos económicos.

Respecto a la accesibilidad explica que se han suprimido los mamógrafos móviles por problemas de calidad que provocaba un porcentaje alto de pruebas dobles para valorar. Se intenta mantener la accesibilidad en distintos centros. Pero, concluye, a veces en sanidad la proximidad no es garantía de calidad y seguridad.

Solicita su turno D. Pablo Vicente Vidal se dirige al Consejero para comentarle que en la información sobre este punto del Orden del Día no ha hecho referencia al tema de "gestión clínica" que en su opinión es de máximo interés para los ciudadanos y sugiere abordar el tema en algún momento del Consejo. Añade que la gestión clínica la llevan haciendo los profesionales, tanto en esta Comunidad como en otras, sin necesidad de un decreto.

Pregunta al Consejero por su opinión acerca de lo acontecido en agosto, cuando el Ministerio en un proyecto de Ley, que ahora ya es Ley, sobre farmacovigilancia modifica el art. 63 y 65 del Estatuto Marco en referencia a las unidades de gestión clínica. Esto genera inseguridad en los profesionales.

El Presidente del Consejo anuncia que con su respuesta da paso al siguiente punto del Orden del Día.

## **PUNTO SÉPTIMO.- RUEGOS Y PREGUNTAS.**

Responde que el borrador de gestión clínica ya se trasladó a este Consejo; se ha consultado con organizaciones; se ha trasladado a más de 40 sociedades científicas, médicas y de enfermería de Castilla y León, a los colegios profesionales, organizaciones sindicales; se han recibido respuestas, de las cuales algunas se han incorporado, y, en este momento está pendiente de algunos pequeños matices.

Explica que lo que se pretende con el decreto es reforzar la gestión clínica que vienen realizando los profesionales y hacerlo de una forma más organizada. Efectivamente, añade, los profesionales utilizan en sus decisiones clínicas, recursos públicos lo que supone decisiones de gestión, que ahora se van a regular y dar más autonomía a los equipos profesionales.

Puntualiza que este decreto afecta a los hospitales públicos y a los profesionales estatutarios, funcionarios o laborales.

Respecto a la valoración sobre la modificación del estatuto jurídico del personal sanitario, realizada por la Cortes Generales, indica que no es de aplicación en Castilla y León porque se refiere a situaciones en las que el régimen jurídico de los profesionales sanitarios no permite tener personal estatutario y esta situación no se da en la Comunidad.

Toma la palabra D. Belarmino Rodríguez Pérez y en relación a las Unidades de Gestión Clínica y sobre todo con las dos experiencias piloto, solicita conocer resultados y evaluación de objetivos. Cuestiona los datos que se han dado sobre el servicio de cardiología del H. Clínico. Comenta que alguno de los objetivos no se ha cumplido por una décima, pero igualmente se suman los puntos como si se hubiera conseguido. Así mismo cuestiona si este sistema mejora en algo el actual. Reitera que en la valoración de objetivos



nada se dice sobre asistencia, que fue un acuerdo con las unidades de gestión y sin embargo si se valoran otros indicadores para el reparto de incentivos. En su opinión todos los datos aportados no son lo suficientemente relevantes para valorar si el modelo mejora o no el actual.

Concluye afirmando que el Sindicato que representa no comparte el modelo de estas unidades y tampoco comparte su forzada implementación. En su opinión ha sido poco claro para los trabajadores y no ha mejorado la asistencia al usuario.

Reclama las cifras que realmente sirvan para comparar los dos modelos.

Afirma el Consejero que se facilitarán las cifras, en la medida de lo posible, pero le hace notar que de su interpellación se deduce que ya tienen información. Añade que no se han ocultado datos.

Señala que el decreto no puede considerarse una sorpresa porque se lleva meses trabajando en él y han participado, colegios profesionales, sociedades científicas y organizaciones sindicales, a través de los distintos borradores.

Los datos trasladados a la Mesa Sectorial son de un documento de evaluación en el que se compara los objetivos que se habían planteado las dos unidades de gestión experimentales en términos de estancia media, ingresos, ... y cuáles son sus resultados. En su opinión, indicadores como publicaciones, investigación, formación,... son indicadores importantes y de relevancia. Comenta que si todos los servicios, por ejemplo, publicaran artículos en revistas de gran impacto, la sanidad mejoraría.

Reitera que si se requiere más información, se enviará. Repite que hay datos sobre resultados: índice de reintegros, índice de mortalidad tras un infarto agudo de miocardio,... que son más importantes que los de actividad: no por más consultas o más estancias, el servicio funciona mejor. Por este motivo, continúa, se quiere orientar la evaluación hacia los indicadores de resultados de calidad y seguridad de los pacientes. Explica que con los datos ya facilitados se puede observar la posibilidad o no de alcanzar los objetivos marcados.

Solicita la palabra D. José Luis Díaz Villarig, Presidente del Consejo de Colegios de Médicos de Castilla y León. Sigue al Consejero que repita que el SNS no se va a labolarizar. El Sistema debe mantenerse como está; el personal debe ser estatutario.

En su opinión el sistema de las Unidades de Gestión va a ser controvertido, va a generar problemas. Sin embargo cree también que será beneficioso para los ciudadanos y solicita más participación y responsabilidad al colectivo médico.

Si no se laboraliza a los médicos, si se llega a un consenso y acuerdo con los representantes de los trabajadores, el Consejo apoyará la creación de las Unidades.

Reitera, para terminar, que no se cambie la relación laboral, que es, en su opinión, lo que el Ministerio tiene tentación de hacer.

El Consejero responde que quizás en Sanidad siempre surgen temores de cambios, de reducción de personal, recortes,... y solicita a todos un poco de proactividad y decidir hacia donde se quiere ir. No se puede ser inmóvilista, hay que ir hacia delante, estableciendo las garantías pertinentes. Castilla y León, continúa, ya se ha comprometido a mantener el modelo de Sanidad Pública que tenemos: universal, gratuito, financiado con el presupuesto público, y gestión pública de los centros sanitarios. Ahora debemos decidir hacia donde queremos ir. Expone que el propósito de la Consejería es consolidar el

modelo, pero a la vez mejorar algunos aspectos con deficiencias. Mejoras que pasan por que los profesionales, que son los que gestionan los recursos, lo gestionen con perspectiva no solo clínica, sino también de gestión, de organización, del funcionamiento, de la autonomía de gasto, de la seguridad de los pacientes, de la calidad, de la formación,... en definitiva de todos los aspectos recogidos en los indicadores.

Ruega que no se interprete cada cambio como desaparición del sistema. Atendiendo a su interlocutor anterior, repite que no se va a laboralizar al colectivo médico y concluye que en Castilla y León, el sistema es y será público, gestionado por la Gerencia Regional de Salud, organismo público en todos sus aspectos.

Toma la palabra el representante de CAVECAL. En primer lugar agradece y felicita a la Consejería por reabrir las urgencias nocturnas en el área rural. En segundo lugar traslada la preocupación por los consejos de salud de zona y de área, a los que duda se les de la importancia que deberían tener. Solicita a la Consejería que de un impulso a estos consejos, sobre todo en lo referente a programas de prevención.

Señala que en atención primaria no se están sustituyendo las vacaciones sino que los enfermos se derivan a otros médicos. El problema con esta práctica se produce cuando en un centro hay un solo especialista, por ejemplo la matrona. Si este especialista se va de vacaciones, el usuario debe trasladarse de centro para recibir atención, con los problemas que esto conlleva. Solicita que se revise esta situación.

A continuación solicita información sobre los plazos del hospital de Salamanca.

Por último comenta que la Consejería de Hacienda hace un año hizo pública una auditoría sobre el Hospital de Salamanca, en la que lo menos grave eran los 188M€ de desfase en la contabilidad. En su opinión lo más grave es que el informe decía que no había control de horarios, había gastos de más en las distintas áreas, retribuciones arbitrarias, beneficios de trabajadores sin derecho a ello, personal directivo que figuraba con nombramiento provisional irregular. Irregularidades, que espera sorprendiera al Consejero tanto como a ellos y que considera crean alarma social. Solicita información de lo que se está haciendo y conocer sobre quien recaerá la responsabilidad.

Explica el Consejero respecto a las urgencias nocturnas, que el servicio se ha normalizado y que la supresión en algunos consultorios fue debido a momentos de restricción presupuestaria, siempre manteniéndolo en los centros de salud, y atendiendo a la baja demanda. Una vez recuperada la capacidad de financiación el servicio se ha restablecido.

En relación al segundo tema, comenta que en Castilla y León la accesibilidad a la Atención Primaria es de gran importancia y señala que de cada 100 consultorios que hay en España 36 están en la Comunidad. Hay consultas en núcleos de población de 5 o 10 vecinos. Explica que en primaria los equipos de zona se han reforzado con equipos de área y pone de ejemplo a la matrona, que no está asignada a un centro de salud sino al área, al igual que la fisioterapia, salud bucodental,... por lo que cuando un profesional se va de vacaciones la atención puede darse en otro centro, pero de la misma área. En todo caso, añade el Consejero, se intentará solucionar estas situaciones.

Sobre las obras del Hospital de Salamanca informa que el problema del colector está resuelto, en este momento se está tramitando la actualización y modificación del proyecto, que esperamos esté pronto aprobado. Para el año 2014 habrá cuantías significativas en el presupuesto. Aclara que del contenido exacto se informará en la reunión de la Comisión Permanente.



## Junta de Castilla y León

Respecto al informe de Control Financiero del Hospital de Salamanca, puntuiza tres aspectos: primero, no se plantean irregularidades, si se hubieran producido la Consejería de Hacienda o la de Sanidad las hubieran denunciado; segundo, lo que se ha presentado como un desfase contable de 188M€, alguien lo ha interpretado como que faltaban cuando la explicación es que el Hospital tenía facturas sin pagar por ese importe porque no tenía presupuesto, algo que ocurre en todos los hospitales tanto de Castilla y León como del resto de España. Puntuiza al respecto que todas las comunidades autónomas han acumulado “deuda sanitaria” o lo que es lo mismo que el presupuesto no llega para pagar todos los compromisos de gasto. Gracias a que las facturas del Hospital de Salamanca, explica, estaban contabilizadas, registradas, cuando hace más de un año el Gobierno de la Nación aprobó un plan de pago a proveedores, con la exigencia de que las facturas estuvieran registradas, pudo solventarse el problema.

Continúa el Consejero con su turno exponiendo que la Sanidad ha ido acumulando problemas y cerrar los ojos sin incorporar mejoras conduce a, lo que estuvo a punto de ocurrir con la Sanidad hace dos años, cuando su nivel de deuda era insostenible. Explica que el primer pago a proveedores supuso que las CC.AA. pudieran afrontar pagos de 16.000M€ (el 24% del presupuesto de la Sanidad Pública Española) y se complementó con algunas medidas de ajuste para evitar la quiebra del sistema. Ahora continuando en esa línea, debemos abordar medidas organizativas que nos permitan una gestión más eficiente por parte de equipos directivos, gestores, profesionales, y quizás algún día los usuarios de la gestión y utilización de los servicios.

Comenta que en el control financiero que se hace anualmente en todos los hospitales y puntuizando que no es algo que haga Hacienda sino que se hace de manera compartida, pueden detectarse problemas de asignación de gasto y pone de ejemplo que se han pagado con cargo a conceptos que no correspondían situaciones de atención continuada que la intervención consideraba debían pagarse con cargo a otro. Estas cuestiones, añade, que se corresponden con el día a día de la gestión, se intentan corregir.

Reitera que esta situación se ha producido en todas las comunidades, la sanidad no podía pagar todo lo que debía lo que revela un sistema de financiación inadecuado e insuficiente. Excepto País Vasco el resto de CC.AA. nos acogimos al Plan de Pago Proveedores.

No hay más preguntas. El Consejero agradece a los miembros del Consejo Castellano y Leonés de Salud su asistencia y su atención.

Solicita ahora la palabra D. Julián Aguilar Macho, pide disculpas por la interrupción. puntuiza que los miembros del Consejo tienen derecho a información y agradece al Consejero su disposición a proporcionarla y para no extenderse más anuncia que va a entregar al Secretario unos escritos, enviados con anterioridad a la Consejería, solicitando una información que no ha sido capaz de conseguir. Si no la recibe, expondrá su solicitud en el próximo Consejo.

El Consejero pregunta sobre qué tema en concreto.

D. Julián Aguilar Macho, aclara que el tema es sobre la disposición de medios de los trabajadores para prestar atención sanitaria a los pacientes.

Y, no habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión siendo las trece horas y cuarenta y cinco minutos, de lo que como Secretario, doy fe.



Fdo. Antonio María Sáez Aguado.



Fdo. Daniel Fernández Cuadrillero



## **ANEXO I**

### **RELACIÓN DE ASISTENTES:**

- D. Antonio María Sáez Aguado  
D. Agustín Álvarez Nogal  
D. José Ángel Amo Martínez  
D. Eduardo García Prieto  
D<sup>a</sup> Silvia Fernández Calderón, en sustitución de D. José M<sup>a</sup> Pino Morales  
D. José Manuel Herrero Mendoza  
D. Carlos Díez Menéndez  
D<sup>a</sup> Susana García Dacal, en sustitución de D<sup>a</sup> Carmen Ruiz Alonso  
D. Carlos Raúl de Pablos Pérez, en sustitución de D. Jesús Fuertes Zurita  
D. Alfonso Lahuerta Izquierdo, en sustitución de D. José Rodríguez Sanz-Pastor  
D. Luis A. Gómez Iglesias, en sustitución de D. Francisco Javier León de la Riva (FREMP)  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Concepción Miguélez Simón (FRMP)  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> José Fresnadillo Martínez (FRMP)  
D. Julián Aguilar Macho (FRMP)  
D. Artemio Domínguez González, en sustitución de D. César Rico Ruiz (FRMP)  
D. Belarmino Rodríguez Pérez, en sustitución de D<sup>a</sup> Carmen Campelo Tascón (UGT)  
D. Pablo Vicente Vidal (CC.OO.)  
D. Mauro Rodríguez Rodríguez (CEMSCYL)  
D<sup>a</sup> Silvia Sáez Belloso (SATSE)  
D<sup>a</sup> María Onésima Pérez Carbajo (CECALE)  
D. Guillermo Pérez Toril (CECALE)  
D<sup>a</sup> Belén González Martín, en sustitución de D. Alberto Torres Michelena (CECALE)  
D. José Luis Díaz Villarig (Consejo de Colegios de Médicos)  
D. Antonio Carrasco Arias-Argüello, en sustitución de D. Jesús Aguilar Santamaría (Consejo de Colegios de Farmacéuticos)  
D. Tomás Fisac Fries (Consejo de Colegios de Veterinarios)  
D. Eduardo Montes Velasco (Conejo de Colegios de Psicólogos)  
D. José Sevilla Ferreras (Conejo de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos)  
D. Alfredo Escaja Fernández (Consejo de Colegios de Enfermería)  
D. José Luís Morencia Fernández (Colegio de Fisioterapeutas de C y L)  
D. Luis Alberto Cuellar Requejo, en sustitución de D<sup>a</sup> Silvia Pérez Sanz (Colegio de Terapeutas Ocupacionales)  
D. José Borja Altonaga Calvo (Colegio de Podólogos)  
D. Ignacio Javier Ferreira Burgos (Colegio de Ópticos y Optometristas)  
D. Nicolás Cordero Tejedor, en sustitución de D. Manuel Pérez Mateos (Universidad de Burgos)  
D. Emilio Fonseca Sánchez, en sustitución de D. Juan Jesús Cruz Hernández (Universidad de Salamanca)  
D. Antonio Orduña Domingo (Universidad de Valladolid)  
D. José María Collados Grande (CAVECAL)

D<sup>a</sup> Angélica Merino Olmos (CERMI).

D<sup>a</sup> Belén Bernal Martín (Federación de Diabéticos de Castilla y León)

Secretario: D. Daniel Fernández Cuadrillero

Gestión Administrativa: D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Victoria Rodríguez-Monsalve Pastor

**MIEMBROS QUE EXCUSAN SU ASISTENCIA:**

---

D. José Armando Baeta Canales

D. Jesús M<sup>a</sup> Gómez Sanz

D. Eduardo Cabanillas Muñoz-Reja

D. Juan Casado Canales

D. Emilio García Arias (CECALE)

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús Alonso Urruchi (Colegio de Logopedas)

D<sup>a</sup> Matilde Sierra Vega (Universidad de León)

D. Prudencio Prieto Cardo (Consejo C y L de Consumidores y Usuarios)



**ANEXO II**



**Ayuntamiento de  
Valladolid**

Aportación al punto segundo del Orden del Día del Consejo Castellano y Leonés de Salud (*Proyecto de Decreto de creación del Área de Salud de Valladolid*) celebrado el 10 de septiembre de 2013:

Con la creación del Complejo Asistencial Universitario de Valladolid (H. Clínico Universitario, H. Universitario Rio Hortega y H. de Medina del Campo, además de los Centros de Especialidades), queda el personal sanitario en condiciones de prestar sus servicios en cualquiera de estos centros. Esta reorganización de recursos puede conducir a que pacientes crónicos que mantienen una alta dependencia con sus facultativos tras una cierta antigüedad en el seguimiento de sus patologías, les suponga un trastorno importante el cambio de especialista (vinculados a especialidades tales como por ejemplo: nefrología, endocrinología, neumología, urología, ginecología, entre otras).

Por todo ello se propone se tenga una especial diligencia para que se pueda permitir el ejercicio del libre derecho a la elección de médico especialista para este tipo de pacientes de Valladolid, aún cuando este derecho no sea de tipo absoluto. Dada la especial dificultad que generará la puesta en marcha de esta reorganización se propone se haga todo lo posible por permitir la continuidad en esta relación médico-paciente.

Valladolid a 10 de septiembre de 2013.

El representante de la Federación Regional de Municipios y Provincias

Luis Antonio Gómez Iglesias



