

Mire, como usted sabe, en el mes de enero..., porque compartimos con usted la opinión de que la atención primaria la verdad es que tiene..., tenemos un problema, un problema de modelo, pero no de modelo en la Comunitat Valenciana, sino de modelo de atención primaria en todo el estado.

Como sabrá usted, el ministerio también puso en marcha unos grupos de trabajo para abordar cuál tiene que ser ese modelo de futuro. Un plan de trabajo que contemplaba tres grupos: en primer lugar, un grupo de expertos; otro, un grupo formado por las comunidades autónomas, y otro grupo formado también por pacientes y asociaciones de pacientes.

En la Comunitat Valenciana no quisimos solamente esperar a ver cómo se diseña la atención primaria en todo el estado, sino que quisimos avanzar y presentar también nuestro propio plan para bajar la presión asistencial que en estos momentos tienen los centros de atención primaria.

Por eso, en enero presentamos un plan que contemplaba dos bloques de medidas.

En el primer bloque de medidas, eran medidas de tipo organizativo: agendas, tramitación administrativa, protocolos, atención..., SIP para enfermería... Es decir, todas aquellas medidas organizativas que nos pudieran llevar a bajar esa presión asistencial para, como usted dice también, los médicos de primaria y la enfermería pudiera destinar tiempo a la investigación y a la formación.

Y el segundo bloque de medidas iba referido a la creación de nuevos puestos de trabajo, con una dotación económica de 16.700.000 euros. Pues bien, ese plan de creación de puestos de trabajo contemplaba la creación de 307 plazas: 130 de médicos de familia, 81 de pediatría y 95 de enfermería.

Una vez presentado este plan, empezó por parte de la *conselleria* de sanidad a tramitarse la creación de esas plazas en hacienda y les puedo decir que el viernes anunciamos que ya se han creado el primer bloque de plazas, en concreto 87: 47 irán destinadas a ocupar por los médicos de familia, 21 por pediatría y 19 por enfermería. Ese es el primer bloque.

Como explicamos además a los sindicatos, en este primer bloque lo que hemos pretendido es bajar la presión asistencial en aquellos centros de salud donde tenemos un mayor número de cupos por médico. Porque, como muy bien ha dicho usted, existe una presión asistencial, porque hay un número de cupo superior a los 1.500, inclusive 1.600 y 1.700, y este primer bloque va a rebajar considerablemente esa presión asistencial.

Luego vendrá un segundo bloque y un tercer bloque que estará cerrado en el mes de marzo. Con ello se crean ya las 307 plazas y se quedarán los cupos por debajo de 1.500 médicos de familia, por debajo de los 900 en pediatría. Eso es como tenemos ahora mismo la creación de las plazas de atención primaria.

Por otro lado, en cuanto a los aspectos organizativos, se conformaron una serie de grupos de la que formaba parte de sociedades científicas y otro grupo, evidentemente, donde se han recibido las aportaciones de los sindicatos.

En estos momentos, vamos a cruzar las aportaciones tanto sindicales como de las sociedades científicas, porque hay

mucha coincidencia respecto a los aspectos organizativos, sobretodo de agenda.

Estos trabajos tienen que estar concluidos a final de febrero porque la idea es que cuanto antes podamos ponerlas en marcha mucho mejor. Porque coincidimos con usted que los pacientes requieren tiempo, atención, y para eso se necesita profesionales y se necesita que puedan disponer de una agenda en la que dediquen a cada paciente el tiempo que necesitan.

Gracias. (*Aplaudiments*)

La senyora vicepresidenta primera:

Gracias, *consellera*.

Pasamos a la siguiente pregunta, que formula el diputado Juan Ginés Córdoba, la 1.446, también a la *consellera* de sanidad.

Señor Córdoba, ahora mismo le pongo..., cuando quiera.

El senyor Córdoba Cortijo:

Muchas gracias, señora presidenta.

Señora *consellera*, en el primer semestre del 2017, ya durante su legislatura, se implantó el programa de gestión de casos Trucare por parte de Ribera Salud en los departamentos de salud de Elche-Crevillente y Torrevieja.

Trucare, para quien no conoce este programa, es un planificador de tareas para los casos de pacientes crónicos, con parámetros propios acordados por Ribera Salud y, por lo tanto, independientemente de los programas de crónicos oficiales y del resto de guías de actuación clínica de la *conselleria*.

De forma automática, este programa planifica y prevé las tareas a realizar en cada paciente crónico, previa la introducción manual de los datos de salud de cada paciente. Esta situación nos lleva a varios problemas, a nuestro juicio.

El primero es que la planificación inicial que se establece no puede modificarse *a posteriori*, ni la frecuencia de visitas ni las tareas asignadas, independientemente de la necesidad del paciente.

Además, la inclusión de parámetros clínicos dentro de Trucare puede ser incorporado también por personal no sanitario.

El segundo problema es que este programa de actuación es independiente del programa Abucasis –es decir, del programa que usan el resto de los departamentos de salud– y que también es ajeno al control, por lo tanto, de la *conselleria* de sanidad.

Trucare gestiona así las historias de salud clínica de los pacientes, pero no comparte sus datos con la *conselleria* de sanidad. Esto puede suponer privar a la *conselleria* de sanidad

de la información epidemiológica sobre los pacientes y la pérdida de datos sobre la salud de los pacientes en el SIP y en el SIA.

Y esto se relaciona, a mi juicio, con un tercer problema, y es que la inclusión de los datos del paciente en Trucare vulnera de forma evidente la ley orgánica en materia de protección de datos, es decir, que no existe un consentimiento explícito del paciente en la inclusión de sus datos en esta plataforma.

Esto además nos lleva también a otro problema añadido: los datos incorporados en esta plataforma son accesibles a cualquier empresa vinculada a la plataforma Trucare. Se estima que hay unas 25 empresas vinculadas a esta plataforma.

Entre estas empresas se identifica la compañía aseguradora Centene que, a su vez, representa el 50% de Ribera Salud.

Este programa además está diseñado con una única finalidad: unificar criterios de actuación y reducir costes –una reducción con criterios de una aseguradora, por tanto.

Comprenderá, señora *consellera*, que esto nos preocupa porque al final puede existir un interés economicista contrario a lo que entendemos por calidad asistencial y protección de la salud.

En el plano normativo, no solo existe la posible vulneración de la ley de protección de datos, sino también el incumplimiento del Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el reglamento sobre la estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana, especialmente en el artículo 4.3, relativo a la autonomía de gestión de la base a los criterios generales de planificación de la *conselleria* y protección de la salud.

Por lo tanto, el programa es inaccesible e independiente de la *conselleria*, hay una posible ocultación de datos de los pacientes al sistema público, se puede gestionar por cualquier persona que no sea profesional sanitario, cuenta con parámetros de reducción de costes y posiblemente no de gestión sanitaria y, además, presuntamente vulnera la ley de protección de datos y el reglamento de organización a la atención primaria.

Ante esta situación, señora *consellera*, le preguntó: ¿cuáles son las medidas que ha llevado a cabo la *conselleria* para recabar información acerca de la forma de proceder de estos programas?

Y en el caso de que haya tenido conocimiento de Trucare, ¿qué medidas de garantía de derecho se ha adoptado al respecto?

Muchas gracias. (*Aplaudiments*)

La senyora vicepresidenta primera:

Gracias, señor Córdoba.

Consellera, cuando quiera.

La senyora consellera de Sanitat Universal i Salut Pública:

Gracias, presidenta.

Señor Córdoba, usted nos preguntaba qué medidas se han llevado a cabo para recabar información acerca de la forma de proceder en los programas de gestión de casos y su aplicación.

Yo le voy a decir cómo funcionamos en la sanidad pública y luego le informaré de lo que usted acaba de decir respecto de las concesiones. (*Algú diu: «Trucare»*)

Ya sabe usted que la población diana de los programas de gestión de casos son aquellos que presentan alta complejidad clínica y también social, por lo que estamos hablando de los pacientes más vulnerables.

En cuanto a la complejidad clínica, diferenciamos dos grupos. Los pacientes crónicos complejos, que están caracterizados por tener múltiples patologías crónicas, polimedicación, dependencia para las actividades básicas de la vida cotidiana, y frecuentemente se asocian a edad avanzada y problemas sociales.

Y el segundo bloque, que serían..., el segundo grupo serían pacientes con necesidades de atención paliativa en fase final de la vida, que son una fase evolutiva del colectivo anterior.

Este colectivo generalmente supone un 5% de la población en las sociedades avanzadas y su situación clínica requiere un gran esfuerzo y una gran implicación de las administraciones públicas, como es el caso de la Generalitat valenciana.

La información del programa de gestión de casos se recoge a través de varios sistemas.

El sistema de clasificación de pacientes, basado en los grupos de riesgo clínico, para identificar los pacientes de alta complejidad clínica. Actualmente este sistema identifica nominalmente 133.270 pacientes de alta complejidad, es decir, el 3% de la población de la Comunitat Valenciana. Pero con la mejora de la calidad de la información y de la potencia de análisis de los sistemas informáticos nos acercamos al 5%.

También el sistema de información ambulatoria, Abucasis, para la actividad de atención primaria. Sistema específico de recogida de datos de las enfermeras gestoras de casos tanto en atención primaria como hospitalaria.

El modelo de atención prestado actualmente por los servicios sanitarios convencionales no proporciona unos resultados óptimos para este conjunto de pacientes tan diferenciados. Por eso este colectivo de casos complejos necesita de un modelo adaptado a sus necesidades específicas.

Los programas de gestión de casos complejos dan respuesta precisamente a estas múltiples, complejas y cambiantes necesidades, no sólo de los pacientes, sino también de las personas que los cuidan.

En la Comunidad Valenciana hemos diseñado un modelo de atención integrada de casos complejos. Y en este modelo han participado profesionales de los sectores sanitario, social y comunitario. Y para su implantación hemos creado nuevos

roles profesionales para el abordaje de los casos complejos, como las enfermeras gestoras de casos comunitarios y las enfermeras gestoras de casos hospitalarios.

Además garantizamos el acceso de los pacientes con casos complejos a un modelo de atención integrada.

Actualmente, en la Comunitat Valenciana 1.268.704 personas disponen de este servicio. Los recursos se han ido asignando en función de las necesidades y hemos pasado de una cobertura del 4% del 2010 con el anterior gobierno a una cobertura en el 2018 del 27,2%.

Las concesiones tienen encomendada la prestación sanitaria integral y es suya la organización. No ejercemos el control directo sobre la gestión de casos, porque ellos con sus medios tienen que adaptarse a los estándares de atención y gestionar la población protegida en aras a conseguir una asistencia de calidad.

Nos consta, no obstante, que la figura de la enfermera gestora de casos también está implementada en algunos de los departamentos de concesión y, en su defecto, tienen establecidos los circuitos para garantizar la continuidad asistencial al paciente crónico complejo.

Yo me gustaría, señor Córdoba, que también se sumara a la reversión de Denia. (*Aplaudiments*)

La senyora vicepresidenta primera:

Gracias, *consellera*.

Señor Córdoba.

El senyor Córdoba Cortijo:

Muy brevemente, me quedan 23 segundos.

No sé qué tiene que ver la reversión de Denia con respecto a lo que le estoy preguntando de un programa, Trucare, de gestión de pacientes crónicos en Elche, Crevillente y Torrevieja. No tiene nada que ver.

Señora *consellera*, no me ha contestado si tiene conocimiento de Trucare. Me consta que ha habido dos escritos de denuncia a la *conselleria* de la forma de gestión de este programa y, evidentemente, ustedes tienen constancia de lo que está ocurriendo en estos programas, que no comparten los datos con la *conselleria* de sanidad.

Por lo tanto, si tiene constancia, por eso le preguntaba: ¿qué medidas de garantía de derecho han adoptado al respecto?

Muchas gracias. (*Aplaudiments*)

La senyora vicepresidenta primera:

Gracias, señor Córdoba.

Passem a l'última pregunta, que és la de la senyora Llum Quiñonero al conseller d'educació –que sí, està ahí–, la número 1.651.

Señora Quiñonero, cuando quiera.

La senyora Quiñonero Hernández:

De nuevo buenas tardes y de nuevo un tema alicantino.

Vengo a solicitar apoyo y recursos de esta cámara para cerrar el paso al deterioro del patrimonio urbano alicantino protegido y acosado desde hace décadas por la especulación, el abandono y la pésima gestión...

La senyora vicepresidenta primera:

Por favor, guarden un poco de silencio porque es difícil escuchar a la diputada.

Diputada, si es tan amable de subir la voz.

La senyora Quiñonero Hernández:

¿Sí? Señoría, ¿no me escuchaba? ¿Empiezo de nuevo?

La senyora vicepresidenta primera:

Empiece.

La senyora Quiñonero Hernández:

Pues empiezo de nuevo.

Es un tema muy interesante, vengo a reclamar para la ciudad el cine Ideal. Así que, présteme atención porque necesitamos la colaboración de todas las instituciones.

Vengo a solicitar apoyo y recursos de esta cámara para cerrar el paso al deterioro del patrimonio urbano alicantino protegido y acosado desde hace décadas por la especulación, el abandono y la pésima gestión de gobiernos poco preocupados por el bien común.

Vengo a pedir la atención de esta cámara y de la *conselleria de educació i cultura* para que sean palanca de apoyo y de rescate de un edificio emblemático en manos privadas que está en riesgo de ruina y de ser, también, presa de la desidia, pasto de la especulación, como ha ocurrido con tantos edificios desaparecidos de nuestra trama urbana.

Vengo a preguntarle, *conseller*, sobre el antiguo cine Ideal, último de las grandes salas cinematográficas que ocuparon el entorno del centro de la ciudad y de la que es la única superviviente.