



Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha

Jesús

FERNÁNDEZ

El PSOE revalidó gobierno en Castilla-La Mancha y lo hizo con mayoría absoluta. En la Consejería de Sanidad, el presidente Emiliano García Page ha vuelto a otorgar su confianza a Jesús Fernández, quien en esta entrevista analiza la difícil situación económica que pueden atravesar las comunidades autónomas por el bloqueo político nacional y explica cuáles serán las prioridades de su gestión para esta nueva legislatura.

Javier Ruiz-Tagle
Periodista de Gaceta Médica



Pregunta. La Consejería de Hacienda ya está trabajando para tener nuevos presupuestos. ¿Qué le espera a su consejería?

Respuesta. Los presupuestos tienen tres condiciones. La primera es que se están creando en este momento y por lo tanto todo es provisional. La segunda es que esperábamos una estabilidad que viniese del Estado y no ha podido ser... Esperemos que en noviembre se consiga porque nos importan por lo que nos deben y queremos cobrar como por la estabilidad real que se necesita para abordar la financiación autonómica. En tercer lugar, hay una serie de planes que se contemplan por anualidades, y que tenemos protegidos, que forman parte del nudo gordiano de los presupuestos, como son las infraestructuras, la tecnología o las ofertas de empleo público.

P. Como acaba de decir, se repiten las elecciones. ¿Cómo va a afectar a los presupuestos no tener las entregas a cuenta correspondientes a 2018?

R. Nosotros estimamos que el global de lo que nos tienen que pagar en este asunto son unos 300 ó 400 millones de euros. Como ve, nos hace un hueco importante. Pero bueno, ahora ya toca mirar al frente y pensar que el 10 de noviembre se pueda conformar un gobierno estable.

P. ¿Qué espera de la eterna promesa de la reforma del sistema de financiación?

R. Nosotros venimos dando guerra desde hace tiempo. Y no solo desde la Consejería de Sanidad, también nuestro presidente, Emiliano García Page, en la primera Conferencia de Presidentes que hubo con Mariano

Rajoy, hizo especial hincapié en la necesidad de reformar el sistema sobre todo desde el punto de vista del sistema sanitario. Yo ya he dicho en varias ocasiones, y lo sigo manteniendo, que tenemos una comunidad difícil, con mucha dispersión porque tenemos 80.000 kilómetros cuadrados y con dos millones de habitantes. Eso supone una densidad de población de 25 personas por kilómetro cuadrado. Si nos comparamos con las demás, somos de las de menor densidad de población. Esto lo que provoca es que para alcanzar los servicios públicos de calidad que queremos pues tengamos que disponer de un presupuesto que desde el punto de vista de la financiación autonómi-

ca no vemos compensado y creo que esto es lo primero que hay que poner sobre la mesa cuando vayamos a hablar de financiación autonómica.

P. Hablando de todo este panorama el Consejo Interterritorial monográfico de Financiación duerme el sueño de los justos. ¿Tenéis en el horizonte alguna cita del Consejo para este tema o para otro?

R. Esta convulsión electoral nos pierde a todos. Hace que la situación no sea convencional. Esto afecta a los temas que puedan estar en cartera y que son de máxima importancia y que necesitan un clima de estabilidad para abordarlos. La financiación

sanitaria es un tema para el Consejo Interterritorial vital y se ha pedido abordarlo desde todos los colores políticos. Junto a la financiación también está el déficit de profesionales en el ámbito médico. Ambos temas son cruciales y deberían estar en la agenda del Congreso pero de momento no tenemos cita a la vista.

P. Otro de los problemas del parón a nivel nacional es que se sigue trabajando con los presupuestos de 2018 que tenían previsto una cantidad raquítica para el Fondo de Cohesión (3,7 millones de euros). ¿Cómo se puede hacer frente a la sobrecarga del sistema en aspectos como las CAR-T?

R. Llevamos cuatro años reclamando que el Fondo de Cohesión tenga una financiación realista. Cuando hablamos de cohesión, de equidad y de universalidad es que vivas donde vivas o estés donde estés la atención tienen que ser igual o, al menos, la prestación sanitaria tiene que tener las mismas oportunidades. Si no somos capaces de que haya dinero para que las comunidades que más reciben pacientes tengan ese dinero o que las comunidades que más enviamos tengamos ese fondo para que se beneficien los demás, no hay equilibrio y, por tanto, genera falta de equidad. Yo me he cansado de decirlo con el convenio con la Comunidad de Madrid, también a los gobiernos de Rajoy y Sánchez. El Fondo de Cohesión es el que garantiza la equidad del sistema y cuatro millones de euros no es hablar de Fondo de Cohesión, es una broma. Me preguntabas, en concreto por las CAR-T. Nosotros somos en este momento emisores de pacientes pero ya estamos trabajando para ser también receptores y para tener algún servicio de referencia. En este momento las CAR-T no son el principal problema, pero no hay duda de que lo va a ser. El problema es otro grueso de pacientes para los que tenemos negociado solo ciertos csures.

P. ¿Qué hospital se va a intentar que sea centro de referencia en CAR-T?

R. En este momento estamos trabajando con tres centros: Toledo, Albacete y Guadalajara. Quien está más adelantado según la documentación que han presentado es Guadalajara pero tenemos una reunión antes de final de año para tomar la última decisión de cara a 2020.



P. En su comparecencia en el Parlamento uno de los anuncios fue que Castilla – La Mancha será la primera comunidad autónoma en la que habrá medicina nuclear en los grandes hospital de cada provincia.

R. Es cierto y también va a ver oncología radioterápica, que no tenemos en todos los hospitales de provincia. Hoy en día solo lo tenemos en Albacete y Ciudad Real y la promesa es que lo haya en todas las capitales. Hemos comprado los aceleradores lineales para las cinco capitales y se están instalando a medida que avanzan las obras de los hospitales. Además, significa que esos aceleradores son los que hemos comprado con el dinero de la Fundación Amancio Ortega. Hemos comprado ocho mamógrafos tomosíntesis y los siete aceleradores lineales con ese dinero. Además, todos los hospitales de la región tendrán resonancia. En este momento tenemos en todos menos en Villarobledo, Manzanares, Valdepeñas y Almansa, aunque el de Villarobledo ya se va a instalar.

P. También es noticia que Castilla-La Mancha, junto a Canarias, serán las primeras comunidades con la historia clínica interoperable gracias a unos fondos que ha destinado la Unión europea.

R. Sí. Es un proyecto muy bonito que como dice está financiado por la Comunidad Económica Europea al que nos presentamos y hemos ganado. Son algo más de cinco millones de euros y hablamos de historia clínica interoperable porque es la primera vez que vamos a tener una historia clínica única con todo tipo de datos utilizando la tecnología de Big Data e inteligencia artificial. Ese proyecto

acabará con Castilla- La Mancha y Canarias interoperables y la oferta es que sea para todos los que se quieran adherir. Tenemos tres años y cuando acabemos lo ofertaremos al resto de comunidades autónomas. Por tanto, podría ser para toda España.

P. Le voy a preguntar por el debate de la dificultad de aunar acceso a la innovación y sostenibilidad. Todas las administraciones piden ‘un precio justo’. ¿Qué le parece la fórmula que ha propuesto la dirección General de Farmacia del Ministerio de Costes de desarrollo y producción más un beneficio negociado con la industria farmacéutica como paso previo a pagar por lo que realmente funciona?

R. Me parece un comienzo estupendo, sinceramente. Apoyo el criterio pero a mí me gusta discutir la mayor. Yo creo que la clave está en trabajar por el resultado y saber donde tenemos que implicarnos en materia de innovación. A partir de ahí, negociar con la industria tanto riesgos como beneficios.

P. Hablando de acceso, Castilla- La Mancha va a universalizar la financiación de los sistemas flash para la diabetes. ¿Qué impacto tendrá sobre el presupuesto?

R. Estamos hablando de gratuidad cien por cien. Ya hemos aplicado esto en menores hasta 18 años, en embarazadas y en personas con discapacidad visual y el impacto es importante pero dentro de los 3.000 millones que maneja la Consejería es un impacto porcentualmente bajo. Ahora lo ampliamos hasta unas 30.000 personas que pueden tener diabetes tipo 1. Lo evaluare-

“Los siente aceleradores lineales y los mamógrafos que hemos comprado ha sido con dinero de la Fundación Amancio Ortega”

mos dentro del año 2020 pero porcentualmente no es mucho. Si lo miramos desde el punto de vista cuantitativo quizá parezca mucho pero desde el punto de vista cualitativo poder dejar de pincharse para determinar el nivel de glucemia es muy importante.

P. Aprovechando esta pregunta quiero preguntarle por cronicidad. En la última entrevista que nos concedió aseguró que estaban trabajando en la gestión de la compra de los fármacos para crónicos porque comportaban la mayor factura. Dijo que esperaba tener un borrador antes de las elecciones autonómicas. ¿En qué punto estamos?

R. Hemos actuado en tres líneas diferentes. La primera afecta a la parte asistencial. Hemos abierto escuelas de salud para diabetes, cáncer de mama, EPOC, artritis reumatoide... a las patologías crónicas más prevalentes en nuestra comunidad. La segunda línea que hemos abierto afecta al nivel de adherencia a los medicamento de los pacientes crónicos. En esto estamos esperando los resultados del estudio que hemos puesto en marcha pero le puedo avanzar que tenemos un nivel de adherencia bajo. Los resultados preliminares nos indican que el nivel de adherencia es más bajo en el ámbito rural que en el núcleo urbano. Cuando nos presenten el estudio definitivo vamos a hacer dos subestudios de zonas rurales pequeñas en la sierra de Cuenca y en la de Guadalajara. Creemos que en esas zonas hay que insistir en la educación de la salud y estar más pendiente del enfermo crónico. El tercer punto en el que hemos trabajado es que los profesionales que se dedican a la cronicidad están obligados a presentarnos un estudio que tenga que ver con la política farmacéutica que seguimos, tanto de la prescripción como del seguimiento. Las tres líneas van encaminadas a ver si los enfermos crónicos están tomando lo adecuado, si verdaderamente se lo toman y qué efecto están teniendo.



P. Hablemos ahora de profesionales. La Consejería ha decidido incluir en su estructura una Dirección General de Atención Primaria y otra de Cuidados y Calidad. ¿En qué se traducirán?

R. Hemos visto que los profesionales están carentes de apoyo administrativo y además están a la espera de que le propongamos planes de mejora para el abordaje de, por ejemplo, la cronicidad. Me gusta haber sido la primera comunidad autónoma en crear estas Direcciones Generales, sobre todo para marcar la ruta. Con la Dirección General de Atención Primaria lo que queremos es que forme parte del liderazgo del cambio de modelo. Que sea la directora general y su equipo los que lideren los grupos de trabajo en los que pensamos que hay que hacer un cambio de modelo hacia la salud comunitaria. Queremos retomar el alma de la atención primaria basado en la salud comunitaria. Por su parte, la de Cuidados y Calidad tiene incluso una proyección mayor que la de Atención Primaria. Nosotros queremos darle visibilidad, y nos hemos tomado en serio los profesionalismos, el rol enfermero. Los que nos formamos en Ciencias de la Salud no podemos estar categorizados o gremializado. Eso del médico hace una cosa y la enfermera otra no puede ser. Yo creo que cada uno, siendo consciente de su formación, debe exprimirla al máximo. Los profesionalismos, la enfermería, los trabajadores sociales, los fisioterapeutas, los psicólogos, los odontólogos... todos forman parte de nuestro sistema de salud y creemos que cuando hablamos de cuidados y calidad tenemos que hablar del todo; precisamente en esos núcleos de población donde es más difícil llegar.

“El déficit de profesionales de primaria es alto y va a ser mucho peor en los próximos 10 años”

P. Centrándonos en Primaria. ¿Cuál es el déficit de profesionales?

R. Es alto y va a ser mucho peor en los próximos diez años. Yo creo que hay que repensar el modelo de atención pensando en los profesionalismos, precisamente. Sobre todo hay que darle salida a lo que realmente se debe dedicar el médico de atención primaria, que es a la salud comunitaria. ¿Por qué no tiene más resolución el profesional de atención primaria? ¿Por qué no puede solicitar todo tipo de pruebas? Yo creo que el camino va por ahí, por hacer atractiva la atención primaria para que más personas recién graduadas puedan elegir la especialidad de medicina de familia o la enfermería comunitaria para su futuro. Esto se consi-



que haciendo modelos como el que acabo de contar, dando más resolución y más presupuesto. Nuestra propuesta es que el 25 por ciento del presupuesto vaya a atención primaria, cuando la media nacional se sitúa en el quince. En este momento, según los cálculos del estudio tenemos desde hace un mes, somos la tercera comunidad autónoma con más médicos en atención primaria y la cuarta con más enfermeras. Está bien, pero la foto de ahora no es reflejo de lo mal que lo podemos pasar si no trabajamos en ello en los siguientes 10 años. Tenemos que hacer atractiva la especialidad de atención primaria.

P. ¿En otras especialidades médicas el déficit de profesionales es igual de preocupante?

R. No. En pediatría sí y quizá en traumatología y neurología. Pero esto está más repartido por el país. En Madrid hay muchos profesionales de estas especialidades y, por ejemplo, en Castilla-La Mancha tenemos falta de anestelistas.

P. ¿Qué le parece el Real Decreto de Especialidades que está ultimando el Ministerio?

R. Tiene cosas buenas, como todo lo que se legisla y alguna cosa a repensar. Lo de las subespecialidades o las especialidades dentro de una misma especialidad... Ser hemodinamista cuando eres cardiólogo dedicando los últimos años... Pues hombre, a las comunidades que tenemos menos posibilidades de formación nos pone en un aprieto más importante que a las otras. Yo creo que hay que volver a darle una vuelta al decreto.



P. ¿Cree que hay déficit de enfermeros? Se lo pregunto porque el sindicato Satse está preparando una Iniciativa Legislativa Popular para aumentar la ratio y además aseguran que con esto el sistema se ahorraría 8.000 millones de euros.

R. Hacer estudios que tengan profundidad en la financiación es muy bueno pero tienden a cometer el error de magnificar el resultado. No me atrevería a decir si se podrían ahorrar esos 8.000 millones pero me parece una barbaridad. La ratio de enfermera es una generalidad que en los siguientes años habrá que ir pensando. Hay que diversificar el número de profesionales con respecto a la función. La ratio de enfermeras en hospitalización debe ser una, en ambulatoria otra, en atención primaria debe ser otra... Sería mucho más interesante definir las líneas en las que la enfermería cobra protagonismo como profesión y en las que debe mantenerse en un protagonismo secundario porque aparece, por ejemplo, el psicólogo. Por lo tanto, hacer una generalidad de la ratio me parece difícil.

P. Pasemos a hablar ahora de los farmacéuticos. En marzo se publicó el nuevo decreto de planificación farmacéutica y autorización de nuevas farmacias, que permitirá la nueva apertura de unos 50 establecimientos. ¿Hay previsiones de fecha para la puesta en marcha del concurso?

R. Hace tres días me reuní con la nueva directora general, Carmen Encinas, y me pidió tiempo para el estudio y que me presentaría las posibles fechas a principios de año. Lo haremos en 2020.

P. Castilla- La Mancha es la segunda región con la red de farmacias más empobrecida: un 11 por ciento de sus farmacias son VEC y en provincias como Cuenca, un 25%. ¿Se descarta que este concurso pueda afectar más negativamente a la salud económica de esta red?

R. Estamos hablando de núcleos de población que no afectan a nuestro problema. Voy a explicarme. El que tengamos más VEC tiene que ver con esta cifra que le voy a dar. Dos millones de habitantes que tenemos distribuidos en 919 municipios. De esos municipios sólo seis tienen más de 50.000 habitantes y solo 32 tienen más de 10.000. Estamos hablando que solo 38 municipios de 919 tienen más de 10.000 habitantes. El crecimiento de farmacias se va a producir en esos municipios principalmente, por lo que no afectará al resto de municipios que es donde están la mayoría de VEC. Nuestro problema de farmacia está en la ultrarural, si me permite el término. En la sierra de Cuenca y Guadalajara donde además es más difícil que un profesional se quiera desplazar allí. Pero quiero romper una lanza a favor de la profesión porque en muchos de nuestros municipios el farmacéutico es el único agente de salud y vamos a seguir creyendo en él porque es nuestro valor es esos municipios. Por eso le decimos a los farmacéuticos que no tengan reparos en coger una VEC porque vais a estar protegidos y acompañados por la administración.

“El que tengamos más farmacias VEC tiene que ver con que de los 919 municipios que tenemos solo 38 tienen más de 10.000 habitantes”



Reportaje fotográfico:
Amaia Gómez

P. ¿Qué opina de la Atención Farmacéutica Domiciliaria que se está tratando de implantar en otras comunidades?

R. Lo dije ya en alguna ocasión y me mantengo. Fue valiente el consejero de Madrid cuando se lanzó al ruedo con esto. A mí me parece que cada profesión tiene sus tareas y no hay por qué generar nuevas ideas que no vayan a sumar. Nosotros con los farmacéuticos tenemos planes, sobre todo relacionados con promoción de la salud y prevención de la enfermedad que nos van fenomenal. El otro ámbito de lo clínico, creo que hay otros profesionales que tienen la formación.

P. ¿En qué servicios, convenios o proyectos sanitarios se está trabajando concretamente con los Colegios?

R. En la prevención del cáncer de colon, con los pacientes celíacos y ahora vamos a empezar con la detección precoz del cáncer de cérvix.

P. En la última entrevista que nos concedió nos habló de un programa sobre información de los genéricos, ¿qué resultados están teniendo?

R. Hemos hablado en alguna ocasión sobre la posibilidad de subastas. Hemos querido ser claros en

esto y no definir una política que luego no pudiéramos llevar a cabo. En este momento Castilla- La Mancha es la comunidad con mayor utilización de genéricos, con un 48 por ciento sobre un 24 que es la media nacional. Y en biosimilares, también somos la primera comunidad con más de 50 por ciento sobre un 30 de media nacional. Con esto quiero decir que la adquisición de medicamentos está siendo adecuada sin tener que ir a fórmulas de ningún tipo. También quiere decir que la prescripción es la adecuada. Por lo tanto estamos trabajando ahora, como decía antes, en adherencia. ■