

Pero hemos hecho algo más, hemos invertido también en los consultorios municipales, que estaban totalmente abandonados. Usted sabe que los consultorios municipales dependen de los ayuntamientos. Los ayuntamientos tienen pocos recursos y muchas veces con esos escasos recursos no los destinan a los consultorios.

¿Por qué? Porque tienen otras necesidades, que también son más urgentes. Pues bien, hemos destinado en esta legislatura cuatro millones de euros para beneficiar, sin discriminación, pensando en que los usuarios son ciudadanos y ciudadanas de la Comunitat Valenciana, y no dependen de ningún grupo político, como se hacía anteriormente.

Gracias. (*Aplaudiments*)

#### **El señor vicepresidente segon:**

Muchas gracias, señora *consellera*.

Gracias, señora *consellera*.

Pasamos a la siguiente pregunta, que es la 1.687, que formula el ilustre diputado Daniel Geffner, del Grupo Parlamentario Podemos-Podem, a la *consellera* de Sanitat Universal i Salut Pública.

Señor Geffner, tiene la palabra.

#### **El señor Geffner Sclarsky:**

Gracias, presidente.

Buenas tardes, *consellera*.

Aprovecharé esto para hablar de atención primaria. Y hablando de color, encenderíamos el amarillo. La atención primaria ha recibido numerosas declaraciones de amor de distintos gobiernos, pero pocas muestras de aprecio, ya que persiste una visión *hospitalocéntrica* y los recortes se cebaron con la misma.

Porque atención primaria padece de una plantilla escasa, envejecida y con alta temporalidad. Porque atención primaria cuenta con un colectivo especialmente vulnerable y discriminado, con contrato de atención continuada.

Las plantillas acusan una importante falta de profesionales, tanto por los elevados cupos que se les asignan como por el trabajo que están llamados a desempeñar.

Todos estos ingredientes condicionan una realidad que no favorece la motivación del personal sanitario, que obstaculizan la formación de verdaderos equipos de trabajo, ponen en riesgo la calidad asistencial y cuestionan la sostenibilidad del modelo.

Se ha reforzado un modelo a demanda y sin programación, que colapsa la consulta asistencial y asigna tiempo de visitas insuficientes, pone trabas a la formación continuada y a la investigación, y dificulta la educación sanitaria y la promoción de la salud comunitaria.

El destacado papel de atención primaria que asigna nuestro modelo sanitario requiere un mayor protagonismo, que debe ir acompañado de mayor presupuesto, tal como lo asume la agenda AP-21, publicada en el año 2007 por el ministerio de sanidad y que, no nos sorprende, no se ha cumplido.

La anterior *consellera* de sanidad, Carmen Montón, se comprometió a llegar a 2020 con el 20% de presupuesto sanitario para primaria.

En este sentido y para mejorar la eficiencia y calidad del sistema sanitario público valenciano, desde nuestro Grupo Parlamentario Podemos, presentamos una PNL para potenciar la atención primaria que fue aprobada en la comisión de sanidad del 29 de octubre del 2018.

En los 286 centros de salud del País Valenciano, el 50% de médicos y médicas de medicina familiar y comunitaria tienen cupos con más de 1.500 tarjetas sanitarias, según informa el ministerio de sanidad.

No solo falta personal médico y de enfermería, sino que la escasa plantilla afecta también a administrativos y a trabajadores sociales. El malestar del conjunto de la plantilla es generalizado y ha llevado a movilizaciones en Madrid, en Galicia y Cataluña, un problema de estado.

En el País Valenciano ha habido paro de diez minutos y concentraciones frente a los centros de salud reclamando mejoras para primaria.

Como respuesta a esta protesta, la *conselleria* de sanidad ha anunciado un plan de medidas urgentes destinadas a paliar las deficiencias de atención primaria.

*Consellera*, ¿nos puede informar en qué consiste este plan? ¿Nos puede indicar qué se está tratando en las distintas mesas de trabajo? Y, ¿cuál es la composición de estas mesas?

¿Se están reuniendo de forma paralela a la *conselleria* por una parte con los sindicatos y por otra con las sociedades científicas? ¿Qué propuestas hay a corto y mediano plazo?

Han pasado 35 años desde la reforma de la atención primaria y 40 años desde la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Es hora, *consellera*, de redefinir el papel de primaria, de reforzarlo.

Termino formulando la pregunta: ¿qué respuesta está dando la *conselleria* a las reivindicaciones de la atención primaria?

Gracias. (*Aplaudiments*)

#### **La senyora vicepresidenta primera:**

Gracias, señor Geffner.

#### **La senyora consellera de Sanitat Universal i Salut Pública:**

Gracias, señor Geffner.

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