



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DOÑA MARÍA DE LOS ÁNGELES PRIETO SÁNCHEZ

Sesión celebrada el día 16 de octubre de 2025, en Valladolid

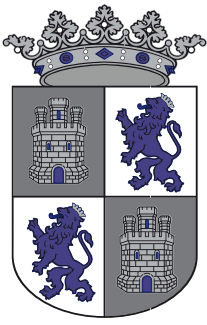
ORDEN DEL DÍA

1. Pregunta para su respuesta oral, POC/000503, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores D. José María Sánchez Martín, Dña. María de los Ángeles Prieto Sánchez, D. Francisco Javier Carpio Guijarro, Dña. Beatriz Coelho Luna, Dña. Lorena de la Fuente Ruiz, D. Raúl Hernández López y Dña. María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a cómo se está trabajando la cadena de generación de valor en el Sistema Público de Salud a través de los procesos de investigación e innovación en el ámbito clínico, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 455, de 4 de septiembre de 2025.
2. Pregunta para su respuesta oral, POC/000509, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores D. José María Sánchez Martín, Dña. María de los Ángeles Prieto Sánchez, D. Francisco Javier Carpio Guijarro, Dña. Beatriz Coelho Luna, Dña. Lorena de la Fuente Ruiz, D. Raúl Hernández López y Dña. María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a qué medidas se están implementando para actualizar la normativa en materia de sanidad mortuoria, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 455, de 4 de septiembre de 2025.
3. Proposición no de ley, PNL/001406, presentada por los Procuradores Dña. María del Carmen García Romero, D. Fernando Pablos Romo, Dña. Rosa María Rubio Martín y D. Jesús Puente Alcaraz, instando a la Junta de Castilla y León a instalar el botón del pánico en todos los centros de Atención Primaria en la provincia de Salamanca y en aquellas provincias donde no estén instalados, para la seguridad de los profesionales y pacientes, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 427, de 29 de mayo de 2025.



SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta minutos.	24677
La presidenta, Sra. Prieto Sánchez, abre la sesión.	24677
Intervención del procurador Sr. Puente Alcaraz (Grupo Socialista) para comunicar sustituciones.	24677
Intervención del procurador Sr. García Fernández (Grupo UPL-SORIA ¡YA!) para comunicar sustituciones.	24677
La presidenta, Sra. Prieto Sánchez, somete a la consideración de la Comisión la alteración del orden del día. Es aceptada.	24677
Primer punto del orden del día (antes tercero). PNL/001406.	
La secretaria, Sra. De la Fuente Ruiz, da lectura al primer punto del orden del día.	24677
Intervención del procurador Sr. Pablos Romo (Grupo Socialista) para presentar la proposición no de ley.	24677
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Pascual Muñoz (Grupo Mixto).	24679
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. García Fernández (Grupo UPL-SORIA ¡YA!).	24680
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. Arroyo Otero (Grupo VOX Castilla y León).	24682
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Carpio Guijarro (Grupo Popular).	24684
Intervención del procurador Sr. Pablos Romo (Grupo Socialista) para cerrar el debate y fijar el texto definitivo.	24687
Intervención del procurador Sr. Carpio Guijarro (Grupo Popular) para pronunciarse sobre el texto final propuesto.	24689
La presidenta, Sra. Prieto Sánchez, somete a votación, en los términos fijados por su proponente, la proposición no de ley número 1406. Es aprobada por unanimidad.	24689
Segundo punto del orden del día (antes primero). POC/000503.	
La secretaria, Sra. De la Fuente Ruiz, da lectura al segundo punto del orden del día.	24690
Intervención del procurador Sr. Sánchez Martín (Grupo Popular) para formular la pregunta a la Junta de Castilla y León.	24690
Contestación, en nombre de la Junta, de la Sra. Martín Pérez, directora general de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación.	24693



	<u>Páginas</u>
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Sánchez Martín (Grupo Popular).	24696
En turno de dúplica, interviene la Sra. Martín Pérez, directora general de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación.	24698
Tercer punto del orden del día (antes segundo). POC/000509.	
La vicepresidenta, Sra. Suárez Villagrà, da lectura al tercer punto del orden del día.	24700
Intervención de la procuradora Sra. De la Fuente Ruiz (Grupo Popular) para formular la pregunta a la Junta de Castilla y León.	24701
Contestación, en nombre de la Junta, de la Sra. Granda Castro, directora general de Salud Pública.	24702
En turno de réplica, interviene la procuradora Sra. De la Fuente Ruiz (Grupo Popular).	24705
En turno de dúplica, interviene la Sra. Granda Castro, directora general de Salud Pública.	24706
La presidenta, Sra. Prieto Sánchez, levanta la sesión.	24707
Se levanta la sesión a las doce horas quince minutos.	24707



[Se inicia la sesión a las diez horas treinta minutos].

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Buenos días, señorías. Se abre la sesión. ¿Algún grupo parlamentario tiene que comunicar a esta Presidencia alguna sustitución?

EL SEÑOR PUENTE ALCARAZ:

Sí, presidenta. Buenos días. Doña Laura Pelegrina Cortijo sustituye a doña Rosa Rubio Martín.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Gracias.

EL SEÑOR GARCÍA FERNÁNDEZ:

Buenos días, presidenta. José Ramón García Fernández sustituye a Luis Mariano Santos Reyero.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Gracias. Se ha solicitado, por parte del Partido Socialista, un cambio en el orden del día. Y, si no existe ningún inconveniente –por parte de... de la Mesa no lo existe–, debatiremos, en primer lugar, el punto número tres, la proposición no de ley presentada por el Partido Socialista.

Sin más, la señora secretaria dará lectura del primer punto del orden del día.

PNL/001406

LA SECRETARIA (SEÑORA DE LA FUENTE RUIZ):

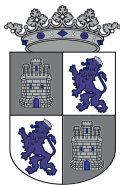
Primer punto del orden del día: **Proposición no de ley número 1406, presentada por los Procuradores doña María del Carmen García Romero, don Fernando Pablos Romo, doña Rosa María Rubio Martín y don Jesús Puente Alcaraz, instando a la Junta de Castilla y León a instalar el botón del pánico en todos los centros de Atención Primaria en la provincia de Salamanca y en aquellas provincias donde no estén instalados, para la seguridad de los profesionales y pacientes, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 427, de veintinueve de mayo de dos mil veinticinco.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias. Para la presentación de la proposición no de ley, tiene la palabra, en representación de los señores procuradores proponentes, por un tiempo máximo de diez minutos, don Fernando Pablos Romo.

EL SEÑOR PABLOS ROMO:

Señora presidenta, quiero, en primer lugar, agradecer que se haya accedido al cambio en el orden del día en la forma en la que se debate, por una cuestión personal que me permitirá llegar a Salamanca a tiempo.



Esta es una iniciativa que trae el Grupo Socialista a requerimiento de representantes de profesionales sanitarios, fundamentalmente de personal de enfermería. Y lo hace ante la constatación de que las agresiones se han incrementado sustancialmente en los últimos años y que los medios puestos por la Junta, probablemente con buena voluntad, han sido insuficientes. En algunos centros de salud a los que se hace referencia en los antecedentes, que no voy a repetir porque los tienen ya sus señorías, se ha establecido en algunos casos presencia de personal de seguridad.

Tiene que ver también con la sociología de las diferentes áreas de salud y, por tanto, esta no puede ser una solución para todos los centros. Nos parece que lo que el Grupo Socialista plantea, a requerimiento de estos representantes, tiene que ver también con la sensación de seguridad de los profesionales, y que es poder implantar, de forma paulatina –nos referimos a Salamanca porque es la provincia con peores datos, pero lo extendemos ya en la PNL al conjunto de las provincias–, el conocido como botón antipánico.

¿Cuáles son los datos? Pues miren, datos del año dos mil veintitrés –los emite el Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca y así nos lo remitió al Grupo Socialista–: las enfermeras y enfermeros vuelven a ser los profesionales del Sacyl con más agresiones que padecen en el año dos mil veintitrés, 232.

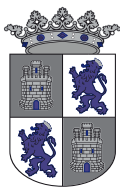
¿Y por qué empezamos en nuestra propuesta de resolución hablando de Salamanca? Porque los datos son muy duros. Hubo 603 en el conjunto del personal sanitario con agresiones, y, de ellos, la provincia que más (77) fue Salamanca; la segunda fue Ávila, con 60. Pues bien, lo que queremos plantear es que este es un dato que tiene que intentar ser corregido.

Datos más recientes. Noticia del pasado ocho de octubre –estamos hablando de poco más de una semana–: “Nuevas agresiones contra enfermeras ponen de relieve el aumento de ataques en el Sistema Nacional de Salud”. Es una noticia del conjunto del Estado y hace referencia a cinco provincias: Huelva, Cádiz, Málaga, lo que sería la Comunidad canaria y la provincia de Salamanca. El hecho de que Salamanca aparezca continuamente en estos datos no es algo que nos parezca que sea algo que podamos dejar pasar de lado.

Y noticia del sindicato CSIF, poco sospechoso de ser un sindicato cómplice con los planteamientos del Grupo Socialista; un sindicato que tiene, además, absolutamente todo nuestro respeto, una representación importante en este colectivo. Y dice textualmente: CSIF pide implementar el botón de pánico para reducir las agresiones a sanitarios.

Lo hizo con motivo del Día Europeo contra las Agresiones a Médicas y Profesionales Sanitarios, que se celebra –como bien saben– el doce de marzo.

Esos son los datos más relevantes que nos han motivado a traer esta iniciativa. Somos conscientes que el botón de pánico probablemente no sea la panacea para las agresiones que se producen o que tienen riesgo de producirse. Pero también es posible que el mismo, acompañado de otras medidas, pueda ayudar a trasladar más seguridad a quienes dedican cada día a mejorar nuestra salud. Y ese es el objetivo que traslada nuestro grupo, un objetivo sencillo que espera contar con el apoyo del conjunto de los grupos de esta Cámara, y que en su propuesta de resolución se establece del siguiente modo:



“Las Cortes de Castilla y León instan a la Junta de Castilla y León a instalar el Botón de Pánico en todos los Centros de Atención Primaria en la provincia de Salamanca y en aquellas provincias donde no estén instalados”.

Hasta aquí nuestra primera intervención. Esperando lo que son sus aportaciones, fijaremos el texto definitivo en la segunda.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señor Pablos Romo. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Mixto, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor procurador don Pedro Pascual Muñoz.

EL SEÑOR PASCUAL MUÑOZ:

Muchas gracias, presidenta. Buenos días, señorías. Bueno, nos encontramos con esta iniciativa, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, que pretende, en resumen y con independencia de que se haya referido especialmente a la provincia de Salamanca, que se instale el botón del pánico en todos los centros de Atención Primaria donde no se encuentren ya instalados en nuestra Comunidad.

Como bien ha explicado el proponente, el botón del pánico es, en definitiva, un procedimiento que, partiendo de un dispositivo de seguridad, genera el envío de una señal de alerta a un centro de control donde se monitoriza y se notifica una situación irregular, de peligro o de emergencia.

La violencia hacia los sanitarios y en las consultas, en este caso de Atención Primaria, es un mal que no para de crecer; y eso es algo que las estadísticas lamentablemente confirman cada año. De hecho, este incremento de ataques a los sanitarios ha hecho que las distintas agrupaciones profesionales, asociaciones, organizaciones sindicales, planteen cada año la necesidad de incrementar, por un lado, las medidas preventivas y, por otro lado, la extensión de este mecanismo del que estamos hablando, del botón del pánico, a todos los centros sanitarios en lo que... en los que aún no se encuentra disponible. Ya les digo que todo esta... las estadísticas confirman que cada año se incrementa, lamentablemente, el riesgo de sufrir un ataque violento por los distintos profesionales que trabajamos en esos centros.

Los últimos datos... también se ha referido el proponente a datos de su provincia y también de la mía, que está en segundo lugar lamentablemente, y que, además, yo creo que los últimos datos hablan de que se producen casi 50 agresiones diarias contra el personal sanitario, lo que viene a demostrar pues la gravedad del problema ante el que nos encontramos.

Es verdad que este sistema ofrece ventajas de distinto tipo que, en su conjunto, consiguen contribuir a la seguridad del personal sanitario y con ello, también es verdad, la mejora de la atención sanitaria de los pacientes.

Los incrementos -como digo- de estas agresiones han sido especialmente relevantes en Atención Primaria, lo cual refuerza la idea de que debe realizarse un esfuerzo especial para dotar en todos los centros de Atención Primaria de este botón del pánico.

Estas ventajas que, en teoría, ofrecen la posibilidad de la inmediatez por lo que el personal sanitario en situación de riesgo puede ser atendido es... se queda



un poco corto si no hay personal de seguridad que llegue en ese momento. Y me explico. Muchos centros de salud no tienen personal de seguridad, y, si tocas el botón del pánico, hasta que llegue el personal de seguridad, el que está delante y el que se enfrenta a la situación es el personal sanitario.

¿Qué problema hay, y que se ve, y que yo me gustaría que se tuviera en cuenta cuando se construyen centros de salud? Es que tú, cuando ves los centros de salud y dónde se ponen los enchufes y dónde se pone todo, al final los médicos y los enfermeros estamos de cara a la puerta con una mesa, y que para salir de ahí tenemos que... -¿verdad, Chema?- que nos las vemos y nos las deseamos para salir si alguien se pone agresivo o alguien se pone violento. Y yo soy grande, pero tengo dificultades, ¿eh?, porque toda la estructura pues se hace muy bien; a veces -ya le digo- no entran ni las sillas de ruedas, pero, bueno, bien, eso se va solventando. Pero no se cuenta con que, sí, queda muy bien que cuando entra el paciente te ve de frente, te ve en la mesa, pero, si se pone agresivo porque su estado de salud mental o por lo que sea está agresivo, nos vemos muy difícil para salir. Por mucho botón antipánico que toquemos y tengamos, al final la primera nos la llevamos nosotros. Entonces, eso hay que tenerlo en cuenta. Que yo sí que haría un llamamiento a que, cuando se construyan los centros de salud -que se construyen-, que se tenga en cuenta que, bueno, que podamos salir o que haya una puerta o algo y que tanto el enfermero como el médico o el auxiliar o quien está allí pues tenga un sitio de evacuación.

Ya le digo que... que vamos a votar a favor de su propuesta porque creo que tiene que estar el botón antipánico, eso está claro. Pero fíjese que yo trabajo en emergencias, lo tenemos, y a veces... ya digo que suerte que yo soy grande, pero que cuando vamos a... nosotros, además, vemos bastante enfermos agitados y... y ¡fu! Te digo que solamente hay que contar con algo más. Y en los centros de salud yo creo que sería fundamental también que, de alguna forma, pues el personal de seguridad llegara cuanto antes; porque, si no, ya puedes estar tocando al botón, que al final te digo que la primera te la llevas tú. ¿Vale?

Nada más. Simplemente vamos a apoyar su propuesta y ojalá salga adelante. Muchas gracias.

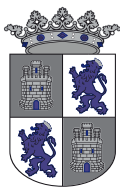
LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señor Pascual. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario UPL-Soria ¡Ya!, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor procurador don José Ramón García Fernández.

EL SEÑOR GARCÍA FERNÁNDEZ:

Muchas gracias, señora presidenta. Buenos días a todos los presentes. Ya les adelanto que la Unión del Pueblo Leonés va a votar a favor de esta proposición no de ley. Lo hacemos, como siempre, desde una posición constructiva, técnica y territorialmente justa, porque entendemos que la seguridad de los profesionales sanitarios y de los pacientes no puede ser objeto de debate partidista ni depender de la discrecionalidad de las Gerencias de Área.

El mapa de riesgos de Castilla y León refleja una situación que debería preocupar seriamente a la Consejería de Sanidad: 97 centros de salud catalogados como "en riesgo" en dos mil veinticuatro, casi el doble que en dos mil ocho, cuando se iniciaron los registros de agresiones y amenazas.



En el caso concreto de Salamanca, 10 centros se mantienen, año tras año, en este mapa, encabezados por La Alamedilla, Garrido Sur, Elena Ginel Díez, y con nuevos centros incorporados como Periurbana Norte, Capuchinos, Lumbrales o Guijuelo.

Estos datos no son una anécdota estadística, sino que son un indicador objetivo de un fallo estructural en el Sistema de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Autonómica de Salud -no regional, autonómica-. Las agresiones y amenazas no solo se han mantenido, sino que han aumentado, sin que la Junta haya puesto en marcha medidas proporcionales al riesgo detectado.

Desde la Unión del Pueblo Leonés creemos que la Junta de Castilla y León debe abordar este problema con un enfoque técnico, integral y homogéneo para todo el territorio, y no a golpe de improvisación ni de notas internas que quedan en papel mojado.

La instalación del botón del pánico es una medida básica, preventiva y de bajo coste en comparación con las consecuencias de una agresión. No estamos hablando de una inversión desmesurada, sino de un sistema de alerta inmediata conectado con las fuerzas de seguridad, perfectamente viable, y ya operativo en otros servicios públicos de España.

Lo que resulta inaceptable es que la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca haya rechazado reforzar la vigilancia alegando su alto coste económico. ¿De verdad de la seguridad de los profesionales de la sanidad pública es una cuestión del presupuesto? ¿Acaso no se destinan partidas mucho mayores a campañas o infraestructuras que, siendo importantes, no tienen la urgencia ni el impacto directo que supone proteger la integridad de quienes sostienen la Atención Primaria?

La Unión del Pueblo Leonés siempre ha defendido que los recursos humanos y de la sanidad deben ser protegidos, valorados y respaldados, especialmente en el medio rural y en las áreas periféricas -que todos sabemos cuáles son-, que siguen padeciendo déficits estructurales de personal, infraestructuras y medios.

Esta es otra muestra más del desequilibrio territorial dentro de esta Comunidad: mientras algunos servicios urbanos disponen de seguridad privada o sistemas de alarma, otros centros... otros centros -perdón-, incluso catalogados como de riesgo, carecen de cualquier mecanismo de protección inmediata.

La violencia contra los profesionales sanitarios no es un problema menor ni una cuestión aislada. Los datos del propio Ministerio de Sanidad evidencian un incremento sostenido de las agresiones en los últimos años, con la Atención Primaria concentrado casi el 50 % de los casos. Y esto no solo tiene un coste personal y emocional para los trabajadores, también afecta directamente a la calidad asistencial, genera absentismo, rotación del personal y pérdida de motivación, especialmente en zonas ya tensionadas por la falta de médicos y enfermeras.

Por todo ello, desde la Unión del Pueblo Leonés creemos que esta proposición no de ley no debe verse como una propuesta solamente del PSOE, sino como una cuestión de responsabilidad institucional. El botón del pánico es una medida técnica, consideramos eficaz y razonable, que debe formar parte de un plan integral de seguridad en torno... en el entorno sanitario: con evaluación de riesgos actualizada y pública; con protocolos de actuación claros; con formación específica



del personal; y con una coordinación directa con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado; y -añado, como el anterior portavoz- con un diseño de interiores arquitectónico adecuado.

Además, sería deseable que la Junta aprovechara esta iniciativa para revisar su política de prevención de riesgos laborales y garantizar la equidad territorial en la aplicación de medidas de seguridad. Porque no puede ser que los centros de salud de Salamanca o León, por ejemplo, estén en una situación... -o en este caso el de Ávila, que es la segunda provincia que más incidentes tiene- estén en una situación de vulnerabilidad, mientras otros disponen de más medios simplemente por su situación o localización.

La sanidad pública de Castilla y León no solo se defiende con palabras, sino con hechos y con inversiones. Y... y garantizar la seguridad del personal sanitario es una inversión en confianza y estabilidad del sistema. Si queremos mantener una Atención Primaria fuerte, especialmente en las zonas rurales y periféricas de esta región, debemos ofrecer... -de esta región... perdón, de esta Autonomía, porque yo ponía de la región leonesa, pero lo quiero extender a toda la Comunidad- debemos ofrecer condiciones de trabajo seguras, dignas y previsibles.

Así que, como ya les he dicho, nosotros votaremos a favor de esta proposición no de ley. Y esperemos que no sea una opción política, sino una obligación institucional. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señor García. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Vox Castilla y León, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra la señora procuradora doña Rebeca Arroyo Otero.

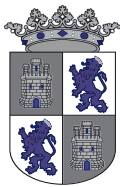
LA SEÑORA ARROYO OTERO:

Muchas gracias. Antes de empezar, informar a todos los grupos que hemos registrado una queja con el fin de que los órdenes del día guarden la proporcionalidad de las iniciativas presentadas por los grupos políticos y que no se haga un uso partidista de ella. Sin más, esperamos que no vuelva a ocurrir.

Y ya me centro en la intervención. Recientemente, el partido político al que represento hemos realizado una pregunta al consejero de Sanidad sobre este tema, porque, la verdad, nos preocupan los datos y el incremento de las agresiones al personal sanitario.

Según los últimos datos publicados, en dos mil veinticuatro se registraron 1.062 profesionales sanitarios de Sacyl agredidos, lo que supone un aumento del 30,9 % respecto al dos mil veintitrés. Además, un 10 % de los agresores fueron reincidentes, lo que evidencia que no se están tomando las medidas preventivas eficaces. Muchos agresores... agresiones fueron verbales o psicológicas (un total de 940 casos) y se reportaron, además, 202 agresiones físicas, muchas de ellas lesiones.

En cuanto a los lugares donde se produjeron estas agresiones físicas, el 57 % se dieron en los servicios de salud mental y un 15 % en los servicios de urgencias. Esto significa que el 72 % de las agresiones físicas se concentran en solo dos áreas



concretas... dos áreas asistenciales muy concretas. Teniendo localizadas estas zonas de riesgo, se debe de extremar la vigilancia ahí.

La falta de medidas eficaces por parte de la Administración está obligando a los profesionales a seguir trabajando en un clima de inseguridad y de desprotección, convirtiendo incluso... conviviendo incluso con sus agresores en el día a día. Y no podemos olvidar que estamos hablando de un delito específicamente regulado en el Código Penal como atentado a la autoridad.

Por ello, desde Vox requerimos de manera urgente que se refuercen las medidas de prevención y se lleve a cabo una actuación contundente. Solicitamos el aumento de vigilantes, sobre todo en las áreas más conflictivas; la mejora del apoyo psicológico y jurídico a los profesionales que sufren estas situaciones violentas; más respaldo institucional y más campañas de sensibilización que recuerden que agredir a un sanitario es agredir a la autoridad.

En la proposición no de ley presentada se solicita la instalación universal del botón en Salamanca y donde falte. La protección de nuestros sanitarios es irrenunciable. Vox defenderá medidas eficaces, medibles y con prioridad para el medio rural de Castilla y León. Rechazamos el oportunismo del PSOE, que propone un botón sin plan integral, sin criterios de riesgo, sin mantenimiento ni coordinación operativa. Exigimos tolerancia cero ante las agresiones, cooperación efectiva con la Guardia Civil y Policías Locales, control de acceso, cámaras, formación de personal y protocolos claros.

La seguridad no se improvisa, no es un eslogan. Se garantiza con orden, autoridad y recursos bien dirigidos, priorizando los centros de mayor riesgo y las zonas más desprotegidas.

Frente al discurso buenista y la inacción del Gobierno central, Vox apuesta por la ley, el orden y respeto a unos profesionales... a nuestros profesionales y usuarios, defendiendo la España rural y nuestros servicios públicos esenciales. Queremos que la instalación se base en los siguientes puntos:

Protección efectiva. El botón solo sirve si está integrado con 112, Guardia Civil, Policía Local, geolocalización en plano del centro, protocolo de respuesta y tiempo máximo de llegada. Sin esto, es un adorno caro.

Prioridad por riesgo. Empezar por los centros catalogados de "alto" y "muy alto riesgo" según el mapa de riesgos y datos recientes. Nada de imposiciones universales sin criterio.

Paquete completo. Botón más control de acceso, puertas con apertura dirigida, circuitos de fuga, cámaras en zonas comunes, formación en desescalada y refuerzo de plantilla en tramos críticos.

Medición y revisión. Indicadores trimestrales: número de alerta, tiempo de respuesta, agresiones evitadas, atestados y evaluación semestral en Comisión de Sanidad.

Coste eficiente. Una licitación única autonómica para *hardware*, *software*, mantenimiento 24/7 y reaprovechamiento de infraestructuras TIC ya existentes.

Defensa del medio rural, que significa asegurar la cobertura en consultorios locales prioritarios donde un aviso rápido a la Guardia Civil es vital por distancias y falta de vigilantes.



Tolerancia cero. Impulso de protocolos que automaticen denuncia y asistencia jurídica al profesional agredido. Señalización visible de las consecuencias penales.

En definitiva, nos parece bien la propuesta, queremos hacer una enmienda de adición para completarla. Y esta enmienda de adición consistiría en añadir un punto 2, que diría así:

“Aumentar la protección del personal sanitario, asegurando la presencia del personal de seguridad suficiente en las zonas de tensión en agresiones, como puede ser la Atención Primaria, Urgencias y unidades de Psiquiatría”. Sin más. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora Arroyo. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Popular, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor procurador don Javier Carpio Guijarro.

EL SEÑOR CARPIO GUIJARRO:

Buenos días, presidenta. Buenos días, señorías. En primer lugar, me gustaría comenzar condenando todo tipo de violencia tanto física como verbal frente a todo el mundo, y en especial, en este caso, a los trabajadores del sistema de salud por el desempeño de sus funciones. Entendemos que no compartir una decisión de un médico o de cualquier profesional no debe implicar en ningún momento una agresión, ni física ni verbal.

En cualquier caso, entendemos que los profesionales del sistema de salud de Castilla León son su principal activo. No es que lo diga yo, es que lo ha dicho reiteradamente nuestro consejero. Y así la Junta de Castilla y León intenta mantenerlo y que así sea.

De igual manera, podemos afirmar que los profesionales del conjunto del Sistema Nacional de Salud son un elemento fundamental para su buen funcionamiento. Por ello, deben gozar de una máxima protección.

A pesar de ello, son un colectivo que se ve afectado por agresiones de diferente índole en el ejercicio de su actividad profesional, siendo un grave problema a día de hoy, y, por lo tanto, se han de tomar medidas tanto preventivas como reactivas contra la violencia en el ámbito sanitario.

Las agresiones a los profesionales sanitarios constituyen un gran desafío no solo para la Junta de Castilla y León, sino para el Sistema Nacional de Salud, dado que esto ocurre tanto en España como en todos los países de su entorno; circunstancia que no es justificación ninguna.

El sector sanitario, por desgracia, está siendo testigo de un aumento preocupante de las agresiones en los últimos años. No sé si por la intolerancia cada día mayor de las personas o por otras circunstancias que deban ser objeto de un posible estudio, pero el caso es que esta situación aumenta y es preocupante.

De acuerdo con los últimos datos, el último informe de agresiones a personal... a profesionales del Sistema Nacional de Salud refleja que, en el año dos mil veinticuatro, se notificaron más de 17.000 agresiones en el conjunto del sistema, tanto físicas como



no físicas, suponiendo un incremento del 24,61 % cada 1.000 profesionales. Y estas cifras reflejan que ha habido incluso un aumento de 2.364 agresiones respecto al año dos mil veintitrés. No todas las agresiones –como he dicho– son de carácter físico, también existen de carácter verbal, como insultos o amenazas, pero igualmente son totalmente condenables. No obstante, los actos violentos de tipo físico en los últimos años se han elevado en 2.946 a lo largo de todo dos mil veinticuatro.

Por ello, entendemos que es fundamental desarrollar e implantar nuevas medidas preventivas y, de manera simultánea, proporcionar a los profesionales en el ámbito sanitario una protección lógica y coherente en su lugar de trabajo, y hacerlo en la totalidad del ámbito nacional de salud. Porque hacer frente a esta problemática requiere un abordaje entendemos que integral, que involucre a todo el profesional que desarrolle la actividad profesional en el Sistema Nacional de Salud, las Administraciones públicas y la sociedad, así como un respaldo jurídico sólido y eficaz.

Muy a tener en cuenta –como he expuesto– que para la Junta de Castilla y León esto es prioritario, así como para la Consejería de Sanidad, quien ha demostrado siempre una gran sensibilización e implicación en la lucha contra esta problemática, adoptando diversas medidas eficaces y, lo que es más importante, pioneras.

El problema que existe es grave, pero, al menos, los castellanos y leoneses no podemos dejar de valorar el esfuerzo y compromiso de los Gobiernos de la Junta de Castilla y León en la lucha contra las agresiones a este personal, que nuestra Comunidad ha demostrado de la siguiente manera: siendo una de las primeras en implantar el botón de alarma en los ordenadores de Atención Primaria; una de las primeras en la creación del Observatorio de Agresiones al Personal de Centros Sanitarios; la primera Comunidad en tener una regulación de un procedimiento administrativo sancionador específico; la primera en imponer sanciones coercitivas por estas agresiones; y también una de las primeras Comunidades Autónomas en regular el reconocimiento de la condición de autoridad pública al personal sanitario de salud.

Por lo tanto, es fundamental reforzar las actuaciones dirigidas a visibilizar y combatir este problema para lograr conseguir un objetivo, que es la tolerancia cero.

La Junta de Castilla y León, para garantizar la seguridad de sus profesionales, trabaja de forma continua, y actualmente está realizando diversas campañas de concienciación de los ciudadanos, como es la campaña Stop Agresiones, en medios de comunicación para sensibilizar a la población frente a los problemas de los agresiones... las agresiones a los trabajadores del sistema sanitario. O incluso se les ha intentado ayudar, dotándoles de un seguro de defensa jurídica para los empleados de la Gerencia Regional de Salud, algo que evidentemente no ayuda a no ser agredidos, pero sí a que puedan defenderse y luchar frente a esas agresiones de una forma jurídica. O incluso se ha llegado a la actualización del pacto de agresiones, mejorando el existente con anterioridad.

Recientemente, en el Pleno de las Cortes, el veintitrés de septiembre, el consejero, en respuesta a una pregunta, reiteró, y digo textualmente –abro comillas–: “... para la Junta de Castilla y León es un objetivo prioritario la seguridad y bienestar de todos los empleados públicos. La Junta y la Consejería de Sanidad en concreto



trabajan permanentemente de la mano de todos los miembros que componen el ámbito de salud laboral con este objetivo, implementando múltiples medidas para garantizar la protección del personal al servicio de la Gerencia Regional de Salud” –cierro comillas–.

Esto demuestra de forma indudable el compromiso no solo de la Junta de Castilla y León, sino de nuestro consejero del ramo, nuestro consejero encargado. Es más, este año se ha tenido un encuentro entre la Consejería y la Fiscalía Superior de Castilla y León, y un encuentro entre la Institución fiscal y los gerentes de los centros sanitarios, para abordar y reforzar todo tipo de medidas para las agresiones al personal.

Entiendo que nos encontramos en un momento preelectoral para todos los partidos políticos, y lo que me sorprende es que esta iniciativa que trae hoy el Grupo Parlamentario Socialista... o tengo la duda si responde a una estrategia puramente electoralista. Por ejemplo, puedo compartir con el señor Pascual que los hospitales puedan tener una mejor distribución, que se puedan plantear de una forma nueva para que los sanitarios puedan tener una mejor... vamos a decir el término “huida” –y permítame el término huida porque nos...– para que tengan que huir de ningún lado, pero que sí puedan ese problema. Y que el tema de la seguridad es algo complejo, porque no podemos tener un médico con un guardia civil sentado al lado continuamente. Entonces, hay que buscar estas soluciones.

La Junta de Castilla y León, en todo momento, ha puesto –o tiene a su disposición–, a día de hoy, este botón de alarma en todos los centros de Atención Primaria, de toda la Gerencia del Sacyl, así como en áreas de salud mental y psiquiatría de varios hospitales. Es decir, me vienen a pedir algo que, a día de hoy, está en vigor.

Podrá ser más efectivo, menos efectivo, más rápido o menos rápido. Se podrá mejorar o implantar una celeridad en el sistema. Eso podríamos discutirlo. Pero no me pueden pedir que vengamos a poner algo que, a día de hoy, entendemos que ya existe. Que entiendo que de cara a la prensa puede quedar algo pues fenomenal o maravilloso, pero la realidad es que esto, a día de hoy, existe. Que me pueden decir: oye, pues si esto tarda... –voy a poner un número– si esto tarda diez minutos, podía tardar uno. Pues seguramente les diga: oye, pues podía tardar uno. Pero no puedo estar de acuerdo en implantar algo que ya existe.

Por ello, les vamos a... les anuncio ya que les vamos a dictar una enmienda de sustitución, y, en caso de que no sea admitida, este grupo parlamentario se va a abstener por entender que esto se está realizando; pero que no nos vamos a oponer a que se pueda mejorar en caso de los tiempos de respuesta que ustedes puedan entender o considerar. Por ello, nuestra enmienda de sustitución dice textualmente:

Las Cortes de Castilla y León instan a la Junta de Castilla y León a:

Uno. Seguir manteniendo y actualizando el botón de alarma instalado en todos los centros de salud y a extender su implantación en los servicios de salud mental y urgencia en todos los hospitales del Sacyl.

Dos. Instar al Gobierno de la Nación a aprobar de forma consensuada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud un plan nacional contra las agresiones a sanitarios en el que participen todos los organismos implicados; a ampliar el ámbito subjetivo de aplicación a la aplicación botón SOS AlertCops



de protección específica para los profesionales sanitarios al resto de profesionales que prestan servicio en los centros e instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud; a informar sobre el resultado de los estudios y gestiones que se han llevado a cabo en la aplicación AlertCops a que se comprometió en marzo de dos mil veintitrés, sobre la posibilidad de mejorar el alcance de la aplicación en cuanto a la inclusión de esta herramienta no solo en el móvil, sino también en el ordenador y de forma compatible como pulsador externo que pueda llevar el profesional colgado. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señor Carpio. Para cerrar el debate, fijar el texto definitivo que propone, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, el señor procurador don Fernando Pablos Romo.

EL SEÑOR PABLOS ROMO:

Gracias, señora presidenta. Gracias, señorías, a todos por el tono y por la forma en la que abordar un problema en el que creo que podemos estar todos de acuerdo. Y las soluciones que traslada el Grupo Socialista -luego se lo diré al señor Carpio Guijarro- tienen tanto electoralismo que fueron registradas el pasado mes de mayo. Si hay electoralismo, díganse al Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca o al sindicato SATSE, que fueron los que nos trasladaron estas propuestas.

Gracias, señor Pascual Muñoz, por su intervención, por sus consideraciones. Los datos que ha trasladado, 50 diarias -supongo que incluyen también las verbales-, serán a nivel estatal; porque, si no, sería inadmisibles a nivel autonómico. En cualquier caso, son muy preocupantes. Y eso es lo que a nuestro grupo le motiva a traer aquí esta iniciativa.

Ha hablado de personal de seguridad -luego comentaré, cuando hable de la intervención de la señora Arroyo Otero-, pero es verdad que eso se puede valorar, aunque nosotros no creemos que sea una medida que vaya a ser absolutamente universal en todos los centros de Atención Primaria. Hay que hacer un estudio respecto a cuáles pueden requerirlo y que además pueda evolucionar en el tiempo, en función de cómo vayan variando las circunstancias.

Y, sí, comparto con usted la estructura de los centros de salud. Algunos tienen una única puerta. Al que yo voy, que es un centro público, tiene dos. Depende de cómo esté. Sí parece que esa reflexión -que la ha hecho también el señor García Fernández- deba ser tenida en cuenta a la hora de abordar los nuevos. Lo que es más complicado es reformar los que ya existen. Gracias, en cualquier caso, por su intervención y por su apoyo.

Gracias también al señor García Fernández. Ya le he trasladado al señor Pascual Muñoz que compartimos esa reflexión final de los centros de salud y, sobre todo, el bajo coste de la medida que estamos haciendo; un bajo coste que tiene que ponderarse en función de otras que puedan ser necesarias implementar en otros casos, como aumentar el personal de seguridad en aquellos que la sociología del entorno o de los pacientes de la zona básica de salud lo requiera. No debe ser una medida universal, pero sí creemos que se puede poner en marcha, y así se lo trasladaré ahora a la señora Arroyo Otero.



Compartimos con usted la tolerancia cero ante las agresiones a los sanitarios, y a todos: tolerancia cero a las agresiones a los sanitarios, a las agresiones a las personas por tener una sexualidad que no le guste a otros, a las agresiones a cualquier persona. Las agresiones nunca pueden ser toleradas.

Y nos ha dicho que nosotros trasladamos una medida que pide universalidad y que eso no puede ser bueno, y nos hace una enmienda que pide universalidad; lo cual no parece muy entendible, porque textualmente la suya -que le voy a aceptar una parte, luego diré cómo la vamos a trasladar- habla de que se debe plantear presencia de personal de seguridad suficiente en Atención Primaria, urgencias y unidades de psiquiatría. Creo que en urgencias, por lo menos hospitalarias, ya lo hay ahora, de momento.

Sí nos parece que se puede hacer un análisis, y en algunos centros de salud lo hay, en función de cómo sean las circunstancias se puede hacer. Y eso es lo que vamos a intentar redactar para que pueda ser apoyado por todos los grupos.

Y al señor Carpio Guijarro le agradezco muchísimo las veces que ha utilizado la expresión Sistema Nacional de Salud. El día después de que el presidente de la Comunidad Valenciana, Carlos Mazón, elimine el nombre de "Ernest Lluch", autor del Sistema Nacional de Salud, asesinado por ETA, de un centro de salud, el centro salud de Campanar, en Valencia. Permítanseme un recuerdo hoy a Ernest. Y denunciar aquí, en la lejanía, esa tropelía imposible de entender, salvo por imposición de algunos socios que tiene en aquel lugar.

Ha dicho que los profesionales son un elemento. No, no son un elemento; los profesionales son la base de nuestro Sistema Nacional de Salud. Y su protección es la clave. Para que todos estemos de acuerdo: sin profesionales no habría nunca Sistema Nacional de Salud.

Nos ha dicho que somos los primeros en casi todo. Pues siendo los primeros en casi todo, si el resultado es el que hemos tenido hasta ahora, no es para estar muy satisfechos. Presumir está muy bien, pero cuando uno gestiona no se presume por lo que dice que hizo, sino por el resultado de lo que hizo. Y los datos dicen que no podemos estar de acuerdo en cuanto al planteamiento respecto al personal sanitario.

Se lo decía ya antes: nos parecen bien las campañas de concienciación, y de electoralismo tiene esto tanto como que lo presentamos en mayo. Oiga, que lo digan ustedes, que han traído a estas Cortes un supuesto Presupuesto sin aprobar el techo de gasto; y hablar de electoralismo sin ruborizarse tiene también su mérito. Yo se lo reconozco en los tiempos en los que estamos. No se ha visto en la historia... -no sé qué pasará hoy en la Mesa de las Cortes- en la historia nada parecido. No aprueban el techo de gasto porque todavía no lo han sometido a votación -el año pasado, sí-. Como no había elecciones, no trajeron el Presupuesto; este año sin votarse traen el Presupuesto. Estamos hablando de algo importante: de cómo se gestiona el dinero, también en el ámbito de la salud.

Bien. Nosotros no queremos hacer de esto un campo de batalla porque sería un error. No creo que los grupos parlamentarios estuviésemos aquí esta mañana tirándonos trastos a la cabeza de cómo se puede hacer más o menos. Y nuestro grupo -por lo menos quien habla-, que intenta buscar consensos que son importantes en un tema como trabajar para intentar evitar las agresiones a profesionales, lo va a intentar esta mañana. A ver si somos capaces de sacar por unanimidad todo.



Sí le diré algo al señor Carpio Guijarro, y es que analice bien lo que es el botón SOS AlertCops. Porque es para cualquier ciudadano, para cualquiera. Por tanto, extender lo que ya es para cualquiera es absolutamente imposible. No se puede extender lo que ya es universal. Y, en este caso, lo es: un mecanismo del Ministerio del Interior.

Y, por tanto, los puntos pongamos b) y c) de su punto 2 no tienen sentido. Y el a) ni siquiera lo consideramos, porque renunciar a ejercer las competencias autonómicas por parte de quien gobierna, que es lo que quieren decir con el a), no estamos de acuerdo.

Sí le vamos a aceptar, se lo vamos a aceptar, el punto 1 íntegro. De tal manera que una redacción que creemos que mejora la que tiene la PNL- diría, señor letrado, señora presidenta, como propuesta de resolución definitiva lo siguiente:

Las Cortes de Castilla y León instan a la Junta de Castilla y León a:

Primero. Seguir manteniendo y actualizando el botón de alarma instalado en todos los centros de salud y a extender su implantación en los servicios de salud mental y urgencias a todos los hospitales del Sacyl.

Y dos -que tiene que ver con la propuesta que hace Vox-, diría textualmente lo siguiente, señora Arroyo: Aumentar la protección del personal sanitario, asegurando la presencia del personal de seguridad suficiente en aquellas zonas básicas de salud que se considere necesario, tras realizar un estudio en la evolución de las agresiones sufridas por los profesionales sanitarios.

Nos parece que es más correcto esto que la universalización, donde probablemente no haya habido ninguna agresión en los últimos 30 años. El ámbito de los dos creemos que puede servir para que haya consenso por parte de esta Comisión y traslademos el mensaje más importante: es que estamos radicalmente en contra, tolerancia cero a las agresiones. Nos parecen bien las campañas de concienciación, pero, sobre todo, estamos dispuestos a hacer todo lo posible por evitarlas... por evitar que en el futuro se produzcan.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señor Pablos Romo. Al haberse producido un cambio en el texto inicial, ¿algún grupo parlamentario desea hacer uso de la palabra?

EL SEÑOR CARPIO GUIJARRO:

Buenos días, señoría... presidenta. Buenos días, señorías. Simplemente para anunciar que el Partido Popular va a cambiar su voto, va a aceptar la propuesta de resolución planteada por el Partido Socialista y vamos a votar a favor. Muchísimas gracias.

Votación PNL/001406

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

¿Algún grupo parlamentario más quiere hacer uso de la palabra? Pues sin más, procedemos a la votación. ¿Votos a favor? Bueno, pues por unanimidad, queda... queda... -perdón- queda aprobada la proposición no de ley debatida.



A ver. Debido al cambio que se ha producido en la Comisión de orden, la directora general que tiene que contestar en este momento, por un inconveniente... Ya está llegando, vale. Hacemos un pequeño receso de cinco minutos hasta dar lugar a la directora que venga. Muchas gracias.

[Se suspende la sesión durante unos minutos].

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Se reanuda la sesión. Damos la bienvenida a la señora directora general de Planificación Sanitaria, Innovación e Investigación, doña Sonia Martín Pérez, y al... al equipo que le acompaña, agradeciendo, como siempre, su buena disponibilidad para hacerse presente en esta Comisión cada vez que se le solicita.

Sin más, por la señora secretaria se dará lectura del segundo punto del orden del día.

POC/000503

LA SECRETARIA (SEÑORA DE LA FUENTE RUIZ):

Segundo punto del orden del día: **Pregunta para su respuesta oral número 503, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores don José María Sánchez Martín, doña María de los Ángeles Prieto Sánchez, don Francisco Javier Carpio Guijarro, doña Beatriz Coelho Luna, doña Lorena de la Fuente Ruiz, don Raúl Hernández López y doña María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a cómo se está trabajando la cadena de generación de valor en el Sistema Público de Salud a través de los procesos de investigación e innovación en el ámbito clínico, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 455, de cuatro de septiembre de dos mil veinticinco.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora secretaria. Para la formulación de la pregunta, en nombre del grupo proponente, tiene la palabra el señor procurador don José María Sánchez Martín, por un tiempo máximo de diez minutos.

EL SEÑOR SÁNCHEZ MARTÍN:

Gracias, presidenta. Buenos días, señorías. En primer lugar, quiero saludar a la... y agradecer la presencia de nuevo de la directora general de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación, así como al resto de representantes de la Dirección General.

Desde el grupo parlamentario valoramos profundamente el trabajo que se está desarrollando en el ámbito de la planificación sanitaria, y muy especialmente en el impulso de la investigación y la innovación en el sistema público de salud de Castilla y León; un trabajo que, como podemos comprobar en sus anteriores comparecencias, directora, está alineado con una visión estratégica clara, rigurosa y comprometida con la mejora continua de la atención sanitaria que reciben los ciudadanos, que es la piedra angular de todo sistema sanitario.



En este sentido, la generación de valor público desde la investigación e innovación en salud en los sistemas sanitarios implica transformar conocimientos científicos en las mejoras tangibles para la ciudadanía, fortaleciendo la legitimidad, eficacia y sostenibilidad del sector público. Y este valor no se limita a resultados clínicos, sino también abarca el impacto social, económico, organizativo y ético de las decisiones basadas en la evidencia, como ya he dicho en muchas ocasiones.

Durante esta legislatura hemos sido testigos de avances significativos en esta materia que han sido presentados en esta Comisión y que merecen ser recordados. Me refiero, en primer lugar, al Plan Estratégico de Investigación e Innovación. Pero este plan no solo marca un rumbo claro para los próximos años en esta materia, sino también establece una metodología de trabajo basada en procesos, en resultados y en impacto real sobre la salud de las personas.

Este enfoque por procesos –que la directora general ha defendido muchísimas veces y en la que estamos de acuerdo, y ahora departamos con el portavoz del Grupo Socialista– permite integrar la investigación, la innovación, en la práctica clínica diaria, facilitando que los profesionales sanitarios... y aquí le agradezco también pues el avance que se ha hecho en que los profesionales sanitarios de enfermería estén motivados y participen activamente en este tipo de proyectos, porque, sin duda, mejoran los diagnósticos, los tratamientos y, sobre todo, lo más importante, los resultados en salud.

Es decir, se está generando valor dentro del sistema con los propios recursos humanos, materiales y tecnológicos, que también hay que decir que han aumentado considerablemente en estos últimos años. Y sobre todo... y ya sabe que yo soy un defensor de los institutos de investigación biosanitaria –quizá porque en Salamanca me atrevo a decir que tenemos uno de los mejores institutos que hay en España–, van a vertebrar y apoyar esta actividad, que ha sido clave en el impulso. Y lo conozco muy bien el de Salamanca, y por eso sé que puede impulsar al resto de... de institutos.

Su consolidación como estructura de referencia en investigación clínica aplicada está permitiendo canalizar el talento investigador –como hablábamos hace un momento–. Y el talento investigador, sin duda, es muchísimo en nuestra Comunidad, y como día a día lo estamos viendo y la gente pues que participa en los procesos que... que su Dirección fomenta.

Y es muy importante este fomento de la investigación para... para atrapar talentos, y, sobre todo, la colaboración entre universidades y hospitales, y también Atención Primaria. Y atraer también financiación competitiva, importantísimo.

Estos institutos no solo generan conocimiento, sino que transforman soluciones concretas para los pacientes, lo que forma una... transforma una forma directa de retorno social de la inversión pública en la ciencia. No hay mejor inversión que la investigación.

Todo este trabajo que se ha ido presentando con transparencia y que le agradecemos de nuevo que cada vez que le hacemos una pregunta venga, y además venga con ganas, venga con ilusión y venga con ganas de contar, pues bueno, a veces se ven las cosas que, bueno, pues cuando un representante de la Consejería tiene que pasar por aquí, pero usted la verdad es que demuestra ilusión cada vez que



viene y ganas de contar las cosas que se hacen desde... desde su Dirección. Por lo tanto, se lo agradezco.

Todo este trabajo, bueno, pues tiene una traducción directa en términos de valor público. Y qué... qué importante es la palabra "valor público". El valor público, si lo buscan ustedes, es el conjunto de beneficios o resultados que una institución pública genera para la sociedad más allá de la simple prestación de servicios. O sea, es una definición que buscas en internet y te viene al dedo para el tema sanitario. Porque, cuando hablamos de valor en sanidad, no nos referimos únicamente a indicadores clínicos o económicos, sino también a la capacidad del sistema para responder a las necesidades de los ciudadanos y para ofrecerles soluciones más personalizadas. De ahí también el apoyo a la medicina personalizada, porque, sin duda, se van a trasladar a soluciones más eficaces y a la vez más humanas.

Gracias a los planes estratégicos desarrollados por la Consejería de Sanidad, la investigación clínica de Castilla y León se ha convertido en una herramienta transversal para transformar el modelo asistencial en áreas clave, como las enfermedades raras, la medicina personalizada –como decía anteriormente–, la salud mental y la atención a pacientes crónicos. El PIERCYL, el Plan Estratégico de Medicina Personalizada de Precisión, la Estrategia de Salud Mental 2024-2030, la Estrategia de Atención al Paciente Crónico 2024-2030 y el V Plan de Salud, que incorporan a la investigación clínica y a la innovación como palancas fundamentales para avanzar en un modelo más eficiente y más eficaz.

Creo que pues usted ha integrado todos estos principios en todos los niveles de planificación, desde la Atención Primaria hasta también la Atención Especializada, reconociendo... reconociendo que el conocimiento generado en el entorno clínico debe ser aprobado para rediseñar procesos, mejorar los resultados en salud y, sobre todo y lo más importante, anticiparse a los retos del futuro, ahora que va muy acelerada la inteligencia...

Esta visión estratégica permite que la innovación no sea un fin en sí mismo, sino también un instrumento al servicio de la ciudadanía –no nos olvidemos del paciente–, con impacto directo en la calidad asistencial y en la equidad del sistema público de salud, maximizando un beneficio colectivo y la eficacia en el uso de recursos.

Y después de la chapa esta que he metido, pero, bueno, también me... me apetecía pues... pues trasladar pues todo lo que se está haciendo en la Dirección General y, sobre todo –y lo vuelvo a reconocer–, pues que cuando le hacemos una pregunta, pues viene y se ve... o sea, que le apetece contar lo que se está haciendo; porque también esto es una publicidad para que los profesionales de salud sigan motivándose y apuesten por la investigación.

Y por eso le hacemos la pregunta que cómo se está generando valor en el sistema público de salud de Castilla y León a través de los procesos de investigación e innovación, sobre todo en el ámbito clínico. Pues muchísimas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señor Sánchez. Para la contestación de la Junta de Castilla y León, tiene la palabra la directora general de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación, doña Sonia Martín Pérez, por un tiempo máximo de diez minutos.



LA DIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN SANITARIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN (SEÑORA MARTÍN PÉREZ):

Señora presidenta. Señorías, buenos días. En primer lugar, quiero agradecer sinceramente las palabras de reconocimiento y el interés que muestran por el trabajo que estamos desarrollando en la Dirección General de Planificación Sanitaria, Investigación e Innovación. Es una gran oportunidad para nosotros poder comparecer ante esta Comisión –para mí, especialmente– para exponer cómo estamos generando valor en el sistema público de salud de Castilla y León a través de estos procesos de investigación e innovación en el ámbito clínico. *[La oradora utiliza medios audiovisuales a lo largo de su intervención].*

Según Mark Moore, valedor de este término, el valor público se genera cuando las organizaciones públicas logran resultados que mejoran la vida de las personas, siempre actuando con legitimidad y utilizando eficientemente los recursos disponibles. El éxito de la gestión pública, según Moore, consiste en aumentar el valor público producido por las organizaciones públicas, tanto a corto plazo como a medio plazo. Y de eso hablábamos hace un momento.

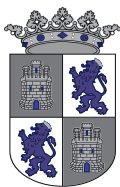
La generación de valor en el sistema público de salud de Castilla y León a través de la investigación y la innovación clínica no es fruto de iniciativas aisladas, sino que es el resultado de una planificación estratégica basada en procesos que permite transformar el conocimiento en mejoras tangibles para el paciente, los profesionales y para el propio sistema sanitario.

Mejorar la calidad de vida de la ciudadanía y promover el desarrollo económico y social desde la investigación y la innovación es el propósito de las políticas autonómicas de ciencia y tecnología, que han situado la salud como uno de los pilares fundamentales estratégicos para el desarrollo autonómico, a partir de la aprobación, en diciembre, del citado plan, en dos mil veintitrés. Como ustedes saben, este plan está alineado con la Estrategia de Investigación e Innovación para una Especialización Inteligente (RIS3), a través de la Iniciativa Emblemática en Salud, que en su reto número 2 trata de potenciar las oportunidades derivadas de la investigación sanitaria (terapias avanzadas, medicina personalizada, productos sanitarios, tecnológicos, etcétera), acelerando la transferencia de conocimiento desde la investigación hacia la práctica clínica.

El plan aboga por un enfoque que potencia la investigación y la innovación como una función estructural del sistema de salud integrada en la gobernanza, en la gestión, en la evaluación, impregnando la cultura institucional, lo que permite generar valor público alineado... alineando acciones con necesidades reales de la ciudadanía.

Este enfoque se articula en cinco áreas estratégicas, siendo especialmente relevante la número 4, dedicada a los procesos, que tiene como objetivo sistematizar, modernizar y digitalizar la actividad de I+i en salud.

A su vez, este área se despliega en dos programas, y hoy me referiré al Programa número 7, Sistematiza, cuyo objetivo es definir los procesos estratégicos, operativos y de soporte de la investigación y la innovación, facilitando la accesibilidad a los mismos para incrementar la eficacia de la actividad realizada e impulsar su mejora continua.



La acción 7.1 representa un salto cuantitativo, por tanto, en la gobernanza de la investigación y la innovación en salud, al proporcionar una arquitectura organizativa que conecta esta estrategia con la práctica de forma estructurada, medible y sostenible. El mapa de procesos de la investigación y la innovación en salud –que están ustedes viendo en la pantalla– diseñado define los flujos de trabajo, las funciones clave y las relaciones entre los diferentes agentes del ecosistema, asegurando que cada iniciativa responda a una necesidad real y contribuya a generar ese valor público del que hablábamos.

Se articula en torno a tres grandes bloques de procesos –y no me quiero extender–:

Los estratégicos en la parte superior, que definen visión, prioridades, marco de actuación; incluyen la planificación, el liderazgo, la mejora continua o la gestión de las alianzas.

En la parte central, el corazón de este mapa, son los procesos operativos. Recogen tanto proyectos como innovación o estudios clínicos, y permiten ejecutar acciones concretas como eso: la gestión de los proyectos y estudios clínicos, la transferencia del conocimiento, la protección de activos, la transformación del conocimiento en soluciones y la traslación a la práctica clínica.

Y, por último, en la parte inferior se sitúan los procesos soporte, que proporcionan recursos técnicos, administrativos y humanos necesarios, bien infraestructuras científicas o de formación, gestión de datos, talento, para agilizar la sostenibilidad y eficacia del sistema de investigación.

Este mapa permite sistematizar, por un lado, la actividad, facilitando la integración de todos los niveles asistenciales y de todos los agentes; homogeneizar procedimientos reduciendo la variabilidad –ahí tienen dos ejemplos– entre... entre áreas y centros; mejorar la eficiencia operativa; facilitar la toma de decisiones basadas en datos; y vincular a cada proceso indicadores de seguimiento; también impulsar esa cultura de innovación para visibilizar la investigación e innovación como parte estructural del sistema.

Se está utilizando este mapa como base para el diseño de procedimientos normalizados de cada una de esas partes que he mostrado (es la acción 7.2 del plan), que permitirá a cada centro sanitario disponer de un marco claro para desarrollar su actividad investigadora y del que ya tenemos publicados algunos.

Pero si hay algún proceso que consigue todo ello es el proceso de innovación clínica. Este proceso se inserta como una cadena de valor estructurado que permite transformar las ideas surgidas en el entorno asistencial en soluciones con impacto directo en la atención sanitaria.

Se estructura en cinco fases –como pueden ver en... en la pantalla–. La primera fase del proceso de innovación clínica se centra en identificar y canalizar ideas innovadoras que surgen directamente del entorno asistencial. Para ello, hemos puesto en marcha dos iniciativas:

El Concurso de Retos de Innovación en Salud, convocado anualmente en colaboración con el Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León, que ya ha celebrado tres ediciones con casi 300 propuestas y la participación de casi 900 profesionales sanitarios.



Este concurso, junto al canal abierto de SACYLINNOVA, con su formulario disponible de forma permanente en la web, permite recoger inquietudes, necesidades y propuestas de mejora desde la práctica clínica, fomentando esa cultura colaborativa y multidisciplinar.

Ambas acciones tienen como objetivo recoger información sobre una posible invención para iniciar un análisis de viabilidad. Para ello se incluyen datos como la descripción del objeto, área de aplicación y su clasificación, según categoría, en nuevo producto, servicio, proceso, mejora de producto o servicios existentes o de nuevo uso. También el origen de la idea, el grado de desarrollo y su grado de difusión para poder ayudar al inventor o inventora.

Esta fase es clave para activar el talento interno del sistema y conectar la experiencia asistencial con el potencial transformador de la innovación, que pasará a la segunda fase en la que se valoriza la propuesta y se define el programa de acompañamiento. Durante esta segunda etapa de valorización y acompañamiento, las propuestas premiadas en el Concurso de Retos son objeto de evaluación técnica, clínica y económica, con apoyo especializado en consultoría y mentoría a través del programa diseñado al efecto.

El objetivo de este programa es dotar a los equipos de las herramientas necesarias para transformar las ideas en proyectos viables, sostenibles y, si es necesario, protegibles en materia de propiedad industrial o intelectual. Para ello se les incluye en un programa de formación y asesoramiento que incluye técnicas de comunicación.

La colaboración público-privada es esencial en esta fase. Con el apoyo de los centros tecnológicos y los clústeres, entre otros, de Castilla y León, los equipos pueden avanzar desde la idea al prototipo, elevando progresivamente el nivel de madurez tecnológico, pasando, bueno, pues en los diferentes TRL.

En la siguiente fase, en la tres, que es la de asesoramiento y diseño, se formalizan acuerdos de colaboración entre centros sanitarios, universidades, centros tecnológicos, empresas; se garantiza la coherencia técnica, ética y regulatoria de los proyectos. Y destaca el papel de los Comités de Ética de Investigación, que evalúan las propuestas, garantizando en todo momento que se cumplen requisitos científicos y éticos antes de avanzar en el desarrollo.

Además, se inicia el diseño técnico y funcional de los prototipos, estableciendo la hoja de ruta para su desarrollo y validación. Y aquí los institutos de investigación desempeñan un papel crucial como estructuras de referencia para este trabajo. Este diseño colaborativo asegura que las soluciones desarrolladas se correspondan con las necesidades reales, sean técnicamente sólidas y cumplan con los estándares -como decía- éticos y científicos exigidos.

En la fase cuatro, desarrollo y protección, bajo el Decreto 5/2021, por el que se regula la gestión y transferencia de los resultados en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud, se mantienen actualmente 9 expedientes de patente y 4 de modelos de utilidad directamente vinculados a la Gerencia, y más de 50 vinculados a los institutos, reflejo del esfuerzo sostenido por proteger la innovación surgida en nuestro ámbito.

Se han generado cuatro nuevas propuestas derivadas del segundo Concurso de Retos en dos mil veinticuatro, y actualmente en estudio para determinar su viabilidad



en materia de... de protección industrial. Además, en la gestión económica se ha dispuesto crédito para cubrir los pagos de las anualidades asociadas a las licencias para proteger estas invenciones de patentes y modelos licitados.

Y por último, la última fase, la de transferencia de los resultados, los proyectos avanzan hacia el desarrollo de los pilotos, el escalado desde el ámbito local hasta el ámbito autonómico y la transferencia de resultados, cuyo objetivo será conseguir la llegada al mercado para su explotación, en el caso que sea posible. Buscan principalmente llevar las innovaciones al entorno asistencial y, si es posible –como decía–, al entorno... al mercado.

Aunque no se ha transferido todavía ningún activo en estos últimos años sobre los que he mencionado, se han dado pasos decisivos con la consolidación de la Comisión de Innovación, formada por un equipo multidisciplinar que valoriza las ideas, y la creación de una red de institutos que cuenta con una unidad de innovación específica. Este modelo impulsa la conexión entre el sistema público de salud, el ámbito académico y el sector empresarial. Su objetivo es garantizar que las innovaciones puedan implantarse, evaluarse y comercializarse con garantías. Las estructuras creadas facilitan esta transferencia y aplicación efectiva del conocimiento.

La transferencia de resultados, por tanto, es este... es el punto culminante del proceso, donde el conocimiento generado se convierte en valor tangible para los pacientes y para la sociedad.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchísimas gracias, señora directora. En un turno de réplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra el señor procurador don José María Sánchez Martín.

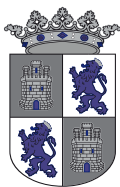
EL SEÑOR SÁNCHEZ MARTÍN:

Gracias, presidenta. Gracias, directora, por esta contestación. Como le dije en mi primera intervención, la generación de valor público es la capacidad de una institución pública para producir beneficios y, como vemos, se están produciendo.

En el ámbito sanitario, esto implica que las políticas y medidas como las dirigidas a la investigación clínica no solo mejoran indicadores técnicos o económicos, sino también responden a necesidades reales: generan conocimiento útil, mejoran la calidad de la vida de las personas y, sobre todo, refuerzan el papel del sistema público como garante de los derechos.

El valor público se mide, por tanto, no solo en resultados clínicos, sino también en impacto social, equidad y sostenibilidad. Sin duda, el valor público se amplifica cuando las organizaciones aprenden, sobre todo aprenden, se innovan y también se adaptan –importantísimo–. Sin duda, el valor público aumenta el valor social porque aumenta la esperanza y la calidad de vida, y, sobre todo, en un sistema público como el nuestro, reduce las desigualdades al ser un sistema universal.

Como he dicho muchas veces, y de eso sabe más el portavoz del Grupo Socialista que hablábamos antes, invertir en investigación sanitaria es invertir en bienestar, competitividad, pero también –importantísimo– en cohesión social.



Esta legislatura pues somos conscientes de que la Consejería de Sanidad ha dado un paso firme y decidido para fortalecer la investigación clínica, y así se lo puedo asegurar que lo reconocen muchos profesionales, tanto pues clínicos como enfermería. La verdad es que se ha trabajado mucho para motivar a esa gente para que investigue, ¿no?

Entonces, yo creo que el aumento de financiación también ha permitido avanzar en la implementación de las medidas recogidas en su Plan de Investigación e Innovación de Salud dos mil veintitrés y veintisiete, y que ha puesto en marcha sobre todo nuevas iniciativas sobre las que venían insistiendo orientadas a la práctica clínica, y, sobre todo -como he dicho anteriormente y lo que más nos interesa-, promover la participación activa de los profesionales sanitarios en estudios que mejoren, sin duda, la calidad asistencial. Y para investigar hay que aprender y también la formación de los profesionales es importantísima.

Gracias a este impulso se ha reforzado la capacidad de los institutos biosanitarios y se ha potenciado la colaboración con las universidades públicas. De tal forma que yo creo que sí que se ha generado un ecosistema más dinámico y competitivo, capaz de atraer talento, porque la investigación también es competitiva.

Creemos también que este... el... lo que se ha potenciado con la investigación fideliza a profesionales que están viendo también en esta Comunidad Autónoma como una gran oportunidad de participar en procesos de investigación. Y así se ha visto en los últimos... en las últimas becas que se han producido, ¿no?

Investigar también es generar conocimiento útil y, sobre todo, traducirlo a beneficios concretos para los pacientes. Y vuelvo a reiterar que son la parte más importante del sistema sanitario, luego estamos los profesionales; pero la parte más importante del sistema sanitario, la piedra angular del sistema, siempre es el paciente.

Ya que está aquí, directora, pues nos interesaría conocer también cómo se está midiendo ese valor, cómo se está trasladando a la práctica asistencial y, sobre todo, qué papel están desempeñando en ese valor los profesionales sanitarios, que muchas veces simplemente con la definición es desconocido, ¿no?

También los institutos biosanitarios y el resto de agentes colaboradores en este proceso. Y se lo vuelvo a decir, porque para mí los institutos de investigación creo que son el mayor fomento de la investigación que puede tener esta Comunidad.

También me gustaría saber qué retos se identifican para los próximos años y cómo se está trasladando consolidar este modelo de innovación orientado, pues, a ese impacto real -como decía anteriormente- en la salud de las personas. Ya, aprovechando que el Pisuerga pasa por Valladolid, pues lo aprovechamos para... para hacerle estas dos preguntas.

Para mí el valor es imprescindible. Los institutos biosanitarios por supuesto que también. Y, bueno, pues... y también pues el resto de agentes colaboradores en todo este proceso de investigación que usted ha implementado con gran éxito en esta legislatura y que nos gustaría también conocer. Muchísimas gracias, presidenta.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señor Sánchez. En un turno de dúplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra doña Sonia Martín Pérez.

**LA DIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN SANITARIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN (SEÑORA MARTÍN PÉREZ):**

Muchas gracias. Continúo, por tanto, con la exposición, destacando, en primer lugar, que son los profesionales sanitarios los que desempeñan un papel clave como impulsores y usuarios del conocimiento generado, y muchos de ellos, lógicamente, trasladan directamente esos resultados a su práctica habitual. Pero son los institutos biosanitarios los que actúan como nodo de generación, validación y transferencia de innovación. Por tanto, es la herramienta necesaria para que esto se pueda llevar a término.

Y el resto de agentes colaboradores, en este caso, en los procesos de innovación, como universidades, centros tecnológicos, empresas, contribuyen todos a consolidar el ecosistema de investigación e innovación en el que estamos trabajando para poder dar esas soluciones, incluyendo al paciente dentro... -al usuario, al ciudadano- dentro de este proceso, para dar soluciones reales al sistema.

Bueno, hablábamos inicialmente... y voy a hacer una comparativa muy sencilla. El plan para nosotros es el GPS. El proceso que acabo de explicarles en la intervención es nuestro vehículo. Y ahora pues trataré de dar unas pinceladas sobre el viaje, sobre lo que estamos trabajando en este momento y el destino, a dónde nos dirigimos, de manera muy breve.

En la fase de fomento de impulso, a través del Concurso de Retos -como indicaba-, exactamente 879 profesionales han participado directamente en 281 iniciativas, con un notable espíritu colaborativo, porque más del 65 % de las propuestas se presentan de forma colectiva, en la que al menos ha habido cabida de profesionales de otras instituciones, bien sean del ámbito académico o del ámbito privado, reflejando una sólida cultura de trabajo multidisciplinar.

Los perfiles más activos son médicos especialistas, personal de enfermería, de Atención Primaria y técnicos de innovación. Y la participación territorial ha sido muy diversa, han participado todas las provincias, personal de todas las provincias, pero destaca Burgos, Salamanca, Ávila, León y Valladolid.

En el marco de SACYLINNOVA, en dos mil veinticuatro, se han recibido ocho propuestas, de las cuales cuatro han derivado en solicitudes de protección industrial. Las restantes fueron orientadas hacia otras vías de desarrollo, invitando a los autores a formalizarlas como proyectos de investigación o explorar otras fuentes de financiación. Para ello contamos con un mapa de fuentes disponibles en la web. ¿Ejemplos de ello? Sistema de puntuación avanzada para cuidados críticos prehospitalarios o biomarcadores para diagnóstico de migraña.

En dos mil veinticinco se han recibido seis propuestas, con una solicitud de protección intelectual tramitada, dos dirigidas a vías alternativas de desarrollo y tres pendientes de evaluación. La mayoría de estas propuestas presentadas en los dos últimos ejercicios corresponden a desarrollos de *software* de inteligencia artificial aplicados a diagnóstico y apoyo de la toma de decisiones.

De las doce ideas premiadas en cada edición de Concurso de Retos, además de la dotación económica, han contado con apoyo especializado en consultoría y mentoría.

En asesoramiento específico es prestado especialmente por el servicio de investigación e innovación, la red de institutos y las unidades de apoyo de



investigación e innovación que tenemos en los centros asistenciales. Este apoyo científico se... se plasma en el asesoramiento metodológico, bioestadístico, de datos y de otras actividades como la gestión de proyectos, de ensayos clínicos, servicios de plataformas y acceso a las mismas, como biobancos, animalario, laboratorios, en fin, por citar algunos de ellos.

También el asesoramiento jurídico. Cuentan con asesoramiento jurídico y de tramitación para obtener, con dictamen favorable del CEIM, la posibilidad de desarrollar los proyectos. El CEIM anualmente evalúa, bueno, pues cerca de 1.800 proyectos en Castilla y León, los ocho CEIM de Castilla y León. Y, si es necesario, la tramitación de acuerdos o convenios, con un total de quince en tres años, con diferentes entidades públicas y privadas.

Voy a citar -como ejemplos, nada más- tres con entes públicos, como son el Proyecto COVID-19: predicción de mortalidad, con el Hospital Clínic de Barcelona; o el Proyecto Menkes, que estamos desarrollando en convenio con la Universidad de Santiago; o el Proyecto multicéntrico entre institutos de investigación sanitaria -Valencia, Aragón, Cataluña, Madrid, Cantabria- de medicina de precisión para prevenir la cronificación de la migraña, por ejemplo.

Otros en el ámbito privado: Análisis de *software* y encuestas de calidad de satisfacción; o el proyecto del Programa Experto de Control Lipídico; o la mejora del abordaje de enfermería de la enfermedad renal crónica, entre otras, con tres entes privados.

¿Respecto a otras demandas? Recibimos solicitudes de datos generales de la... autonómicos. En dos mil veinticuatro se han tramitado seis con informe favorable y se han duplicado en el año dos mil veinticinco, con doce solicitudes; lo que nos hace entender que esto va a ir *in crescendo*.

Quiero recordar que, en el apartado de la protección, las unidades técnicas de gestión de los institutos configuran a su vez la Unidad de Innovación y de Transferencia. Y actualmente decíamos que en la Gerencia Regional de Salud se mantienen trece activos. De ellos, dos patentes y tres modelos ya cuentan con título de concesión, y el resto están en fase de tramitación para su licitación.

¿Concedidas? Cepa microbiana... microbianas para trastornos de ingesta de gluten, que se mantiene la titularidad con la Universidad de León; o el método *in vitro* de diagnóstico de *shock* séptico y no séptico con la de Valladolid, la Universidad de Valladolid; o el detector de vegetaciones en imagen *software*, que se está desarrollando con General Electric, entre otras.

En cuanto a modelos de utilidad, destacan dispositivos para fluidoterapia, apertura de envases, alojamiento de fármacos, así como un timbre avisador de suero, surgido del Concurso de Retos.

En la última fase, y por terminar, como posición en este campo, para incluir algún dato, partimos de unas métricas globales que nos sitúan. Mantenemos el quinto puesto en España en registro de patentes (65 en dos mil veintitrés) y más de 1.800 modelos de utilidad abiertos (201 en dos mil veintitrés). He de destacar que la Oficina Española de Patentes y Marcas sitúa la categoría de tecnología médica entre las primeras posiciones.



Hablando de innovación, es la... somos la séptima Comunidad en ensayos clínicos. El 5 % de nuestra población participa en los ensayos a nivel España. Y somos la cuarta Comunidad Autónoma con un incremento de rendimiento innovador entre... entre el período dieciocho-veinticinco. Hemos aumentado un 20,3.

Señorías, el proceso de innovación clínica en Castilla y León evidencia un ecosistema sólido, colaborativo y en expansión, y en el que convergen profesionales sanitarios, investigadores, universidades, centros tecnológicos, *cluster*, entre otros. Los datos reflejan un avance significativo: 900 profesionales implicados, 13 soluciones, decenas de proyectos.

La innovación, por tanto, tenemos que tener en cuenta que no es un fin en sí mismo, sino un instrumento al servicio de la ciudadanía. Y desde la Dirección General nos planteamos consolidar este proceso, seguir trabajando para consolidar el modelo, fortalecer el ecosistema y garantizar conocimiento para que siga avanzando este embudo de la innovación.

Quiero aprovechar -ya para terminar- para comunicarles que, en apoyo a esta actividad, se trabaja en el reconocimiento y difusión de resultados en investigación e innovación a través de ciertos encuentros en los *hub* de investigación, que ya son un clásico, y los encuentros de sinergias con otros agentes que mueven... que han movido hasta ahora, en este... en estos tres años, más de mil asistentes en las cuatro ediciones celebradas entre el veintitrés y el año... y la actualidad. Y que la próxima cita será el diecisiete de noviembre en Burgos, dedicada a la investigación clínica de producto sanitario, y que contará con un programa dedicado a la innovación y en colaboración con el tejido productivo, tras la entrada en vigor del Reglamento de Producto Sanitario y del real decreto. ¿De acuerdo? Y nada más. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora directora general de Planificación Sanitaria. Agradecemos su presencia aquí. Hacemos un pequeño receso para despedir a doña Sonia Martín Pérez. Muchas gracias.

[Se suspende la sesión durante unos minutos].

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Reanudamos la sesión. Damos la bienvenida a la señora directora general de Salud Pública, a doña Cristina Granda Castro, al equipo que le acompaña, agradeciendo, como siempre, su buena disposición para estar presente en esta Comisión.

Por la señora vicepresidenta se dará lectura del tercer punto del último... del orden del día.

POC/000509

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA SUÁREZ VILLAGRÁ):

Pregunta para su respuesta oral 509, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores don José María Sánchez Martín, doña María de los Ángeles Prieto Sánchez, don Francisco Javier Carpio Guijarro, doña Beatriz Coelho



Luna, doña Lorena de la Fuente Ruiz, don Raúl Hernández López y doña María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a qué medidas se están implementando para actualizar la normativa en materia de sanidad mortuoria, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 455, de cuatro de septiembre de dos mil veinticinco.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora vicepresidenta. Para la formulación de la pregunta, en nombre del grupo proponente, tiene la palabra la procuradora doña Lorena de la Fuente Ruiz, por un tiempo máximo de diez minutos.

LA SEÑORA DE LA FUENTE RUIZ:

Bueno, muchas gracias, señora presidenta. Buenos días, señorías. Antes de nada, dar la bienvenida a doña Cristina Granda Castro, directora general de Salud Pública de Castilla y León, y a todo su equipo. Y agradecerle el esfuerzo especial que ha hecho en el día de hoy, porque sabemos que ha tenido una mañana complicada y le queda todavía mucha agenda; luego, bueno, pues ha tenido que hacer casi filigranas para estar aquí, lo cual es de agradecer.

Desde el Grupo Parlamentario Popular traemos hoy una pregunta relacionada con su área, con la salud pública, que se refiere a policía sanitaria mortuoria. Este concepto, que voy a definir un poco por encima porque a veces resulta chocante, ¿no?, este... este área y este concepto de policía sanitaria mortuoria, pues he de decir que es un conjunto de normas y servicios administrativos que regulan todas las actuaciones sanitarias relacionadas con los cadáveres y con los restos humanos en España, ¿no?

Su finalidad es proteger la salud pública y asegurar que los procedimientos vinculados a los fallecimientos, tanto el traslado, la conservación, la inhumación o la cremación de los cuerpos y todos los trabajos que se realizan también en los cadáveres, como la tanatopraxia y tanatoestética –que se denomina así–, pues se realicen bajo condiciones higiénico-sanitarias adecuadas.

El decreto que regula actualmente la policía sanitaria mortuoria en Castilla y León es el Decreto 16/2005, de diez de febrero, que establece las condiciones técnico-sanitarias para la gestión de cadáveres, restos humanos, servicios funerarios, traslados, cremaciones, cementerios y control sanitario en la Comunidad Autónoma.

En los últimos años se han producido diferentes circunstancias que han podido suponer un reto en este sentido, tales como la pandemia del COVID, por ejemplo, con un montón de fallecidos en muy poco tiempo; la adaptación a nuevas realidades sociales también, el incremento de incineraciones, que antes no era un... un porcentaje elevado y cada vez está tomando muchísima más relevancia en nuestro país; las diferentes confesiones también; y la multiculturalidad de la población actual en Castilla y León, en España en general, pero en Castilla y León, que es lo que aquí nos... nos atañe.

Por otro lado, existen diferentes demandas también para la actualización de la normativa en la regulación de tanatorios y crematorios, sobre todo en las áreas rurales y en los municipios pequeños.



Y por todo ello, el Grupo Parlamentario Popular quiere formular la siguiente pregunta: ¿qué medidas se están implementando por la Junta de Castilla y León para actualizar la normativa en materia de sanidad mortuoria?

Esperando su respuesta, le agradecemos de nuevo su presencia aquí. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora De la Fuente Ruiz. Para la contestación de la Junta de Castilla y León, tiene la palabra la señora directora general de Salud Pública, doña Cristina Granda Castro, por un tiempo máximo de diez minutos.

LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA (SEÑORA GRANDA CASTRO):

Muchas gracias, señora presidenta. Buenos días a todos. Y muchas gracias por su bienvenida y por su pregunta, señoría.

Con la denominación de policía sanitaria mortuoria -como usted ha descrito- nos referimos a la regulación de las prácticas de tipo sanitario sobre los cadáveres y restos, tales como la tanatopraxia, el desplazamiento, las condiciones en las que haya de llevarse a cabo la inhumación o cremación, así como todas las condiciones que hayan de reunir las empresas cuya actividad sea la prestación de servicios funerarios; y, por último, las características de las instalaciones funerarias como velatorios, tanatorios y crematorios, así como de los cementerios.

Para cumplir tales objetivos, la Comunidad de Castilla y León, en el uso de sus competencias en materia de sanidad y salud pública, así como de la promoción de la salud en todos los ámbitos, dictó el Decreto 16/2005, de diez de febrero, que regula la policía sanitaria mortuoria. El devenir de los años transcurridos ha mostrado que esta norma ha quedado un tanto obsoleta, a partir de la publicación de normas sustantivas de procedimiento administrativo, normas sobre libertad de mercado, así como acuerdos suscritos por esta Consejería de Sanidad en materia de simplificación documental.

A ello se une la necesidad de adecuar la normativa reguladora en esta materia a los planteamientos recogidos en la Guía de Consenso sobre Sanidad Mortuoria, aprobada en julio de dos mil dieciocho, y su posterior revisión aprobada con fecha cuatro de julio del dos mil veinticinco por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en sintonía con las nuevas regulaciones acometidas por otras Comunidades Autónomas.

Partiendo de estas premisas y antecedentes normativos, así como las especiales circunstancias geográficas y poblacionales de nuestra Comunidad, se hace necesario el establecimiento de un nuevo marco normativo, que se plasmará en un nuevo decreto, cuyas novedades más significativas con respecto a la regulación contenida en el Decreto 16/2005 son las que a continuación voy a detallar.

Se aborda un estudio pormenorizado de las definiciones propias en la materia, incluyendo todas las reflejadas en la mencionada Guía de Consenso sobre Sanidad Mortuoria, así como algunas otras que se estiman necesarias para su posterior desarrollo.



El nuevo decreto determina, además, las competencias que en esta materia debes de ser ejercidas por la Consejería de Sanidad a través de sus órganos centrales y periféricos, así como por las entidades locales. La norma introduce la nueva clasificación de los cadáveres a efectos sanitarios en función de la causa de defunción, en sintonía con las determinaciones de la mencionada Guía de Consenso.

Así, los grupos de clasificación pasan de ser dos a tres, debiéndose indicar en el certificado de defunción el grupo de clasificación al que pertenece el cadáver. De esta clasificación dependen los féretros a utilizar, las técnicas y prácticas de tanatopraxia a emplear, los requisitos para su desplazamiento, etcétera.

De este modo, pertenecerán al Grupo I los cadáveres que presentan un riesgo para la salud pública por padecer la persona fallecida una enfermedad infectocontagiosa de las relacionadas en el anexo del decreto. Pertenecen al Grupo II los que presenten riesgo radiológico. Y, finalmente, al III, los que no presentan ninguno de los riesgos de los grupos anteriores.

Se introduce la obligación de comunicar la existencia de un cadáver o resto humano de los Grupos I o II a cargo de cualquier profesional sanitario que tenga conocimiento del mismo, así como de las empresas prestadoras de servicios funerarios, con el fin de adoptar las medidas sanitarias que resulten precisas a la mayor celeridad.

Como novedad importante, se introduce la obligación a cargo de los ayuntamientos de asumir los gastos ocasionados por la prestación de servicios funerarios a las personas indigentes, que implica, además, la obligación de realizar los trámites y comunicaciones precisas.

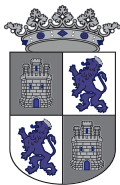
Esta previsión se realiza en términos similares a la efectuada en otras Comunidades Autónomas que han abordado la regulación en esta cuestión, aplicando además la doctrina recogida en las sentencias dictadas por jueces y tribunales, en cumplimiento de la obligación municipal contenida en el Artículo 26 de la Ley 7 de mil novecientos ochenta y cinco, Reguladora de las Bases de Régimen Local.

Por otro lado, la norma regula la tanatopraxia desde un punto de vista integral, en cuanto conjunto de técnicas y prácticas que se realizan sobre los cadáveres, introduciendo además la obligación de emitir un informe de tanatopraxia a cargo del profesional que la realice, comprensivo de la técnica empleada, sustancias y profesionales actuantes.

El régimen aplicable a la tanatopraxia ha sufrido una modificación importante con respecto al actual. Según la definición ofrecida, la tanatopraxia engloba la tanatoestética, la tanatoplastia y las técnicas de conservación cadavéricas, que a su vez incluye la conservación transitoria a través de la refrigeración, la congelación y el embalsamamiento.

Los profesionales que pueden llevar a cabo estas técnicas y prácticas son tanto los profesionales sanitarios, con licenciatura o grado de Medicina, como personas con la formación profesional adecuada, con titulación incluida en el Repertorio Nacional de Certificados de Profesionalidad.

También han experimentado una importante alteración las obligaciones documentales para la realización de estas prácticas, que han evolucionado en sentido positivo a la simplificación, puesto que, a diferencia del régimen anterior, la nueva norma solo recoge, con carácter general, estar en posesión del certificado médico de



defunción y el transcurso de un plazo mínimo de 8 horas y máximo de 48 desde la hora del fallecimiento que figura en el mencionado certificado, relajando así el régimen actual que impide realizar estas técnicas, de modo general, antes de las 24 horas.

En cuanto a los féretros y medios de transporte funerarios, más allá de las necesarias previsiones en cuanto al uso de los distintos tipos de féretro en función del grupo al que pertenezca el cadáver, el desplazamiento del mismo o destino al que haya que dársele, se han introducido dos importantes previsiones:

En primer lugar, que, en caso de graves anomalías epidemiológicas o catástrofes, la autoridad sanitaria podrá autorizar otras condiciones sanitarias con respecto al uso de los recipientes funerarios distintas a las previstas en la norma.

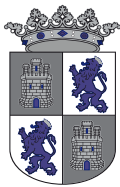
Además, se recoge expresamente que, por razones de confesionalidad, se podrá prescindir de la obligación de emplear el féretro para la inhumación del cadáver directamente en tierra; lo que no eximirá la obligación de emplear el féretro para su conducción y traslado. Con esta regulación se sigue las previsiones de la Guía de Consenso, en línea con la regulación de otras Comunidades Autónomas. Y, asimismo, se da cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Orgánica 7 de mil novecientos ochenta, de Libertad Religiosa, a tenor de la cual la libertad religiosa y de culto garantizada por la Constitución comprende el derecho de toda persona a recibir sepultura digna, sin discriminación por motivos religiosos. También da respuesta a los acuerdos de cooperación del Estado español con la Federación de Comunidades Judías de España y con la Comisión Islámica de España.

La regulación de este tipo de inhumaciones se contempla con la descripción de los requisitos que han de cumplir los terrenos que dentro de los cementerios se destinan a las inhumaciones en tierra, garantizando la eliminación del riesgo de contaminación de acuíferos.

El nuevo decreto aborda a continuación la regulación de los desplazamientos de cadáveres con el fin de considerar las circunstancias territoriales y geográficas de la Comunidad de Castilla y León. Así, se suprime la distinción entre conducción inicial ordinaria y traslado de cadáveres, y se acoge a cambio la conducción y traslado en función de los límites provinciales y las distancias. De modo que se considerará conducción el desplazamiento del cadáver siempre dentro de la Comunidad Autónoma, bien dentro de la provincia donde se produzca el fallecimiento, o bien fuera de ella, siempre que la distancia recorrida no sea superior a 50 kilómetros. El traslado, por su parte, será el desplazamiento del cadáver fuera de la Comunidad Autónoma en todos los casos o fuera de la provincia del fallecimiento, siempre que la distancia a recorrer sea superior a 50 kilómetros. En todos los casos, se elimina el plazo de 24 horas para iniciar los desplazamientos; cuestión esta ampliamente demandada desde el sector funerario.

En cuanto a las obligaciones documentales, la conducción de cadáveres del Grupo III no está sometida a ninguna comunicación a la Administración sanitaria, a diferencia del traslado de cadáveres de este mismo grupo, que ha de ser objeto de comunicación previa a su realización.

En este apartado concreto de la regulación se introduce una importante novedad, que es la relativa a las estancias intermedias permitidas, definidas como aquellos lugares públicos o privados donde el cadáver debe permanecer depositado el tiempo estrictamente necesario para la práctica de labores de tanatopraxia, ceremonias religiosas, laicas o velatorios.



Una parte muy importante del nuevo decreto es la referente a la regulación de empresas prestadoras de servicios funerarios. La norma que nos ocupa prevé la desaparición del régimen de autorización administrativa para estas empresas a conceder por parte de las entidades locales en cuyo término municipal se ubiquen y su sustitución por el régimen más ágil de la declaración de responsable del cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma.

Se prevé también que las empresas legalmente establecidas en cualquier otra Comunidad Autónoma no tendrán que presentar la declaración referida cuando pretendan operar en el territorio de la Comunidad de Castilla y León, salvo si van a contar con algún establecimiento en la misma, en cuyo caso sí que será precisa la presentación de la mencionada declaración de responsable. La nueva regulación dispone los servicios que estas empresas deben ofertar en todo caso.

En el caso de la regulación de los cementerios, también ha experimentado una reforma importante, puesto que se establece que los de la nueva construcción, así como sus diferentes ampliaciones, deben emplazarse de forma que se encuentren alejados, como mínimo, de 100 metros del suelo urbano urbanizable de uso predominantemente residencial.

No obstante, para no perjudicar a los municipios más pequeños, se recoge expresamente que las ampliaciones de los cementerios existentes próximos a los núcleos de población de menos de 250 habitantes, la distancia a las construcciones residenciales previas puede reducirse hasta un mínimo de 25 metros. Esta regulación de las distancias se ha efectuado a instancia de las sugerencias de la Consejería con competencias en materia de urbanismo.

La regulación se completa con la creación de un registro de empresas prestadoras de servicios funerarios, instalaciones funerarias y cementerios, que, como punto de partida, incorporará de oficio todos los datos sobre estos aspectos que ya constan en poder de la Administración sanitaria.

Por último, informarles que en las próximas semanas está previsto que la Junta de Castilla y León apruebe este decreto nuevo de policía sanitaria mortuoria, que supondrá la derogación de la actual regulación contenida en el Decreto 16/2005, y la entrada en vigor de las mejoras anteriormente detalladas.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias. En un turno de réplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra la señora procuradora doña Lorena de la Fuente Ruiz.

LA SEÑORA DE LA FUENTE RUIZ:

Sí. Muchas gracias, presidenta. Gracias, señora directora general, por su detallada exposición y por las aclaraciones y las modificaciones en este decreto. Y, sobre todo, por las nuevas incorporaciones que son demandas ya durante mucho tiempo que se habían realizado en este... en estos aspectos, y que parece ser que, cuando veamos el decreto publicado, pero, bueno, parece ser que sí que se van a resolver, lo cual seguro que lo agradecen, sobre todo los pequeños municipios.

Nos ha hablado también de la simplificación y la reducción de la burocracia que supone este nuevo decreto y que se publicará próximamente en el ámbito de la salud pública. La simplificación administrativa es esencial en todos los ámbitos de la



Administración y además se está impulsando activamente desde la Junta de Castilla y León, y consideramos que lo es aún mucho más en este ámbito en el que siempre nos encontramos con tramitaciones que se realizan en momentos muy difíciles personalmente y con mucha carga emocional. Y, desde luego, debemos de considerar esencial facilitar las relaciones de los ciudadanos con la Administración, asegurando, por supuesto, que todo el proceso funerario se desarrolle con respeto a las normas sanitarias y de protección a la Comunidad frente a posibles riesgos biológicos.

Por todo ello, sí que nos gustaría que nos detallara, si es posible, qué otras actuaciones se van a implementar con este objetivo de racionalización y simplificación administrativa. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora Ruiz. En un turno de dúplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra la señora directora general de Salud Pública, doña Cristina Granda Castro.

LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA (SEÑORA GRANDA CASTRO):

Muchas gracias. Como todos sabemos, la Junta de Castilla y León lleva muchos años comprometida con la racionalización y simplificación administrativa, con el fin de facilitar la relación de los ciudadanos con la Administración, incrementar su grado de satisfacción con los servicios públicos y mejorar su calidad de vida y el bienestar social.

El proceso de simplificación de procedimientos va dirigido a identificar posibles cargas existentes, así como la implementación de propuestas de diseño de los procedimientos administrativos para que estos se actualicen a las necesidades vigentes, llevándose a cabo con eficacia, eficiencia, máxima economía, menos burocracia y más digitalización, para conseguir menos trabas administrativas en todos los organismos de Castilla y León.

En este sentido, las Cortes de Castilla y León, el pasado veintisiete de marzo de dos mil veinticinco, aprobaron una resolución en la que se instaba a la Junta de Castilla y León a aprobar, a lo largo del año dos mil veinticinco, un nuevo acuerdo de simplificación administrativa y reducción de la burocracia que permita a Castilla y León fomentar la actividad económica, la seguridad jurídica y avanzar hacia una gestión más ágil, eficiente y orientada a las necesidades tanto de los ciudadanos como de las empresas.

A tal efecto, se publicó el Acuerdo 31/2025, de diez de julio, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueban directrices de simplificación y reducción de la burocracia para los años dos mil veinticinco y dos mil veintiséis, y en el que la Consejería de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública, ha adquirido el compromiso de adoptar las siguientes medidas.

En primer lugar, la aprobación de la norma que hoy les he presentado y la subsiguiente derogación de la norma actualmente vigente, que implicará medidas tan importantes como la supresión del régimen de autorización de las empresas prestadoras de servicios funerarios y su sustitución por el régimen de declaración



de responsable o la eliminación de las autorizaciones sanitarias de instalación y funcionamiento de cementerios concedida por la Consejería de Sanidad, previamente a la resolución municipal, y su sustitución por la obligación de solicitar un informe sanitario preceptivo y vinculante.

La solicitud de dicho informe ha de ser efectuada por el ayuntamiento, y la misma debe de acompañarse toda la documentación prevista en la norma. Este informe será emitido por el Servicio Territorial de Sanidad correspondiente en el plazo de un mes desde la recepción del expediente completo.

Asimismo, se impulsará desde la Dirección General de Salud Pública una reforma del Decreto 49/2005, de veintitrés de junio, por el que se establece el régimen jurídico y el procedimiento para la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en el sentido de eliminar la necesidad de presentar solicitud de renovación de una autorización sanitaria de funcionamiento por parte de determinados centros, servicios o establecimientos sanitarios, sustituyéndola por la presentación de una declaración de responsable.

Finalmente, se impulsará la modificación del Decreto 9/2008, por el que se regula el uso de los desfibriladores externos semiautomáticos por personal no sanitario, con la finalidad de eliminar la obligación, a cargo de la entidad o empresa formadora a autorizar, de comunicar con dos o más meses de antelación el inicio de una actividad formativa en la materia.

Como conclusión, señorías, la simplificación de procedimientos y la reducción de cargas administrativas constituyen una prioridad para la Consejería de Sanidad, que se ha manifestado en el impulso de diversas normas y en la adopción de numerosas medidas con la finalidad de ofrecer una respuesta rápida y eficaz a las necesidades de los ciudadanos y en especial de las empresas. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Pues volvemos a reiterar nuestro agradecimiento por acudir a esta Comisión a usted, a su equipo.

Y sin más, levantamos la sesión. Muchas gracias.

[Se levanta la sesión a las doce horas quince minutos].