



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA DON PEDRO MUÑOZ FERNÁNDEZ

Sesión celebrada el día 6 de septiembre de 2013, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000152, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre:
 - Plan de medidas previstas para la reducción de las listas de espera, anunciada en abril de 2013.
2. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000108, a solicitud del Grupo Parlamentario Mixto, para informar a la Comisión sobre:
 - Acuerdos adoptados en la reunión del Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Sanidad celebrada el día 3 de octubre de 2012.

SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos.	10640
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, abre la sesión.	10640
Intervención de la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista) para comunicar sustituciones.	10640
Intervención del Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular) para comunicar que no hay sustituciones en su Grupo.	10640
Primer punto del Orden del Día. SC/000152.	
La Secretaria, Sra. Martín Cabria, da lectura al primer punto del Orden del Día.	10640



	<u>Páginas</u>
Intervención del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad, para informar a la Comisión.	10640
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	10647
En turno de Portavoces, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	10647
Intervención del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	10651
En turno de réplica, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	10654
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad.	10656
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	10658
Intervención del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	10660
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	10662
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad.	10663
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. Aguilar Santamaría (Grupo Popular).	10664
Intervención del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	10666
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, abre un turno de preguntas para los Procuradores que no han intervenido en el debate.	10666
En turno de preguntas, interviene el Procurador Sr. Rodero García (Grupo Socialista).	10667
En turno de preguntas, interviene el Procurador Sr. Muñoz Expósito (Grupo Socialista).	10668
En turno de preguntas, interviene el Procurador Sr. Jurado Pajares (Grupo Socialista).	10668
Contestación del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad.	10668
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, suspende la sesión.	10670
Se suspende la sesión a las doce horas treinta y cinco minutos y se reanuda a las doce horas cincuenta minutos.	10670
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, reanuda la sesión.	10670

Páginas**Segundo punto del Orden del Día. SC/000108.**

La Secretaria, Sra. Martín Cabria, da lectura al segundo punto del Orden del Día.	10670
Intervención del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad, para informar a la Comisión.	10671
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los Portavoces de los Grupos Parlamentarios.	10671
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	10672
En turno de Portavoces, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	10673
En turno de Portavoces, interviene el Procurador Sr. García Bermejo (Grupo Popular).	10674
Intervención del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	10675
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. González Suárez (Grupo Mixto).	10678
En turno de réplica, interviene la Procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	10679
En turno de réplica, interviene el Procurador Sr. García Bermejo (Grupo Popular).	10680
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad.	10680
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, abre un turno de preguntas para los Procuradores que no han intervenido en el debate.	10682
En turno de preguntas, interviene el Procurador Sr. Jurado Pajares (Grupo Socialista).	10682
Contestación del Sr. Sáez Aguado, Consejero de Sanidad.	10683
El Presidente, Sr. Muñoz Fernández, levanta la sesión.	10683
Se levanta la sesión a las trece horas cuarenta minutos.	10683



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

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Buenos días. Se abre la sesión. Primer... para... antes de... ¿Por el Grupo Parlamentario Socialista hay que comunicar alguna sustitución?

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Sí. Gracias, señor Presidente. Buenos días. Don David Jurado sustituye a doña Ángela Marqués. Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien, muchas gracias. ¿Por el Grupo Parlamentario Popular?

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Buenos días, Presidente. No hay ninguna sustitución.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien, muchas gracias. Antes de proceder al primer punto del Orden del Día, damos la bienvenida nuevamente aquí, a su casa, al señor Consejero, excelentísimo señor Consejero de Sanidad, para... para esta comparecencia. Así que primer punto del Orden del Día, sin más, por la señora Secretaria se dará lectura.

SC/000152

LA SECRETARIA (SEÑORA MARTÍN CABRIA):

Gracias, Presidente. Buenos días a todos. Primer punto del Orden del Día: **“Comparecencia del Excelentísimo señor Consejero de Sanidad, 152, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre plan de medidas previstas para la reducción de las listas de espera, anunciada en abril del dos mil trece”**.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien, muchas gracias. Pues tiene la palabra el excelentísimo señor Consejero de Sanidad, don Antonio María Sáez.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Muchas gracias, señor Presidente. Buenos días, Señorías. En esta comparecencia me gustaría dar cuenta de... fundamentalmente, de las medidas que la Consejería de Sanidad ha venido adoptando desde el mes de abril, y, de una manera resumida, algunos aspectos que tienen que ver con la evolución de las esperas quirúrgicas en nuestra Comunidad Autónoma.



En una primera consideración, debo señalar que la situación de las listas de espera es... ha evolucionado negativamente en el último año y medio fundamentalmente. Ello tiene que ver, como es conocido y como se planteó al... a la hora de explicar el plan de ajuste y el plan económico financiero que aprobó la Junta de Castilla y León en el contexto de las iniciativas de todas las Comunidades Autónomas para la reducción del déficit y para el cumplimiento de los objetivos del déficit de las Comunidades Autónomas y del propio Reino de España.

En ese contexto, se adoptaron dos medidas, se tomaron dos medidas -yo las anuncié en la Cámara en el mes de julio del año dos mil doce- que han tenido influencia en esta evolución de la... de las listas de espera quirúrgica, y que fundamentalmente son: la eliminación de la autoconcertación en los centros hospitalarios de Sacyl -las denominadas "peonadas"- y, en segundo lugar, la reducción muy importante de la actividad de los conciertos para la actividad quirúrgica con centros privados.

Globalmente, son medidas que permitieron una reducción del gasto algo superior a 29 millones de euros, algo superior a 29 millones de euros, y que tuvieron, lógicamente, contribución a ese cumplimiento de la estabilidad presupuestaria y de los objetivos de déficit. Esto explica en gran medida, o en una buena medida, la evolución que a lo largo de dos mil doce siguieron las listas de espera para intervenciones quirúrgicas.

En paralelo, y dentro de... del plan de ajuste, se incorporaron otras medidas que han impactado positivamente en esa... en la actividad quirúrgica y en su evolución, fundamentalmente el incremento de la jornada laboral, que había sido planteado en Castilla y León y después planteado por el Gobierno de la Nación, con carácter básico, para el conjunto de Comunidades Autónomas, y que ha permitido incrementar la actividad quirúrgica en la jornada ordinaria de nuestros trabajadores en los centros públicos.

Bien es cierto que este incremento no ha absorbido en su totalidad la actividad quirúrgica que se realizaba, o bien en... en autoconcertación, o bien a través de conciertos con centros privados. Eso explica el incremento de... de la lista de espera, del número de pacientes y de la demora media, hasta alcanzar un máximo -como conocen Sus Señorías- de 39.914 pacientes en espera quirúrgica en el primer trimestre del año dos mil trece y en la información que la Consejería de Sanidad facilita trimestralmente, en este caso con efectos del día treinta de marzo de dos mil trece. Debo señalar que la información de la Consejería es trimestral; que esta... esta es... la información de la actividad quirúrgica en la sanidad pública española no es homogénea; que, desde luego, desconocemos los datos de algunas Comunidades Autónomas; y que los datos agregados del conjunto del Sistema Nacional de Salud -los últimos que ha difundido recientemente el Ministerio de Sanidad- se refieren a fecha de treinta y uno de diciembre de dos mil doce.

Esto quizá genera una pequeña distorsión a la hora de valorar la evolución de las listas de espera, pues, mientras en Castilla y León tenemos la información más actualizada -de carácter trimestral-, se añade información de carácter semestral que facilita y que responde a tiempos anteriores y facilita el Ministerio de Sanidad.

Dicho de otra manera, de alguna forma se ha interpretado que la... la mejora o el empeoramiento de las demoras quirúrgicas en el año dos mil doce se ha interpre-



tado sin ponerla en relación con la evolución que hemos tenido a lo largo del año dos mil trece, porque si el máximo de pacientes le alcanzamos a fecha treinta de marzo -39.914-, debo recordar que en el segundo trimestre del año dos mil trece -entre los meses de abril, mayo y junio- el número de pacientes se redujo en 3.217, que es el último dato cerrado -insisto- a treinta de junio de dos mil trece.

Esta reducción, del entorno de un 8 % del número de pacientes en... en espera quirúrgica, tiene relación -en mi opinión- con las medidas que la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud comenzamos a adoptar a partir del mes de abril. Medidas que se adaptaron a la situación de cada uno de los hospitales.

Yo quiero recordar a Sus Señorías que la situación en el conjunto de la Comunidad Autónoma es muy variable, que existe un número no pequeño de hospitales con pacientes en espera... número de pacientes y demora que está en cifras muy razonables, mientras que los problemas en cuanto a número y a la demora media se concentran fundamentalmente en cuatro de los hospitales de la Comunidad Autónoma. Y eso explica demoras tan diferentes como los treinta y dos días de demora media en el Hospital Río Carrión de Palencia, o los ciento setenta y ocho días de demora media en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Las razones son diversas; nosotros las hemos analizado con profundidad. Fundamentalmente los centros hospitalarios de menores dimensiones están en mejores condiciones para la gestión y la respuesta a las demandas quirúrgicas; los centros grandes, con carácter general, tienen mayores dificultades por disponer de servicios de referencia -también en el ámbito quirúrgico-, y habitualmente servicios de referencia complejos, que consumen mucho tiempo de quirófano, y que, por lo tanto, la gestión de la actividad quirúrgica, de la respuesta a las indicaciones quirúrgicas, es más complicada que en los hospitales de menores dimensiones.

En segundo lugar, debo recordarles también que uno de los propósitos anunciados ya en esa... en esas medidas que incorporamos en abril es priorizar los casos más graves, de acuerdo con las prioridades clínicas que establecen los profesionales a la hora de hacer las indicaciones quirúrgicas. Después tendremos oportunidad de entrar en este debate, pero una valoración global de la demora media o de la demora por especialidades, probablemente nos estén dando poca información en relación con qué casos están incorporados en esa demora media, de qué gravedad o con qué prioridad clínica está establecido. Dicho de otra manera, cuando -y lo hacemos desde la Consejería- facilitamos los datos de la demora media por especialidades y planteamos, por ejemplo, la demora media en cirugía angiológica y vascular, nos... no hemos sido hasta ahora capaces de discriminar cuál es el contenido de los pacientes que están en espera de una intervención en esa especialidad, y -como ustedes saben- ese contenido y esos pacientes, su gravedad... la gravedad de sus problemas es muy diversa. En este caso estamos hablando, por ejemplo, de varices o de otros trastornos más graves que requieren intervención con mayor prioridad.

Por lo tanto -después lo señalaré-, el sistema de información de listas de espera vamos a mantenerle, pero vamos a añadir estos datos en función de la gravedad o de la prioridad clínica.

Y, con carácter general, debo decirles que los casos más graves -y en particular la cirugía oncológica y la cirugía... los casos de cirugía cardíaca- estamos manteniendo con carácter general la intervención quirúrgica en un plazo no superior a treinta días.



Hay siempre algún caso que lo supera, que intentamos corregirlo monitorizando y haciendo el seguimiento casi diario de esta evolución -insisto-, especialmente en los casos de mayor gravedad clínica.

Esta prioridad, que -como después le señalaré-, si me permiten la expresión, juega en contra de la evolución de la demora media, explica, por ejemplo, que en el segundo trimestre del año dos mil trece, en el... hasta el mes de junio, el número de pacientes haya disminuido en 3.217, algo más -como decía antes- del 8 % del total de pacientes que en marzo estaban en espera quirúrgica. Y, sin embargo, la demora media en ese trimestre solo se redujo en un día.

La explicación es clara, y es que estamos priorizando los casos más graves, a pesar de que, desde el punto de vista de la difusión o de la opinión, pues, a lo mejor, hubiera sido más recomendable intentar reducir la demora media, porque es el dato que habitualmente parece que mide la evolución de las listas de espera. Y lo mide, pero lo mide de una manera muy poco discriminatoria -insisto- respecto a la gravedad y a la prioridad clínica de cada uno de los casos.

Y, en tercer lugar, a la hora de hacer esta valoración, me gustaría recordar también que, a pesar de que en Castilla y León tenemos un serio problema con las listas de espera quirúrgicas, que estamos -en mi opinión- empezando a corregir nuestra situación; en la serie histórica que conocemos es que la demora media en Castilla y León es, ha sido y se ha mantenido en estos últimos años por debajo de la demora media del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

No es ningún motivo de satisfacción, no es ningún motivo de tranquilidad, pero es un dato objetivo, que yo creo que también tenemos que poner sobre la mesa. Tenemos un problema importante, pero debemos situarle en sus justos términos, e insisto: en los últimos años la demora media se ha situado por debajo de la media del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Les recuerdo que, por ejemplo, en el año dos mil nueve, la diferencia en términos de demora media en Castilla y León respecto al Sistema Nacional de Salud era de cuatro días; los ciudadanos de Castilla y León, como media, esperaban cuatro días menos que el conjunto de los ciudadanos españoles. A treinta y uno de diciembre de dos mil doce, esa diferencia es de tres días. Los ciudadanos de Castilla y León esperaban -treinta y uno de diciembre- tres días menos que el conjunto de los ciudadanos españoles en lista de espera. Insisto en que este no es ningún motivo de satisfacción, pero es un dato que también debemos tener en cuenta a la hora de valorar cuál es la situación de nuestra Comunidad Autónoma.

Y como es una situación que nos preocupa, en el mes de abril planteamos un conjunto de medidas, agrupadas en cinco aspectos, que globalmente pretenden... pretendían reorientar esa evolución, reducir tanto el número de pacientes como la demora media, y especialmente garantizar que los casos más graves pudieran ser atendidos con mayor rapidez, y especialmente los casos oncológicos, en ese periodo inferior a treinta días.

Un conjunto de medidas que suponen un esfuerzo, en término de gasto, de 12 millones de euros, que ya estamos aplicando desde el mes de abril, y que -como les decía- se orientan en cinco direcciones.



La primera de ellas es la de incrementar la actividad con recursos propios, con... la actividad pública en los hospitales de Sacyl, aprovechando el incremento de la jornada laboral que se produjo el año pasado, y, en ese sentido, esta actividad en jornada ordinaria ya se ha ido incrementando desde, aproximadamente, el mes de julio del año pasado, aunque, como antes les decía, no de una manera suficiente como para absorber todo lo que hacíamos a través de autoconcertación o de conciertos con centros privados.

Y, en segundo lugar, para incrementar la actividad con nuestros medios, hemos procedido a autorizar la contratación de 156 profesionales en los hospitales de la Comunidad, en distintas categorías laborales, algo más de la tercera parte facultativos especialistas del área quirúrgica, pero también personal de enfermería y de algunas otras categorías, que nos garantice incremento de la utilización de quirófanos en jornada de tarde o de otras formas. La mayor parte de estas contrataciones ya se han hecho efectivas y globalmente suponen un... un incremento o un gasto autorizado, como digo, algo superior a 3,1 millón de euros.

La segunda línea de trabajo que hemos adoptado es recuperar una parte de los conciertos que habíamos suprimido en el año dos mil doce, y, concretamente, se han... se están gestionando, lógicamente, en distinto grado de... de materialización, 5.348 intervenciones quirúrgicas programadas, y se están planificando algunas otras, a la vista de cómo evolucione en estos... cómo ha evolucionado en estos meses pasados y en los próximos, globalmente, la demora quirúrgica. En conjunto, supondrán aproximadamente en el entorno de 9.000.000 de euros, si agotamos esa capacidad, en función, insisto, de la evolución de la lista de espera.

En tercer lugar, hemos... nos hemos planteado, en ese análisis, adaptado a cada uno de los centros hospitalarios, en el que, como ustedes comprenderán, las medidas prácticamente no se toman en aquellos hospitales que tienen una demora media en el entorno de 32 días, como el Hospital Río Carrión, o en otros que están en el entorno de 40 días, se han concentrado, lógicamente, más en los hospitales con mayor problema desde el punto de vista de las demoras.

Y... pero, con carácter global, se han tomado medidas desde el punto de vista de la gestión de la actividad quirúrgica, de las zonas quirúrgicas, de la gestión de la... de los... unidades de admisión y de algunas otras cuestiones. Globalmente, en este periodo se ha ido incrementando la utilización de quirófanos en el conjunto de los hospitales; de hecho, entre enero y junio del año dos mil trece, el número medio de quirófanos utilizados ha sido de 159 frente a 135 del año anterior; el número de suspensiones de intervenciones quirúrgicas programadas también se ha venido reduciendo, y estamos hablando que en los últimos años, anualmente, se producen entre cuatro y cinco mil suspensiones de intervenciones quirúrgicas programadas, por razones muy diversas -de carácter clínico, organizativo o de otro tipo-, y eso se ha venido reduciendo.

Y en tercer lugar, queremos y estamos impulsando la cirugía sin ingreso, la cirugía mayor ambulatoria, de tal manera que, en el periodo de enero a agosto de este año dos mil trece, el número de intervenciones de cirugía sin ingreso ha sido de 63.429, aproximadamente 4.000 más que en el mismo periodo del año anterior.

Estas medidas, como le señalo, se adaptan a la situación de cada hospital, que tiene unos indicadores distintos unos de otros, que tienen unas peculiaridades distintas en función del tipo de actividad quirúrgica que se realiza en cada uno de ellos.



Y con carácter general, como cuarta línea de trabajo, también hemos promovido la actualización, la renovación o la creación de comisiones quirúrgicas en todos los centros hospitalarios. En este sentido, la organización en este... en esta materia era variable en cada uno de los centros, y lo que hemos promovido es la creación de comisiones en las que participen fundamentalmente los responsables de los servicios quirúrgicos, de anestesia y de algunas otras unidades hospitalarias, asignándoles la responsabilidad de gestión de esas áreas quirúrgicas, de la gestión de las propias listas (las incorporaciones, las entradas en lista y las salidas) y algunas otras competencias. Y esto lo recogeremos en una Orden, que así nos lo han recomendado los Servicios Jurídicos, que publicaremos en un periodo aproximado de diez o quince días, para reforzar formalmente estas comisiones quirúrgicas como instrumento de mejora también del día a día de las áreas quirúrgicas de nuestros hospitales.

Y en quinto lugar, hemos abordado otros aspectos que tienen menos que ver con la actividad quirúrgica y más con las indicaciones. Y, para ello, hemos revisado exhaustivamente todos los protocolos que existen en los... en todos los hospitales, en los distintos servicios quirúrgicos. Hemos consultado con sociedades científicas, porque otro de los temas que queremos... creemos que debemos abordar es el de la variabilidad en las indicaciones quirúrgicas.

Creo que les he comentado en alguna ocasión que en Castilla y León, como ocurre en España, las indicaciones quirúrgicas en los procesos más frecuentes tienen todavía un rango de variabilidad muy importante. Les doy algunos datos sobre las más relevantes. Cuando nosotros analizamos cuántas indicaciones quirúrgicas se hacen en nuestros hospitales por cada uno de los procesos, encontramos, por ejemplo, diferencias tan importantes como que la indicación quirúrgica de cataratas oscila entre 6,02 casos por cada 1.000 habitantes en un hospital y 14,38 en otro hospital; que la indicación quirúrgica por juanetes oscila entre 1,71 por 1.000 habitantes y 3,99 por 1.000 habitantes; o que la indicación quirúrgica para intervención de varices oscila entre 0,80 casos por 1.000 habitantes y 4,01 casos por 1.000 habitantes. Y esto lo que expresa es esa variabilidad clínica que creemos que tenemos que reducir globalmente, pero que, evidentemente, esta reducción solo corresponde a los profesionales, a los clínicos, a quienes hacen esas indicaciones, y esto es lo que estamos intentando poner sobre la mesa en estas comisiones quirúrgicas, con las sociedades científicas y con los propios servicios quirúrgicos.

Piensen ustedes que si... que, en la medida en que estos son los procesos más frecuentes, donde más variabilidad existe en la indicación, si en muchos de esos procesos la... todos los hospitales se adaptaran a la tasa media de indicación, estaríamos hablando de una variación de miles de casos anuales, bastantes miles, en las indicaciones quirúrgicas. Si todos los hospitales adaptaran la tasa de indicación del hospital que la tiene más baja, estaríamos hablando de algunos miles de cataratas menos a intervenir, y, si lo adaptasen a la de mayor tasa, de varios miles de cataratas más a intervenir.

Por lo tanto, es una variabilidad que, insisto, corresponde a los clínicos ir reduciendo progresivamente, y para eso también estamos trabajando con los propios servicios clínicos y con las sociedades científicas de las especialidades que atienden a los procesos quirúrgicos más frecuentes.

La perspectiva de evolución de las demoras, en términos de número de pacientes y de... y de demora media, yo creo que son positivas. Ahora estamos en



un periodo de menor actividad quirúrgica habitual –creo que también hay que señalarlo–; los últimos años, en el trimestre de verano, entre el treinta de junio y el treinta de septiembre, habitualmente se incrementan la... el número de pacientes en lista de espera y la demora media porque se reduce la actividad en los centros (de hecho, el pasado año este incremento en el trimestre de verano fue de 5.001 pacientes; en el año dos mil once fue de 3.796; de manera que son cifras de ese entorno).

A pesar de eso, las medidas que estamos incorporando yo creo que nos pueden permitir mantener aproximadamente estable, en el próximo mes de septiembre, la lista, el número de pacientes y la demora respecto a los datos de treinta de junio –eso... eso nos indica su evolución–, lo cual quiere decir que habremos “evitado” –entre comillas– que algunos miles de casos que tradicionalmente en verano se incrementan, no se incrementen. Y nuestra perspectiva es que al finalizar el año estemos en una demora media, aproximadamente, similar a la que teníamos hace un año, que era del entorno de 73 días, con el desarrollo del conjunto de medidas que estamos planteando.

Me gustaría también decirles que el mayor compromiso que podemos... que debemos asumir –en mi opinión, insisto– es el de la discriminación de los casos graves y su priorización, a pesar de que eso supone estar menos pendiente de la demora media y más pendiente de los casos más graves. Piensen ustedes que si nosotros intervenimos un proceso oncológico en un periodo... con esa prioridad, estamos dejando de intervenir unas varices o un... o unos juanetes, que, probablemente, su demora media o el tiempo de espera de ese paciente sea mucho mayor que el de una persona con un cáncer de colon o de otro tipo. Y como hay más casos en espera y se indican más casos leves (cataratas, hernias, juanetes, varices, etcétera), si atendemos prioritariamente a lo grave, tendremos menos capacidad de reducir la demora media, pero me parece que la posición más sensata y más razonable es la de priorizar los casos graves y... y mantener ese compromiso de intervención en un periodo no superior a 30 días.

Y en ese sentido, también reitero el compromiso de avanzar en la mejora de la información. Castilla y León es una Comunidad, de las pocas Comunidades, que trimestralmente informa de sus datos, de la evolución de las demoras por centros, por especialidades, de los datos agregados. Yo debo decirle que no hemos sido capaces de conocer la demora media de varias Comunidades Autónomas, ni siquiera la que tenían a treinta y uno de diciembre, que son los datos homogéneos que se han publicado en España. Hay cuatro Comunidades, si ustedes lo consultan en sus propios sistemas de información, en sus páginas web (Andalucía, Rioja, Baleares, Castilla-La Mancha, si no me equivoco), que no encontrarán ustedes el dato de la demora media de... que se produce en esa Comunidad Autónoma.

Y que, globalmente –como decía al principio–, esos datos comparativos del Ministerio y los de las Comunidades Autónomas nos sitúan un poco por debajo de la demora media que existe en España. Los datos a los que nosotros hemos podido acceder es una demora de 52 días en el País Vasco, de 75 en la Comunidad de Madrid, de 79 en la Comunidad de Asturias, 81 en Murcia, 83 en Valencia, 90 en Aragón, 97 en Castilla y León, 100 en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, 101 en Murcia, 103 en Extremadura, 127 en Navarra, 132 en Galicia, 138 en Cataluña y 139 en Canarias. Y en las Comunidades que antes les señalaba no hemos encontrado datos sobre la demora media; en algunos casos hay datos en relación



con algunos procesos, con algunos hospitales, datos segmentados por algunas patologías, pero no hemos sido capaces de identificar la demora media que existe en esas Comunidades Autónomas.

Este sistema de información de Castilla y León, lógicamente vamos a mantener el compromiso de información trimestral, y vamos a añadir a los datos históricos –como les decía– aquellos que tienen que ver con las prioridades clínicas y los tiempos o las esperas en cada uno de esos casos en función de la gravedad o de la prioridad clínica, de manera que no solamente sepamos cuál es la demora media en cirugía general y digestiva, que es interesante saberlo, sino que conozcamos también, dentro de esa especialidad, cuál es la demora media en cáncer de colon o en hernia inguinal. Porque creo que da mejor explicación de cuál es de verdad la situación de los pacientes que están en espera, que nos preocupa y que motiva estas iniciativas que hemos adoptado –como les digo– a partir del mes de abril; que en el siguiente trimestre han tenido ya efectos positivos con la reducción de un 8 % del número de pacientes en lista de espera; que en la evolución de este trimestre en el que nos encontramos, a pesar de... de la tradicional reducción de la actividad quirúrgica, creo que vamos a poder mantener; y que, al finalizar el año, yo espero, lo primero, que... que estemos manteniendo la garantía de intervención en un periodo no superior a treinta días de procesos oncológicos y de otro tipo, y, en segundo lugar, que hayamos reducido sensiblemente el número de pacientes y, de forma importante, la demora media para intervenciones quirúrgicas en Castilla y León.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Muchas gracias, señor Consejero. Pregunto a los Grupos: ¿continuamos? Muy bien, pues después de este... de esta pausa, reanudamos la sesión. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se procede a la apertura de un turno de Portavoces de los distintos Grupos Parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, el Procurador... Procuradora doña Mercedes Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Gracias, señor Consejero. Le doy la bienvenida, una vez más, a usted y al equipo que le acompaña a la Comisión. Yo quiero empezar recordando, hemos debatido ampliamente sobre el tema de listas de espera el pasado diez de mayo en sendas comparecencias; una pedida nueve meses antes por el Grupo Socialista, y la que formuló usted simultáneamente a petición propia. Por lo tanto, debatimos de los argumentos, las causas, la evolución, la situación, sus alternativas, nuestras sugerencias –algunas compartíamos, otras no–, pero hoy volvemos a debatir este tema.

Yo quiero empezar poniendo sobre la mesa unos cuantos datos, que no son susceptibles de interpretación porque hablan por sí solos, en los mismos periodos. Junio del dos mil once, en lista de espera, 18.295; demora media, 45. Junio de dos mil doce, total de enfermos, 31.491; demora media, 73. Junio de dos mil trece, 36.117; y demora media, 110. Significa que en dos años de legislatura, pues son 17.872 enfermos más y una demora media de 62 días.



Yo ayer he repasado detenidamente la totalidad de la comparecencia del diez de mayo, le he escuchado ahora con suma atención. Usted vuelve a... a dar los argumentos, que algunos compartimos, de las causas de esta evolución de la lista en lo que se refiere a la supresión de la autoconcertación y la disminución de los conciertos con el dispositivo privado; pone usted en valor -yo también lo reconozco, aunque es poco significativo- de esos 3.217 enfermos menos en el segundo trimestre respecto al primero; y esa insignificancia de disminuir la demora media en un solo día. Pero usted, si me permite -y con todo respeto se lo digo, señor Consejero-, en ese análisis trataba de confundirnos entonces y trata de confundirnos hoy; todos estamos de acuerdo en que una patología grave no puede esperar, pero yo afirmo: los cánceres no pueden estar en lista de espera. Y le pregunto: ¿tiene usted constancia de que haya un solo proceso oncológico en lista de espera? Porque eso sería gravísimo. Si no... Es así, esto no se puede incluir en el análisis ni del total de enfermos ni de la demora media. De la misma forma, la cirugía cardiaca no valvular. Yo supongo que no hay ni un solo aneurisma en lista de espera, y menos con los desgraciadísimos antecedentes que tenemos.

Por lo tanto, señor Consejero, yo creo, y para entendernos -yo quiero que nos entendamos en este aspecto-, tenemos que ser muy serios a la hora de ir afirmando y las valoraciones que hacemos. Usted, en aquella comparecencia del diez de mayo, y hoy también, vuelve a decir que las diferencias entre la evolución de unos hospitales respecto a otros tienen que ver con la dimensión del hospital. Yo tengo que recordarle, señor Consejero, que respecto a la demora media es verdad: 178 días el Clínico de Valladolid, 148 el Hospital de Burgos, ambos de grandes dimensiones; pero el tercero son 122 días en el Hospital de Ávila, un complejo hospitalario de las mismas dimensiones que Segovia, que Palencia, que Zamora o con los que están evolucionando con unos datos bastante más razonables.

Por lo tanto, yo, y dando por hecho que este es un problema muy serio en la sanidad pública de Castilla y León, aunque no seamos los únicos, es verdad, pero a nosotros nos preocupa Castilla y León, nosotros ya dijimos entonces y repetimos hoy: esta es, además de sus argumentos, una consecuencia dramática y grave de los recortes llevados a cabo. Yo, con el mismo respeto, esto ha ido evolucionando así en los dos años de legislatura, luego este es un reflejo de la gestión que se ha hecho en estos dos años y de esa apuesta teórica tan contundente por la sanidad pública.

Si me permite, de alguna forma se han ido poniendo de perfil o de espalda durante estos dos años, porque esta evolución que yo le indico, con esos datos globales en los dos años de legislatura, eran demoledores. Dice usted que se han ahorrado unos 29 millones de euros con esas medidas que ustedes adoptaron. Yo no sé... se ha ahorrado económicamente; desde luego, en coste en salud es muy serio. Pero, además, ahora... y el plan de medidas que por fin anunció en abril -yo ahora a ver si tengo tiempo y le hago una batería de preguntas a algunos aspectos a los que usted no ha hecho referencia, supongo que porque son muchos-, disponíamos o... había previsto usted un montante de 12 millones de euros. Según nuestros cálculos, y eso a mí también me plantea muchísimas dudas, son 2,9 millones para incrementar esos simbólicos 156 contratos en toda la Comunidad y 9 millones de euros para el dispositivo privado. A mí, si me permite, me parece que es una desproporción absolutamente evidente, y no entendemos por qué no son 9 millones al propio sistema



público y 2,9 a complementar con todo aquello que no podamos absorber desde el dispositivo privado.

¿Por qué 156 contratos y no 300 o 400? Porque en aquel análisis nosotros le decíamos que estábamos de acuerdo en utilizar el incremento de jornada, en utilizar la capacidad máxima de rendimiento de nuestros espacios quirúrgicos; estábamos de acuerdo en la creación de empleo y establecer un programa de contratos adicionales para la actividad quirúrgica en función de los criterios, que ahora también le preguntaremos; que estábamos de acuerdo en otra medida que usted adelantaba de estudiar y dimensionar las plantillas para, en su caso, ver si había que potenciarlas de cara a que esta... este plan de medidas sea algo mantenido en el tiempo, estructural, y bien organizado, y no funcionar coyunturalmente a golpe de datos que sean más o menos intolerables.

Pero, claramente, yo voy a pasar a hacerle las preguntas concretas, porque, si no, seguramente que se nos pasa el tiempo y tenemos muchas dudas muy importantes. Es verdad que usted el plan de medidas lo anunció en abril. Nosotros tenemos dudas, seguramente que por desconocimientos, si en todos los hospitales empezó realmente a finales de abril, en mayo, o ya nos pusimos en el mes de julio... en el mes de junio, perdón. ¿Por qué solo esos 146 contratos con un coste de 2,9? ¿Por qué no se plantearon más número de contratos, si puede decírnoslos?

Usted nos ha dicho que han funcionado creo que ciento... -que es una pregunta que tenía- un total de 139 quirófanos, supongo que es para esta actividad concerta... programada con la actividad quirúrgica. ¿En esos 139 está hablando usted de los de nuestro propio sistema público o también los que se han concertado en la privada? Eso, más o menos, cuántas horas de más de actividad quirúrgica ha supuesto, y cuántas intervenciones, y qué número de intervenciones se han llevado a cabo aproximadamente en cada uno de ellos.

Qué procesos quirúrgicos, ya creo que ha contestado usted; si no, ahora sí hemos podido ver información. Se refiere a cataratas, a varices.

Con qué criterios se han seleccionado no nos ha quedado claro, porque usted insiste en la gravedad, en la gravedad, en la gravedad, y nos pone ahí delante la cirugía oncológica, y a mí eso me pone los pelos de punta. Yo estoy dando por hecho que en estos 36.000 enfermos son coxartrosis de cadera y de rodilla, los denostados juanetes, la cirugía de varices, cirugía del aparato digestivo pero que no tenga nada que ver con la cirugía oncológica. Y ya nos preocupa bastante que haya también cirugía cardiaca valvular.

Queríamos saber con qué criterios se han utilizado respecto al tiempo de espera que llevaran estos enfermos, si tiene usted un poco información de los objetivos claros en el plan de choque en cada uno de los hospitales respecto tanto al número total de enfermos y sus prioridades como a la demora media, si tenemos una continuidad en el presupuesto de cara a dos mil catorce para que sigamos trabajando en un plan de medidas de lista de espera. Por lo tanto, cuál es el mantenimiento en el... en este plan, hasta qué tope, hasta que no tengamos un solo enfermo que espere más de la demora máxima en 180 días, hasta que no espere más de 4 meses, hasta que no espere más de 3, hasta que quitemos de la lista de espera los 2.000 que esperan más de un año y los... y los mil y pico que esperen más de seis meses. Si se van a incrementar las plantillas con estas medidas, si se van a utilizar todos nuestros



quirófanos a partir de que pase este periodo vacacional en mañana y tarde facilitando para eso los recursos. Es decir, si tenemos en un hospital 8 quirófanos como espacios físicos dotados de equipamiento y material, ¿tienen que quedar 2 de urgencia por la mañana y por la tarde?; ¿quiere eso decir que vamos a utilizar el rendimiento máximo...

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Vaya concluyendo, señora Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

No... no puede ser, señor Presidente. No puede ser porque entonces será que no queda...

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Señoría, el tiempo es una medida que termina con todo, con las listas de espera y también con su intervención, no lo dude.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Sí, bueno, pues... pues deme un minuto...

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Es decir, tiene usted un minuto más.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

... deme un minuto más. A ver si... a ver si es posible. Si no, pues nos iremos con las mismas dudas y pediremos otra la semana que viene. Quiero decir que, ¿funcionarían esos 6 quirófanos por la mañana y 6 quirófanos por la tarde? ¿Cuáles son los resultados del análisis de esas comisiones que se han hecho en cada centro? ¿Qué factores influyen, a su juicio, además de los que ya nos ha expuesto en esas diferencias, estando claro que no siempre tiene que ver con la dimensión del hospital? ¿Quiénes, además de los profesionales y el equipo directivo, están evaluando estas medidas en queda... en cada hospital? ¿Y qué se está dando a conocer de ese plan de medidas y de esa evolución a los propios enfermos, que son los más afectados? ¿Cuál va a ser la previsión de quirófanos en mañana y tarde, como le digo, hasta el 31 de diciembre, para reducir la demora media a 70 días? ¿Se han establecido en función de este proyecto suyo, loable y que compartimos, y que ojalá, pero que vemos de momento un poco milagroso, para esos 70 días, el refuerzo específico y claro de plantillas en los hospitales públicos? Y, en función de eso, ¿se han establecido objetivos de disminución y la previsión de nuestros propios medios y de la actividad concertada?

Vamos a ver, nosotros creemos, señor Consejero, que hay muchas dudas. Le voy a plantear las de los enfermos. Ahora mismo, si todo esto se está haciendo, ¿por qué los enfermos no saben la fecha en la que de verdad se les ha registrado en la demora quirúrgica? ¿Por qué no se les informa a ellos de cómo va evolucionando? ¿Por qué no se les explica el periodo previsto de espera? ¿Por qué es un secreto de



cuánto tendrán que esperar? ¿Por qué, ni por equivocación, se les da nunca una fecha aproximada? ¿Por qué cuando se les ha hecho un preoperatorio, o a veces dos, esos preoperatorios prescriben, ya se invalidan, y aun así los enfermos no tienen ni idea de cuándo se les va a operar? Nosotros entendemos que el día que van a un preoperatorio y les ve un anestesista tendrían que salir de allí, salvo catástrofe, con una fecha prevista de intervención.

Y nos preguntamos, usted... está claro que el desequilibrio es evidente, lo que se ha potenciado el dispositivo privado y los recursos que hemos utilizado en la pública con 156 contratos. ¿Por qué, de alguna forma, se está forzando a las personas que llevan más de un año en lista de espera o a operarse en la privada o a esperar *sine die* -tal vez muchos tienen la perspectiva de que se pueden morir sin operar-?

¿Me he pasado algo más de un minuto, señor Presidente?

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Bueno, ha concluido su tiempo. Se ha pasado cuatro minutos, doña Mercedes.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Pues muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Le ruego que tenga usted compasión aquí con la Presidencia.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Vale.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Gracias.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Mucha compasión. Gracias. Esperaré a la siguiente batería para el segundo turno.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Para responder a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Muchas gracias. Bueno, yo espero intentar resolver alguna de esas dudas que... que usted plantea. Me parece que partimos de un... quizá de una... de un error de apreciación por su parte. Todos los procesos quirúrgicos se incorporan a lista de espera, al sistema de información, porque así está establecido y porque yo creo que así se debe establecer. Esta idea de decir "es que un proceso oncológico, ¿cómo se va a incluir en la lista de espera?". Pues naturalmente, cuando un... cuando un facultativo hace una indicación quirúrgica por un proceso oncológico, o por otra



circunstancia, lógicamente eso se contabiliza y forma parte del sistema de información. No podía ser de otra manera, no podía ser de otra manera.

Quizá por eso usted no entra en la... en el debate que le he propuesto, es decir, gravedad o demora media, que, en definitiva, ese es un debate que creo importante para mantener. Y usted parece asumir o acogerse fundamentalmente al dato de demora media, dando por hecho de que los casos graves cómo no se van a atender, pues claro que se van a atender, pero son casos graves, que son indicaciones quirúrgicas, y, por lo tanto, tienen que incorporarse a nuestros sistemas de información. Eso sin ninguna duda.

Cuando yo le señalaba que la situación de cada hospital es distinta en función de diversas peculiaridades, le decía que, con carácter general, los hospitales grandes, efectivamente, han tenido mayores problemas, en términos de demoras, por razones de especialidades, por razones del tipo de intervenciones que realizan, etcétera. Y eso no excluye, claro, que hospitales de menores dimensiones, como el de Ávila, tengan ese tipo de demora media.

Pero, fíjese usted, precisamente por no querer entrar en ese debate, no considera usted que seguramente el mayor problema del Hospital de Ávila en términos de demora tiene que ver con la traumatología, y con determinado tipo de procesos. Entonces, ya, ahí deja de hablar de casos graves y de otro tipo de casos, y se limita a hablar de demora media. Yo creo que la mayor parte de los casos se han vinculado a un problema que existía en el ámbito de la traumatología.

Y, fíjese usted, en el Hospital de Ávila hemos contratado algunos traumatólogos, ¿y sabe usted lo que ha ocurrido? Que hemos perdido alguno, por diversas razones, y ahora tenemos que reincidir en la búsqueda, en la contratación, en su caso, en la concertación.

Pregunta usted por qué algo más de 3.000.000 en contratación de profesionales y algo menos de 9 en concertación. Fundamentalmente por dos razones:

Porque los profesionales ya están trabajando y lo que estamos haciendo es reforzándoles; los conciertos no existían, les habíamos suprimido, y esto explica esta pequeña diferencia. Es decir, las plantillas están trabajando, los servicios quirúrgicos están trabajando y lo que hemos hecho es reforzarlos. Esto como primera consideración. Los conciertos les habíamos suprimido, y, por lo tanto, recuperar una parte supone este incremento de 9.000.000 de euros o de algo más de 5.000 procesos quirúrgicos.

Y, en segundo lugar, porque esto ha dependido de las características y de las circunstancias de cada hospital: de qué contenía la lista de espera, qué tipo de pacientes, qué capacidad de absorción se tenía con los recursos propios. En algunos hospitales, fíjese usted, se han contratado oftalmólogos, porque, en la medida que tenían un problema, fundamentalmente con las cataratas, y las cataratas pueden hacerse cinco, seis, hasta siete intervenciones quirúrgicas por sesión, pues se ha... se ha optado por esa decisión. Pero cuando los procesos consumen más tiempo de quirófano o son de otro tipo, a veces hay que equilibrar la disponibilidad de quirófanos, el tiempo de utilización, las especialidades que tiene cada hospital, los recursos que tiene cada especialidad y el tipo de procesos que tenemos que sacar de la lista de espera.



Y eso explica todo ello, pero la razón fundamental es que mientras hemos mantenido los recursos públicos, y ahora se trata de reforzarlos, habíamos eliminado la concentración con centros privados, y eso explica que la reactivación supone hablar de casi 9.000.000 de euros.

Las medidas se han implantado en el mes de abril. Y, naturalmente, la implantación, en algunos casos, material y el efecto que tiene se ha producido en abril, en otros en mayo y en otros en junio, evidentemente. Esta no es una decisión administrativa que se toma y tiene efectos. Si hablamos de reducir la variabilidad de las indicaciones, como usted comprenderá, eso no se hace de un día para otro porque el Consejero haya dicho que hay que reducirla, eso requiere análisis en cada centro, revisión de la lista con los responsables de los servicios, valoración de cada uno de los casos. Mire usted, y en algunos casos nos hemos encontrado con indicaciones quirúrgicas que ya no eran útiles y que por razones clínicas no deberían estar en la lista, en procesos leves y en procesos graves, y que, por la dificultad del día a día, no se habían excluido de la lista, cuando había una indicación clínica que no recomendaba en ese momento la intervención quirúrgica, por ejemplo.

Pero ese tipo de decisiones requiere ese tipo de trabajo en el día a día de los directores médicos, de los responsables del área quirúrgica, con los responsables de cada servicio y con los facultativos. Y eso, como usted comprenderá, no es una cuestión que una vez tomada la decisión sobre un conjunto de medidas tenga efecto inmediato. En algunos casos lo ha tenido, y en otros lo está teniendo y lo tendrá en el futuro.

Bien. La continuidad en el presupuesto, lo que tenemos que garantizar, en mi opinión, es el presupuesto suficiente para mantener, como le decía antes, la lista de espera en los términos que aproximadamente teníamos hace un año, y sobre todo con la garantía de que estamos atendiendo a las prioridades.

No piense usted... desde luego, el 100 % de los procesos graves no siempre somos capaces de atenderles en ese periodo de 30 días. He dicho que la práctica totalidad sí; le puedo decir que en algunos casos lo monitorizamos al día, pedimos explicaciones, que hay un proceso que se sale de rango, qué ha ocurrido, qué ha dejado de ocurrir, pero ahí, como usted comprenderá, cuando estamos hablando de aproximadamente 145.000 intervenciones quirúrgicas al año, pues tenemos la casuística de todo tipo.

La... el incremento de los profesionales ha supuesto, en gran parte de los casos, naturalmente, la... el funcionamiento de los... de las áreas quirúrgicas también en jornada de tarde. Y, fíjese usted qué curioso, precisamente por eso en algunos centros nos han reclamado la contratación no solamente de facultativos, sino también de enfermeros, de auxiliares de enfermería, e incluso de algunos celadores, en la medida en que, si ampliábamos el horario quirúrgico, teníamos que tener no solamente el que hace la intervención, sino el equipo quirúrgico completo. Y eso explica esto que a usted le parece poco, de 153 facultativos, que se suma... de profesionales que se suman a todos los que ya existe en los centros hospitalarios.

Pide usted algunas conclusiones que hayamos podido llegar en las... en las comisiones que se han planteado en los centros. Las conclusiones tienen que ver con cada uno de los centros, pero en parte confirman las líneas en las que estamos trabajando. En primer lugar, la necesidad de mejorar algunos aspectos en la gestión



del proceso de intervención quirúrgica; hay circunstancias en los que puede haber problemas, desde el traslado del paciente (el paciente no está preparado exactamente en el momento en que se le puede intervenir), de mejoras en la gestión de la esterilización del quirófano entre intervenciones quirúrgicas, de utilización por la tarde, etcétera. Pero también en términos de indicaciones quirúrgicas; esto no... no todo... no en todos los casos se ha concluido, pero estas comisiones están analizando la lista en cada una de las indicaciones, están recibiendo información homogénea sobre las tasas de indicación en el conjunto de hospitales, discutiendo por qué esas tasas pueden ser superiores o inferiores, cuáles son los criterios de inclusión en cada una de las especialidades o en cada uno de los procesos. Y esto son parte de las conclusiones que se están planteando por parte de estas comisiones quirúrgicas que... de las que forman parte, si no recuerdo mal, el director médico de cada uno de los hospitales, los responsables... los jefes de los... de servicios quirúrgicos o de unidades quirúrgicas, de anestesia, los responsables de enfermería vinculados al área quirúrgica, los responsables de admisión y algunos... y algunas otras personas. Y que, a su vez, en algún hospital se han hecho comisiones específicas para determinadas especialidades para profundizar en este análisis y en las acciones que deban adoptar.

Y, finalmente, decirles que... reiterar que todos los pacientes, una vez que se ha producido la indicación quirúrgica, se inscriben en los sistemas de información que lo contemplan, y por eso... por eso podemos decir con... con periodicidad cuál es el número de pacientes que están en... en espera de intervención quirúrgica, cuál es la demora media, cuál es la demora media por especialidad, por centro, etcétera, y en el futuro lo facilitaremos también de acuerdo con las prioridades clínicas que se planteen.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Consejero. Para un turno de réplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra doña Mercedes Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Sí. Gracias, señor Presidente. Voy a intentar ser breve para atenerme a los cinco minutos.

Señor Consejero, yo le doy las gracias por las aclaraciones, pero yo no estoy en un error. Usted trata de manipularme y de confundirme. Yo estoy dando por hecho que usted no puede decir una cosa y la contraria. Usted no puede decir hasta la saciedad que garantizan que los procesos graves oncológicos se atienden antes de 30 días y luego decirme que yo estoy en un error porque claro que están en lista de espera. Señor Consejero, pues, si están en lista de espera, es inconcebible. Comprométase a que ni un solo proceso oncológico entre a formar parte de la demanda quirúrgica, porque se sobreentiende que los que están en demanda quirúrgica es muy grave y tendría que ser excepcional que ni un solo enfermo superara la demora máxima de 180 días, pero que no son procesos en los que corra peligro la vida. Y, entonces, vamos a aclararnos y estaremos hablando el mismo lenguaje. No trate usted de... de confundirme, porque no pueden ser las dos cosas, señor Consejero.



Si se garantiza antes de 30 días y la demora media está en 110 y la demora máxima son 180, pues vamos a hablar el mismo lenguaje...

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Por favor...

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

... señor Consejero, si no, no vamos...

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

... respeten la intervención.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

... a poder aclararnos.

La segunda cuestión. Señor Consejero, yo quiero que usted se comprometa, si realmente funcionan y, como no puede ser de otra forma, que estén los profesionales diciendo todo lo que tienen que decir, evaluando, aportando y estableciendo medidas correctoras en esas comisiones en cada hospital, que haya un compromiso de información a los enfermos, de cuándo están en lista de espera, de cuál es la evolución, de qué puesto está, de en qué plazo máximo se comprometen a intervenirle, porque los enfermos, hasta ahora, solo lo sufren, lo padecen, se desconciertan y se angustian, pero no tienen ninguna información.

Comprométase usted, señor Consejero, a que la proporción tiene que ser la inversa, no 9.000.000 al dispositivo privado, porque esto nos hace pensar si este plan, loable, esperado, necesario y justificado, tiene otros objetivos. La desproporción es evidente. Nosotros sabemos que nuestros recursos públicos son potentes, pero necesitan equipamiento, anestesistas, cirujanos, enfermeras y el resto del personal. Luego ¿por qué 156 y no se está prorrateando, como le digo, a 300, a 400, y los 9.000.000 son para el sistema público, y cuando sea ya estrictamente complementario se deriva a la privada lo que de verdad, agotando todas las posibilidades, no podemos absorber? Díganos cuáles los objetivos a estos hospitales absolutamente demolidores, como Valladolid, como Burgos, como Ávila. En Ávila hay 450 enfermos que esperan hasta un año y unos 200 que esperan más de un año. ¿Cuál es el objetivo -digo en Ávila, en Valladolid, en Burgos- para enfermos de este caso? Son casi 3.000 y la mayoría de trauma. Pero yo ya no estoy hablando de juanetes, olvídense de los juanetes; se pueden hacer un agujero en el zapato, y, desde luego, eso es pues... pues muy triste y doloroso, pero le estoy hablando de las personas que necesitan una prótesis de cadera y una prótesis de rodilla. Infórmeles y que no se les fuerce a ir a la privada sí o sí.

Mire, ayer hablaba con una ciudadana -no le voy a dar el nombre-, once meses esperando para una intervención de prótesis de... de rodilla. Ha ido a preguntar, porque nadie le informa, y le dicen que tiene que esperar un año más, a no ser que se opere en la privada. Ella no quería operarse en la privada. Es una persona que confía y se siente segura en el sistema público, pero, ante la posibilidad de seguir sin andar y esperar dos años, dice: vale. Y le llaman a los tres días; ya tiene cita, por lo visto, para el once. Explíqueme esto, señor Consejero. ¿Por qué está dando usted prioridad al dispositivo privado?



Dice que para una prueba de apnea, una persona allegada a ella ha esperado tres años; que para una resonancia han esperado quince meses; que para una extracción de una muela del juicio con una gran infección llevaba esperando veinte... veinte meses. Señor Consejero, esto no es un ejemplo aislado; ejemplos de estos hay muchos. Y nosotros lo que queremos es, de una vez por todas, aclararnos con estas situaciones. No es un ejemplo; como estos ejemplos puede haber 36.000.

Pero... ¿Cómo voy de tiempo, señor Presidente? Porque luego me corta y me desconcierta.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Fatal. Ya ha acabado.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

¡Ah!, ya he acabado. Bueno, pues nada más, señor Consejero. En la... en la comparecencia del mes de mayo, cuando nosotros le decíamos que es evidente, es loable, que en Palencia haya una demora media de algo más de 30 días y es escandaloso que en un hospital de las mismas dimensiones como el de Ávila haya 122, por encima de la media de la Comunidad. Algo pasa. A mí me sorprende que la Gerente lo califique de... de notable. Pero, en fin, usted, en aquel momento, dijo que no... obviaba estudiar la responsabilidad de los equipos directivos, en estos casos flagrantes, y, en su caso, adoptar alguna medida. Digo que puede haber un reconocimiento a los gestores que están en demoras medias tan aceptables en número de enfermos. ¿Y va a adoptar usted alguna medida con los equipos directivos de estos ejemplos tan escandalosos?

Y por último, señor Consejero, ¿no tiene usted todavía información del impacto que haya tenido en la evolución de las listas de espera el periodo vacacional? ¿Por qué, además de los contratos a mayores, como plan de choque de la demanda quirúrgica, no ha habido un compromiso -o si eso se va a estudiar en lo sucesivo- de cobertura al 100 %, precisamente por este problema en la demanda quirúrgica, para tener funcionando quirófanos programados por la mañana como plan... como parte de este plan de choque? ¿Y cuántos quirófanos a mayores y con recursos del sistema público van a funcionar hasta el treinta y uno de diciembre para que usted -y ojalá- cumpla ese objetivo de que a treinta y uno de diciembre tengamos una demora máxima de 70 días? Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para un turno de dúplica, tiene la palabra el excelentísimo señor Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señor Presidente. Mire, sobre la manera de inclusión en la lista de espera de pacientes, sean oncológicos o de otro tipo, permítame que yo me remita a los acuerdos que hay y... y a los criterios compartidos y comunes para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Es que a mí no me vale esto que dice usted: como los procesos oncológicos hay que operarles pronto, no hay que incluirles en lista de espera quirúrgica. Oiga,



es que esto está... me parece que es desconocer ese funcionamiento de cómo se generan y se gestionan; ¿cómo sabemos que ese paciente se ha intervenido en 27 días o se ha intervenido al día 31, y nos hemos pasado un día de esa garantía, si eso no forma parte del grupo de pacientes que, tras la indicación quirúrgica, está en nuestro sistema de información? Es que sería absurdo, sería absurdo, porque, entonces, no... no podríamos constatar ni cuál es la demora de los pacientes con procesos graves y... y si en algún caso superan los 30 días, y no podríamos saber cuál es la demora media del conjunto de intervenciones quirúrgicas, que se hace por agregación, e, insisto, en la que cuenta lo mismo un caso oncológico que un caso de un juanete a la hora de conformar la demora media, y eso es lo que le señalaba.

Y veo que tampoco se ha pronunciado, de nuevo -cuando se lo he planteado-, en la relación del cambio del sistema de información de la lista añadiendo, precisamente, para garantizarlo más a efectos de información, cuál es la demora, no solamente la media del conjunto de casos -que dice muy poco, insisto-, sino la demora en procesos oncológicos, en otros procesos graves, en juanetes, en varices, en cataratas, en hernia o en colelitiasis; eso sería lo importante en mi opinión.

Pero, desde luego, la demora media -insisto-, cuando hablamos de 110 días, hablamos de la media del conjunto de pacientes que han sido intervenidos, y unos lo habrán sido en 29 días y otros estarán todavía en espera para ser intervenidos. Me parece que es obvia esa consideración y la necesidad -insisto-, como se hace en todas las Comunidades Autónomas, de, en cuanto se produce indicación quirúrgica, incorporarlo al... al sistema de información de listas de espera.

Respecto a la desproporción -se lo repito-, hay una razón evidente: la sanidad pública... los profesionales que intervienen en los procesos quirúrgicos estaban, están y estarán; la aportación del sector privado se ha reducido sensiblemente en el año dos mil doce. Y eso es lo que explica lo que usted llama una descompensación entre el esfuerzo que hacemos en contratación de profesionales y el esfuerzo que hacemos en conciertos.

Y además hay otras razones que tienen que ver con cuestiones operativas, cuáles son las necesidades de cada hospital. ¿Usted cree que el Clínico puede incrementar demasiado su actividad quirúrgica con profesionales propios? ¿Lo puede hacer tanto como otros hospitales? Pues, seguramente, no, por razones que tienen que ver... Mire usted, es que es evidente: cuando se hace una intervención de neurocirugía hay un quirófano que está ocupado durante 5 o 6 horas, y eso explica por qué en unos casos reforzamos con profesionales y en otros con concertación, porque es posible hacerlo y porque la capacidad quirúrgica y la mejora de su rendimiento se puede hacer hasta un límite, pero hay límites que son difícilmente superables, y, por lo tanto, acudimos a la concertación.

Pero, sobre todo -le repito-, el año pasado prácticamente suprimimos los conciertos quirúrgicos; por cierto, entonces usted no me aplaudió mucho. Cuando yo presenté el plan de ajuste insistí en dos medidas: supresión de peonadas y práctica supresión de los conciertos quirúrgicos. Usted, una vez más, no tuvo opinión, ni sí, ni no, ni lo contrario, ni a favor, ni en contra; en absoluto. Es más, si usted recoge... recuerda las actas, se lo dije, y me gustaría conocer su opinión sobre eso, sobre el plan de jubilaciones... [murmullos] ... sobre las medidas que hemos incorporado, sobre las 55 medidas que planteamos en esa comparecencia en el Pleno explicando el



plan de ajuste. Yo, desde luego, no le escuché, y no sé muy... todavía no sé muy bien si a usted le parece bien que suprimamos los conciertos, que les reactivemos; no sé exactamente cuál es su... la opinión del... del Grupo Socialista.

Yo le... le puedo insistir, hemos conocido hace... hace aproximadamente tres semanas la agrupación de datos... la actualización de datos del conjunto del Sistema Nacional de Salud, y de nuevo se vuelve a plantear en relación con el tema de conciertos: Castilla y León estaba, como ha venido estando en estos años, en el entorno de un 5 % en concertación; la media española estaba algo por encima del 9 %. Y nosotros nos vamos a mantener en esos términos.

Es más, con este plan que ahora planteamos y con este incremento de los conciertos, que pueden llegar a 9.000.000 de euros, nuestro gasto en conciertos quirúrgicos será inferior al del año dos mil once: en dos mil once no subimos ni bajamos el gasto en conciertos para intervenciones quirúrgicas; en dos mil doce casi lo suprimimos; y ahora nuestro gasto será inferior al del año dos mil once. De manera que no haga usted insinuaciones del tipo de si esto es por operaciones extrañas para la privatización o no sé qué; esto es que a veces, como en otras materias, de una manera limitada, necesitamos -y nos interesa por razones organizativas- concertar de manera -insisto- limitada con centros privados, como se ha hecho de esa manera, como se está haciendo en todas las Comunidades de una manera menos limitada, y como -supongo que usted compartirá- que forma parte del modelo de sanidad pública del Sistema Nacional de Salud, que la sanidad es fundamentalmente titularidad pública, como lo es en Castilla y León; lo que hay una parte privada que puede concertarse y que puede ser, a veces, complementaria en determinadas actividades.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Consejero. Para fijar posiciones, por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra don José María González.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Gracias, señor Presidente. Y gracias, señor Consejero, por su comparecencia para hablar de la situación que están viviendo los ciudadanos de Castilla y León alrededor de su derecho a la salud y de las listas de espera, del tiempo de espera para ser atendido, o al menos eso es lo que creíamos al ver la convocatoria, y algo se ha hablado, pero, al final, es posible que esta comparecencia quede como la comparecencia de los juanetes.

Como suele ser el caso cuando usted interviene, las cifras estadísticas que maneja la Consejería no coinciden ni de lejos con las que manejan organizaciones sociales, organizaciones profesionales y, sobre todo, lo... con lo que sufren los ciudadanos. Decir -como asegura usted, señor Consejero- que para los casos más graves la espera de Castilla y León no rebasa los 30 días es así, un poco, como escurrir el bulto ante la situación de desamparo que muchos pacientes con patologías agudas sufren a la hora de recibir atención especializada, la atención especializada que precisan, y no digamos ya de la atención hospitalaria, salvo que no se recurra a la desesperada entrada por los servicios de urgencia.

Pero, además, el drama humano que hay detrás de estas cifras se encuentra, sobre todo... detrás de estas listas de espera se encuentra claramente la voluntad de



la política conservadora en la que ustedes sustentan todo su hacer en línea de seguir desmontando los servicios públicos básicos, que apenas llevan 20 años funcionando.

El latiguillo argumental que usted suele repetir, y que incluso hoy ha aludido también en su comparecencia, que es el mandato constitucional de estabilidad presupuestaria, que les obliga al cumplimiento, que en base a ello han reducido 29 millones de euros, y así un largo etcétera, no tiene nada que ver con las necesidades reales de la población de Castilla y León y no tiene nada que ver con otros mandatos constitucionales, entre los que se establece el primero el derecho a la salud.

Simplemente, ustedes ponen al servicio de ese santo déficit el derecho de los ciudadanos. Y no estamos en una suerte de fatalidad con el incremento de las listas de espera, ni antes de los brotes verdes que ahora ven ni antes de las salidas del túnel que algunos no vemos, sino que estamos ante un modelo económico y político que convierte a los ciudadanos casi en mendicantes de ese derecho a la salud, y que, además, ha estado trabajando durante los últimos meses, durante los últimos años, por desprestigiar el sistema público de salud, derivando a los más pudientes hacia el sistema privado, y derivando también a aquellos que realmente tienen necesidad de ser atendidos con una cierta urgencia hacia el sistema privado, por la vía de algo que ya se ha aludido por parte de la anterior Portavoz del otro Grupo de la Oposición, al referirse a cómo se les da a algunos ciudadanos de esta Comunidad la opción de rebajar su atención en vía quirúrgica por la vía de acceder a los servicios privados. Y eso es una realidad que se está plasmando en toda la Comunidad, en todas las provincias de esta Comunidad, pero que ha ido en aumento con fuerza durante los últimos nueve meses.

Yo ya le dije a usted y a su Gobierno, pero a usted en concreto, en más de una ocasión, que nunca con menos se hace más. Con 29 millones de euros menos no es posible hacer más, pero es que no es posible ni siquiera mantener, sí la estabilidad presupuestaria, pero no la estabilidad de la salud de los ciudadanos de Castilla y León. Y ante eso es ante lo que nos encontramos, que es ante una desesperante espera para ser atendido, ante algo que usted intenta desvirtuar cuando alude a esos 30 días de la espera para atenciones de urgencia y alude a los juanetes, pero que solamente hay una forma de desmontarlo, que es incrementar la inversión pública, recuperar los 29 millones de euros, llevarlos a aprovechar esos recursos públicos aprovechando los espacios públicos que hay en esta Comunidad, aprovechar los importantes equipos profesionales que hay en esta Comunidad, reforzando los equipos profesionales de esta Comunidad para aprovechar esos espacios.

Y mientras eso no se haga, estamos hablando de un permanente juego alrededor de las listas de espera: el juego del Gobierno, escondiendo la realidad, y lo que no es juego, por nuestra parte, sino atención hacia ese sufrimiento que tienen los ciudadanos para poder ser atendidos.

Mire usted, señor Consejero, a mí me gustaría salir de aquí hoy tragándome mis palabras. ¿Y cómo sería tragándome mis palabras? Que usted asumiese aquí ahora mismo que va a haber durante este último trimestre del año dos mil trece un importante esfuerzo en, no analizar por qué se dan esos resultados de los que aquí se ha aludido con grandes diferencias entre la población de Castilla y León que vive en unas provincias y en otras, que eso tiene usted la obligación de tenerlo analizado; y tiene usted la obligación de haber adoptado soluciones.



Alguna vez ustedes, o alguno de ustedes, en los Plenos, a la hora de los aplausos, cuando a mí no me aplauden y me dicen “alguien le ha aplaudido del otro Grupo”, me han oído en muchas ocasiones: a mí no me importan los halagos, no quiero halagos. Quiero resultados, quiero seriedad. Y eso es exigir a quien tiene la responsabilidad de cumplir. Y aquí hay unos responsables políticos que están sentados ahí, el señor Consejero, en representación del todo Gobierno, y hay unos responsables en equipos nombrados por quien tiene la capacidad política de nombrarles, y a los que no se le exige por igual a todos. Porque, sinceramente, no es entendible lo que está ocurriendo en esta Comunidad, no es entendible.

Así que, señor Consejero, si usted, en la respuesta que me va a dar, me va a decir que las listas oncológicas... oncológicas son de dos días de espera, pues, me iré contento; que si la lista de los juanetes, a los que usted alude... alude, es de 48 días, me iré contento; pero si me va a volver a marear la perdiz con todo esto, y no se va a comprometer a que el año que viene haya más dinero y a que ese dinero que ahora se va a invertir se va a intentar invertir de forma eficaz y eficiente, como ustedes hablan, desde lo público, con ese refuerzo de los equipos de cada sitio y con una exigencia de responsabilidades, que es, a fin de cuentas, su obligación, pues yo no me iré satisfecho.

Pero que, sobre todo, yo no tengo que irme satisfecho de aquí, tienen los ciudadanos esperar, recibir, una respuesta satisfactoria. Porque estamos aquí para defender a los ciudadanos de Castilla y León y no defender nuestra postura política. Y la política es ni más ni menos que estar al servicio de los ciudadanos. Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para responder, tiene la palabra el excelentísimo señor Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Muchas gracias. Bueno, debo decirle, señor González, que estoy de acuerdo con usted, sobre todo en dos cosas: que estamos aquí para resolver los problemas de los ciudadanos, sin ninguna duda; y me gustaría estar de acuerdo en el futuro y que usted dijera... alguna de las palabras que decía las dijera usted mismo, ¿no?

Pero... pero, fíjese, usted pretende, inicialmente, en su discurso general, contraponer el principio de la estabilidad constitucional, de la estabilidad presupuestaria y del derecho a la salud, y usted aparentemente los dibuja como incompatibles. Yo creo que esto no es así, de hecho, son principios vigentes. Ya sé que usted no está de acuerdo, pero me gustaría recordarle que a veces el déficit presupuestario juega y ha jugado en contra del otro principio del derecho a la salud.

Las cosas se nos olvidan con poco tiempo, pero yo le recuerdo que en España había un problema gravísimo, llamado “deuda sanitaria”, de 16.000 millones de euros, en momentos en los que ese principio de estabilidad presupuestaria no existía. Y eso, eso es poner en riesgo la garantía del derecho a la salud de los ciudadanos, porque el déficit se paga, de una o de otra manera, antes y después, y de distintas maneras se paga, y termina teniendo esos efectos, no le quepa a usted ninguna duda, ninguna duda.



Además de eso, debo decirle que en Castilla y León la sanidad ha sido prioridad, y que, por lo tanto, expresa un compromiso del Gobierno, y yo creo que hay suficientes datos como para ponerlo de manifiesto. No sé por qué dice usted con tanta frecuencia que queremos desprestigiar la sanidad; todo lo contrario, si es la que tenemos, es la nuestra. Si nos hemos comprometido con la sanidad pública, ¿cómo vamos a querer desprestigiarla? Es que a mí no me cabe... no me cabe en la cabeza de ninguna manera.

Y hay argumentos ya perversos, y -si me permite la expresión- retorcidos, que dicen... cuando nosotros reducimos el gasto en conciertos, hay alguien que dice "esto se hace para aumentar la lista de espera y desprestigiar la sanidad pública"; y cuando recuperamos una parte del gasto en conciertos, se dice "esto se hace para potenciar la sanidad privada, para apoyar la sanidad privada, para que no sé quién se lleve... se llene los bolsillos".

Oiga, mire usted, yo le repito que aquí tenemos un compromiso con la sanidad pública, que nuestro esfuerzo principal es el de consolidarla y mejorarla, pero que tampoco excluimos acudir de una manera complementaria y limitada a la ayuda con algunos centros privados en algunas ocasiones. Y, por cierto, de ese montante de un 5 % que nos gastamos en conciertos, una parte muy importante está destinado a transporte sanitario, o a otras finalidades que casi todo el mundo admite que deben concertarse con el sector privado. De manera que lo que es propiamente actividad asistencial -hospitalización, consultas, pruebas e intervenciones- se reduce todavía más, a poco más del 3 % de nuestros recursos, que son los que dedicamos a concertación con el sector privado asistencial, digamos, si me permiten esa diferencia.

Y vuelve usted a insistir en que con menos no se puede hacer más, pero yo le digo dos cosas frente a ese argumento: con más no siempre se hace más, con más no siempre se hace más. Y, por lo tanto, ahí hay un criterio que tiene que ver con los recursos, con los resultados, que tiene que ver con la eficiencia. Fíjese usted, hay quirófanos que en una sesión... en los que en una sesión se hacen 5 cataratas y en otros se llegan a hacer 7. ¿Este es un problema de recursos? Pues sí, porque necesitaremos más quirófanos, más oftalmólogos, más anestesistas. Es un problema de recursos. Pero no solo es un problema de recursos, señor González, no solo es un problema de recursos.

Y dice usted que tenemos obligación de resolver los problemas. Así terminó, así comencé yo. Estoy de acuerdo con usted. Pero hay algunos problemas que no les podemos resolver. Es nuestra responsabilidad, pero no les podemos resolver desde el ámbito de la responsabilidad política, ni siquiera desde la gestión. Hay determinados problemas y situaciones que competen fundamentalmente a decisiones clínicas, y eso explica algunos proyectos en los que estamos trabajando. Las indicaciones no las hacemos nosotros ni las podemos regular. Nosotros no podemos decir, ni lo debemos hacer, cuándo hay que indicar una intervención quirúrgica, por uno u otro motivo. Pero cuando nosotros detectamos esa variabilidad, claro que la hemos detectado, claro que la hemos analizado, y claro que hemos trasladado esa información y esos datos a quienes toman esas decisiones.

Pero comprenderá usted que en un sistema complejo -se lo decía antes-, donde hay más de 140.000 intervenciones quirúrgicas, donde hay 8.000 facultativos, donde hay 9.000 enfermeras, esta complejidad hace que la resolución de esos pro-



blemas que competen desde el punto de vista práctico y material a los profesionales, y desde el punto de vista de la responsabilidad a nosotros, no es fácil, no es sencilla, y no sea homogénea, evidentemente.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Consejero. Para un turno de réplica, tiene la palabra don José María González.

EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Sí, muchas gracias, señor Presidente. Gracias, señor Consejero. Debe perdonarme, pero no me encuentro satisfecho con su respuesta, porque veo que los ciudadanos van a tener que seguir esperando una llamada de teléfono, que nunca llega, esperando un aviso, que nunca llega, esperando para ver su derecho reconocido y no conculcado. Si ustedes tienen detectados esos problemas, soluciónenlos.

Hay ciudadanos que entienden muy mal... y aquí voy a introducir un elemento que es clave, desde la filosofía en la que yo sustento mi trabajo, que puede levantar ampollas pero que es una realidad: mientras no avancemos en Castilla y León hacia una dedicación exclusiva, poco vamos a hacer creíble la sanidad pública. Cuando un paciente de esta Comunidad que debe ser atendido por un profesional de esta Comunidad en lo público, y espera 98 o 100 días o 110, y acaba yendo a una clínica privada y siendo operado por el mismo profesional que le tenía que operar en el sistema público, no hacemos creíble lo público. Creo que se me entiende con suficiente claridad.

Y cuando desde el sistema público se le dice a un ciudadano de Castilla y León que si es atendido en un centro concertado va a ser atendido con mucha mayor rapidez, estamos haciendo un flaco favor a lo público. Y estamos haciendo creer a los ciudadanos... están ustedes haciendo creer a los ciudadanos aquello en lo que yo creo que es: que ustedes no quieren gestionar lo público bien, porque su sustentación ideológica está al servicio de algunos intereses. Ni más ni menos. No son entendibles ciertas listas de espera para ser... para pasar por el quirófano en esta Comunidad. No es entendible lo que usted mismo dice, de las 5 intervenciones quirúrgicas de cataratas en un quirófano o de las 7 en el otro. O por una parte ocurre que tenemos un espacio físico perfectamente dotado de elementos físicos y sin un equipo ampliado en personas, en el caso de los 5, o algo falla.

Y a mí me gustaría seguir avanzando por estas líneas, porque yo creo... estoy firmemente convencido, y está Izquierda Unida firmemente convencida, de que mientras no se ataje esto no se va a atajar lo demás. Y sigo insistiendo: nunca con menos se hace más. Ni con menos esfuerzo, ni con menos compromiso, ni con menos recursos. Y la estabilidad presupuestaria, tal como ustedes la aplican, ataca claramente al derecho de los ciudadanos a la salud. Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias por la brevedad. Señor Consejero, tiene la palabra para un turno de réplica.

**EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):**

Bien, solo quería decirle dos cosas. El derecho a la salud es un derecho que no está concretado salvo en algunas normas. Yo le preguntaría –después lo comentamos–: si un paciente que precisa una intervención quirúrgica espera 15 días, o 30, o 45, ¿eso gradúa su... la garantía del derecho a su salud? Y, sobre todo, ¿dónde está el límite que usted puede plantearse para decir que el derecho a la salud está conculcado o no en una determinada situación? Porque, para empezar, usted sabe que todos los sistemas de acceso universal tienen estructuralmente necesidad de establecer determinadas esperas, necesariamente. Si no, esto sería un desastre ingobernable.

Esa es la cuestión. El sistema establece garantías de distinto tipo, y eso es lo que yo he intentado, en primer lugar, expresar, que con carácter general se está cumpliendo en los casos graves; y en segundo lugar, que, además, vamos a orientar acciones e información en torno, fundamentalmente, a las prioridades clínicas y a la gravedad de los casos. Por eso a mí me gustaría que en la próxima... debate que tengamos hablemos no tanto de si un caso ha ocurrido algo, o de si la demora media es A o B, y habláramos de la demora medida en procesos oncológicos, de la demora media en prótesis de cadera, de la demora media en juanetes, de la demora media en hernia inguinal, y de las prioridades que los clínicos establecen en cada una de sus indicaciones. Porque, fíjense, en la configuración del sistema de información que existe en España para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, se definen tres tipos de prioridades. Y sin embargo, después, la información y el debate no se articula en torno a esos datos o a esas prioridades; y en eso es en lo que vamos a trabajar.

Estoy de acuerdo con usted también en que no es posible, y no podría ser, que un facultativo que trabaja en un hospital, pasado un tiempo de espera, intervenga a un paciente en un centro privado; no puede ser y no debe ser. Yo creo que no es así. No puede ser, no debe ser y no es así. Si conoce usted algún caso, más allá de la idea filosófica, dígamelo, porque actuaremos. Es decir, a la hora de autorizar la concertación quirúrgica, desde luego, si yo soy oftalmólogo del hospital A, no puedo intervenir, a través de un concierto en un centro privado, pacientes en lista de espera en el hospital A; me parece que ni siquiera de la Comunidad, pero, desde luego, del hospital A, sin ninguna... sin ninguna duda, ya se lo digo yo. Y por eso a veces, a veces, algunos centros privados tienen algunos problemas de contratación, porque es en la sanidad pública donde trabajan la mayor parte de los especialistas. Y usted habrá escuchado que a veces algunos centros privados traen equipos de fuera de la Comunidad a hacer algunas intervenciones, porque está vedada para quienes trabajan en nuestros centros públicos intervenir a los pacientes que están bajo su responsabilidad.

No entiendo eso de que tenemos satisfacción... perdón, que nuestra ideología se sustenta en ciertos intereses. Yo, desde luego, en esto, los intereses son los de los ciudadanos de Castilla y León, y a eso nos debemos, es más, fundamentalmente en materia sanitaria, yo otros ámbitos no les conozco.

Y le diré que sí que existe un problema de productividad, y que es muy difícil... desde luego, no estamos en el reino de la homogeneidad ni del “todos iguales”. Yo no sé si ese es un reino de futuro muy interesante o no, pero, desde luego, las diferencias en productividad se producen en la sanidad de una manera acusada. Pero,



bueno, supongo que también en los Grupos Parlamentarios, en las intervenciones de los Procuradores –unos intervienen más, otros menos, unos son más productivos, otros menos–, como en la vida misma. De lo que se trata es de analizar también globalmente cómo se puede incrementar esa productividad. Pero el que en un quirófano se hagan 4 o 6 cataratas, depende de tantos factores que nosotros lo que tenemos que hacer es analizarlo, tener la información y tomar las medidas para... para que se pueda incrementar globalmente la productividad hasta... ¿hasta dónde? Pues hasta los estándares que habitualmente nos plantean los expertos y las sociedades científicas.

Pero, insisto, en un sistema tan complejo, pues todavía, como en otros muchos ámbitos, existen esas diferencias en cuanto a la productividad. Y yo, en definitiva, lo que espero es que en la próxima comparecencia podamos hablar de esto y podamos hablarlo, además, en términos de que el problema de las listas de espera se ha reducido, tiene menor impacto, y, por lo tanto, podamos ir incorporando mejoras en los sistemas de información, en las consideraciones que yo les he planteado.

A mí me gustaría que los Grupos Parlamentarios lo reflexionasen. Es decir, ese “dilema” –entre comillas– gravedad-demora media cómo... cómo debemos orientarlo. Desde luego nosotros vamos a apostar por priorizar la gravedad sin –lógicamente– olvidar la demora media de... del conjunto de pacientes que están en espera.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Consejero. Para fijar posiciones, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra don Jesús Aguilar.

EL SEÑOR AGUILAR SANTAMARÍA:

Buenos días. Buenos días, Consejero. Bienvenido de nuevo a esta Comisión de Sanidad, que usted cerró el curso parlamentario en esta Comisión y le... la vuelve a abrir después del periodo vacacional. Realmente, nadie de los que formamos parte de la... de la Comisión le podremos decir que no se somete usted a... al control, ¿eh?, por parte de... de la Comisión de Sanidad. Es, por lo tanto, para nosotros un placer tenerle otra vez entre nosotros.

Entrando en materia, señor Consejero, creo que es bueno que separemos y contextualicemos el tema de hoy, porque algunas veces –yo creo que con demasiada frecuencia– mezclamos los conceptos y... y los datos con una idea clara de confundir a los ciudadanos y de crear, pues ciertos alarmismos, ¿no?, que yo creo que muchas veces no llevan el afán de... de mejor... de... de mejorar.

Y creo que, de alguna manera, este tema se puede estar dando en estos momentos en esta situación, ¿no? Es fácil no contextualizar y perder la memoria de las situaciones, incluso de la memoria a corto plazo. Y, ahí, la memoria a corto plazo nos tenemos que situar en el... en el año pasado –en el año dos mil doce–, en una situación de dificultades presupuestarias y de profunda crisis, y donde la Consejería de Sanidad puso... puso en marcha una serie de medidas encaminadas a conseguir una mayor eficiencia de nuestro sistema. Medidas como fueron el rejuvenecimiento de las plantillas, la eliminación de las llamadas “peonadas”, la aplicación de la nueva



jornada laboral, así como una importante reducción de la actividad quirúrgica –como nos ha dicho– con los centros privados, entre otra serie de... de iniciativas.

Pues bien, una vez obtenidos los datos del primer trimestre, usted volvió a comparecer de nuevo en esta Comisión –concretamente, el diez de mayo– para explicarnos las medidas que se iban a tomar para mejorar el resultado de esas listas de espera, que nos situaban detrás –entonces– del País Vasco, de Galicia y de Asturias. Porque, a propósito, Consejero, como usted bien ha dicho, yo creo que es importante que sepamos que solo 5 Comunidades de toda España habían publicado sus datos de listas de espera –entre ellos, Castilla y León–; con lo cual, está claro que aquí, en esta Comunidad, no se esconde nada, no hay ni un solo dato que se esconda.

Por eso, creo que en estos momentos es bueno que avancemos, pero que no magnifiquemos el tema. Primero, porque ya lo sabíamos; segundo, porque lo habíamos discutido en esta sede parlamentaria; y tercero –que es lo más importante–, porque, a partir del conocimiento de los resultados obtenidos, su Consejería tomó las medidas que nos anunció, tanto desde el punto de vista presupuestario como de medios, y que hoy vemos que se ven reforzadas y que han llevado a una... y que ya han llevado –como usted nos estaba contando– a una disminución de esas listas de espera en el segundo trimestre de este año en un 8 %, en la no pequeña cantidad de 3.217 personas.

¿Esto quiere decir, señor Consejero, que este Grupo se da por satisfecho con... con estos datos, y que le parece que estamos en una situación satisfactoria? Pues no, no, señor Consejero; este Grupo cree que es una situación importante y que se tienen que tomar todas las acciones que usted nos acaba de comentar para mejorar esta situación en el menor tiempo posible.

Pero, dicho esto, también creemos que es importante analizar los datos con más detalle, sin olvidarnos, como usted nos lo ha hecho, sin olvidarnos de aspectos que este Grupo considera muy importantes.

Primero, tenemos que decir –porque es así– que nuestra región se encuentra en un tiempo de demora muy por debajo de la media nacional, lo cual no es consuelo, pero sí es una realidad; y, si no, bueno, se lo tendremos que preguntar a los ciudadanos catalanes o a los ciudadanos andaluces, o a los... o a los ciudadanos canarios, ¿no?

En segundo lugar, entendemos que, en aras a una mayor claridad de los datos que transmitimos a nuestros ciudadanos, sí que es hora de que todos empecemos a tener una información más detallada y más priorizada, porque, aunque todas las intervenciones sean importantes –que lo son–, no es igual tener una demora de 111 días para una operación –como usted decía antes– que sea una... una intervención oncológica que una intervención –como también decía– de... de juanetes. Al final, lo que estamos un poco consiguiendo es juntar todos los datos y mezclarlos y... y mezclar churras con... con merinas, ¿no?

Por eso, Consejero, este Grupo le insta a que se estudie cómo mejorar esa información en términos de gravedad y de prioridad clínica, porque, si no, nuestros ciudadanos pensarán –porque lo leen en un momento determinado– pues lo que acabamos de describir: que para un proceso de tipo cancerígeno vamos a... a tener que esperar, o va a tener que esperar 100 días, cuando la verdad es que en nues-



tra región no supera los 30 días. Y esto es bueno, también, que... que el ciudadano lo sepa.

Y en ese análisis observamos que nos encontramos con un comportamiento –como también ha comentado– irregular en nuestra región, de tal manera que de los 14 hospitales de la Comunidad 7 han tenido un comportamiento positivo –en... con todas las medidas que se han aplicado se ha reducido la demora media o bien se ha reducido la lista de espera–, y que son dos, fundamentalmente, los hospitales que están acaparando el 70 % del incremento de los pacientes –es decir, nos encontramos con un comportamiento desigual, que hay que corregir, pero que también es bueno que los ciudadanos conozcan–; y son esos los hospitales a los que este Grupo también le pide, señor Consejero, se instauren esas 5 iniciativas que nos ha propuesto, y que nosotros compartimos, de la... de la manera más rápida posible.

Y, entrando en si con más, si con menos se puede hacer más o... o menos, nosotros entendemos que con menos también se hace más; porque muchas veces –yo creo que casi siempre– todo depende también de la voluntad de quienes lo tienen que hacer. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Aguilar. Para un turno de réplica, tiene la palabra el señor Consejero.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Bien. Me parece que... que ha planteado algunas cuestiones... bueno, que tienen que ver con las medidas que habíamos incluido y con el propósito... a mí me parece, además, importante que intentemos reforzar –como señalaba– a efectos de información, pero también a efectos de actuación, las prioridades clínicas. La gravedad es algo en lo que está trabajando también, al parecer, el Ministerio de Sanidad; al menos yo he escuchado algunas... algunas propuestas en ese sentido, aunque no conozco iniciativa concreta, pero el Ministerio de Sanidad ha anunciado que propondrá, al parecer, a las Comunidades Autónomas una definición de la... de la gestión de las demandas quirúrgicas, también coincidente con lo que usted señalaba, con lo que yo he planteado, es decir, en términos de gravedad, de prioridad clínica.

Veremos cómo se concreta ese proyecto, pero me parece que es muy importante trasladar esa idea y que los ciudadanos sepan que cuando hablamos de una demora de 110 días no estamos hablando ni de que todos los pacientes esperen ese tiempo, y, sobre todo, que seamos capaces de discriminar, en función de sus procesos y de su gravedad... cuantificar adecuadamente y establecer garantías en función de cada uno de esos procesos; me parece fundamental.

En eso –yo insisto– estamos trabajando, y yo espero que en el mes de diciembre los datos que ofrezcamos de cierre del año en cuanto a demoras podamos haber incorporado ya este tipo de criterios de prioridad clínica, estableciendo los tramos que correspondan en cada uno de los casos. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Cinco minutos de receso. Lo siento, lo siento. Un momento. Lo siento, lo siento, se me ha pasado en el calor del debate. Vamos a ver, se abre un



turno... lo siento mucho. Se reanuda la sesión. Se abre un turno de... para que aquellos miembros de la Comisión que quieran hacer preguntas o formular objeciones, pues... pues puedan hacerlo. Por parte del Grupo Socialista, pues ustedes dirán. Bien, pues señor... ¿Quién empieza? ¿Señor Rodero? ¿De aquí para allá? Pues, señor Rodero, formule su... su pregunta.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Sí. Dos... Muchas gracias, señor Presidente. Señor Consejero, dos breves preguntas.

Una. Usted nos ha confirmado la variabilidad clínica y da por sentado que muchas veces es injustificada, porque se multiplica por 5 o 6 veces de una provincia a otra la indicación quirúrgica; esos ejemplos y otros muchos que hemos puesto aquí, en traumatología, etcétera, en esta Comisión. ¿No cree usted, señor Consejero, que, después de haber afirmado que eso es una cuestión de estándares y de protocolos -que usted lo acaba de decir-, no es una responsabilidad total y absoluta de la Consejería en la gestión de esa variabilidad? ¿Qué medidas va a tomar?

Segunda pregunta. En cuanto a los casos graves, supongo que, como sanitario -tanto usted como yo-, usted sabe que una apendicitis, que yo sepa, no puede estar en lista de espera; hasta... eso me enseñaron. Ni tampoco me enseñaron que una fractura abierta puede... o cantidades de procesos que solo implican una estabilización para luego intervenirlos, o que atentan contra la vida; eso no puede estar en una lista de espera, y son casos graves. Yo espero que tanto oncológicos como no oncológicos... ¿Hay una tipificación de esos casos graves? ¿Qué es lo que está pasando con esos casos graves que no pueden esperar? Usted nos está diciendo que hasta 30 días...

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Señor Rodero, formule la pregunta, pero no entre en diálogo, por favor.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Gracias.

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

No he entrado en discusión, señor Presidente.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Perfecto. Para formular la pregunta...

EL SEÑOR RODERO GARCÍA:

Muchas gracias.



EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

... tiene la palabra el señor Muñoz Expósito. Gracias.

EL SEÑOR MUÑOZ EXPÓSITO:

Gracias, señor Presidente. Espero tener un poquito más de suerte que... que mi compañero. Voy a hacer prácticamente la misma pregunta que la Portavoz en cuanto a los casos concretos. Le ha expuesto una serie de casos concretos la Portavoz; no... que yo haya entendido, no ha contestado a ninguno de ella, y yo le voy a sumar uno más que, curiosamente, apareció ayer, ayer, en la prensa de Soria. Le leo el titular; página 4 de un medio de comunicación: "Llevamos cerca de cuatro meses en lista de espera para una operación". Una familia con tres miembros; los tres miembros, más de cuatro meses. Por lo tanto, mis dos preguntas son bastante claras: una, si piensa que los 37 días son reales, son reales los 37 días que ofrece el Sacyl en el Complejo Hospitalario de Soria, en la provincia de Soria; y segunda, la misma pregunta que se hacía quien... quien hablaba para esta noticia, y es ¿de dónde sacan esta media? Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Muñoz Expósito. Para formular la pregunta, el señor Jurado Pajares. Gracias.

EL SEÑOR JURADO PAJARES:

Gracias, Presidente. Señor Presidente, buenos días. Señor Consejero, analizando la evolución de las listas de espera, puede uno comprobar como en el año dos mil trece el Complejo Asistencial de Burgos, tristemente, encabeza estas listas de espera.

Si además comparamos los datos de este año con los del pasado año, en el primer trimestre podemos ver... del dos mil trece, podemos ver como aumentan las listas de espera un 60 % en este complejo respecto al mismo trimestre del año anterior, y ustedes alegaron en este periodo que se debía al traslado del hospital... al nuevo hospital. Pero eso es que, además de ser inverosímil, eso, por sí solo, en el segundo trimestre, cuando ya llevaba más de un año funcionando este hospital, sigue aumentando estas listas de espera.

Por lo tanto, le pregunto, señor Consejero, si sigue manteniendo, como ha hecho en otras ocasiones, que el sistema de gestión elegido para el Hospital de Burgos y las disfunciones que se está generando en él no son el motivo de este brutal aumento en las listas de espera en Burgos. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Muchas gracias. Para contestar a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el excelentísimo señor Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

El señor Roderó hablaba de variabilidad, y creo que decía que es una irresponsabilidad total y absoluta de la... de la Consejería y de los gestores la gestión



de esa variabilidad. La variabilidad obedece, en primer lugar, a una indicación; la indicación la hace un facultativo, con su conocimiento, sus criterios y su experiencia.

A partir de ahí, en fin, yo no quiero entrar en debate de quién es más responsable de cada cosa, pero, desde luego, yo no puedo ni debo indicarle a ese facultativo qué tipo de decisiones debe tomar en el ejercicio de su autonomía clínica. Yo lo que debo hacer es analizar esa variabilidad, a qué factores obedece, ponerla en consonancia los datos de un centro y otro, de un profesional y otro, y plantear que eso se analice desde ese punto de vista profesional, se apoye en los estándares y recomendaciones científicas, etcétera. Pero yo no voy a decir que deben indicarse 3, 4 o 2 cataratas por cada 100... por cada 1.000 habitantes en Castilla y León, en este hospital o en este otro. Mi responsabilidad es identificarlo, ponerlo en relación con los estándares, con el conocimiento, con... con el estado de la ciencia, y devolvérselo a los profesionales para que lo... lo analicen y expliquen sus razones, cambien sus criterios, o no los cambien, en función -insisto- de su responsabilidad y... y su autonomía clínica.

Y pone usted un caso de... de inclusión en lista de espera, y yo creo que está fuera del debate, y es que una apendicitis no puede esperar. Bueno, es que ya sabe usted que las intervenciones urgentes no forman parte del debate que hoy tenemos, que es sobre la cirugía programada; y la cirugía se programa cuando existe una indicación quirúrgica que no es urgente, y que, por lo tanto, se puede hacer al día siguiente, a los 2 días, a los 17 días o a los 110 días. Esa es la... la cirugía programada. Y, por lo tanto, ni una apendicitis ni una fractura abierta están aquí, porque habrán sido intervenidas en urgencias y ya no será una indicación quirúrgica.

Por lo tanto, no entiendo muy bien cuando usted lo plantea eso. Claro que hay casos que, si no se hace intervención urgente, su gravedad puede conducir a la... al fallecimiento; pues claro que sí. Pero no estamos hablando aquí de esto, sino de la cirugía programada, que afecta a otros casos, y que, en función de esa programación, la atención se puede realizar en uno, en otro o en otro tiempo, y sobre la cual existen prioridades e indicaciones clínicas también.

El señor Muñoz Expósito, pues se lo digo con claridad: los 37 días de demora media que existen en el Hospital de Soria son la agregación de todos los casos y del tiempo que están esperando hasta que se produce efectivamente la intervención quirúrgica. Y, naturalmente, esto no excluye que haya ciudadanos que están esperando más, de la misma manera que no excluye ciudadanos que esperan mucho menos que esos 37 días, porque, para hacer esa agregación y esa demora media, incluimos todos los casos; lo cual quiere decir que en sus extremos habrá casos que estén esperando más y otros que hayan sido intervenidos en muy muy pocos días, para conformar una media de estas dimensiones, evidentemente. Pero, naturalmente, si ustedes traen aquí un caso aislado, ese que usted hace referencia -los que hace referencia la Portavoz del Grupo-, pues claro que pueden existir, naturalmente, por eso estamos hablando de una demora media. Es que parecería que como la demora media es de 37 días, nadie puede tardar más de 37 días en ser intervenido. No es ese el concepto de demora media. Estamos hablando, insisto, de promedios entre el conjunto de casos y el tiempo que tardan en ser intervenidos. Y eso se explica perfectamente, y así se configura en Castilla y León la demora media. Por lo tanto, ¿que haya casos que la superen?, pues, por eso es media, de la misma manera que hay casos que son mucho menores que los días establecidos en la demora media.



Yo no sé si hay alguna confusión en esa información periodística, pero... pero, en fin, esto es así. Lo que me preocupa, repito, no es tanto esos 37 días; si hubiera casos oncológicos ahí, yo sí que me preocuparía, teniendo el Hospital de Soria una demora media, fijese usted, 37 días frente a 100 días de media nacional. Por lo tanto, si hubiera esos casos a mí me preocuparían.

Y finalmente, respecto a las cuestiones planteadas sobre el Hospital de Burgos, no se... no se obsesione, Señoría, con el modelo. El Hospital de Burgos tiene una dotación quirúrgica, y en su funcionamiento yo le diría que la responsabilidad no es... no deriva del modelo concesional, no deriva del modelo concesional, no hay factores que por parte de la entidad concesionaria puedan hacer que sea más restrictivo o no la utilización de los quirófanos y así sucesivamente. Por lo tanto, no se preocupe, que cuando quiera criticar al modelo hágalo por su contenido, pero esto no tiene... no tiene relación.

Desde luego, sí debo decirle que un traslado de un hospital genera algunas disfuncionalidades, con modelo concesional o sin modelo concesional. Cuando se produjo el traslado al nuevo Hospital de Valladolid, al Río Hortega, esas disfuncionalidades también existían -esto no tenía nada que ver con un modelo concesional-; problemas de adaptación se produjeron; en zonas quirúrgicas también se produjeron; problemas de adaptación a la nueva tecnología por parte de los profesionales también se produjeron, especialmente cuando es tecnología de última generación. Por lo tanto, ya digo, no tiene nada que ver con el modelo concesional la evolución de las demoras en el Hospital de Burgos.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Pues retomamos el breve receso. Y, si es posible, por favor, Señorías, no abandonen el edificio, vuelvan enseguida. *[Risas]*.

[Se suspende la sesión a las doce horas treinta y cinco minutos y se reanuda a las doce horas cincuenta minutos].

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Ocupen sus escaños. Muy bien, se reanuda la sesión. Segundo punto del Orden del Día. Por la señora Secretaria se dará lectura del segundo punto del Orden del Día.

SC/000108

LA SECRETARIA (SEÑORA MARTÍN CABRIA):

Gracias, Presidente. Segundo punto del Orden del Día: **Comparecencia del Excelentísimo señor Consejero de Sanidad, 108, a solicitud del Grupo Parlamentario Mixto, para informar a la Comisión sobre acuerdos adoptados en la reunión del Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Sanidad celebrado el día tres de octubre de dos mil... ¿doce será, no? -doce-**.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señora Secretaria. Tiene la palabra, para un primer turno de intervención, el excelentísimo señor Consejero de Sanidad.

**EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):**

Muchas gracias, señor Presidente. Bien, y en aras de la brevedad, debo decirle que me pone en un... en un aprieto. En el Pleno del Consejo hubo 18 puntos que se trataron en el Orden del Día, no sé si Su Señoría quiere información detallada de todos ellos. Yo lo que creo es que supongo que querrá centrarse en alguno. Había exactamente 11 puntos para ratificación, que habían sido abordados ya en grupos de trabajo, comisiones, o en la propia Comisión Delegada, y otros 6 puntos para debate y aprobación.

De los... describo los puntos tratados. Además de la aprobación del acta, el informe de la Secretaría sobre actividades del Consejo. Designación de vocales en representación de las Comunidades Autónomas en el Comité de Bioética, que se hace por la vía de un sistema de rotación entre Comunidades Autónomas; de igual manera, en la Comisión, representantes de las Comunidades en la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos. Proyecto de decreto por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Proyecto de real decreto, modificando uno anterior, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Proyecto de orden por el que se regula el procedimiento de autorización para la realización de actividades de promoción y publicidad de la donación de... de donación de células y tejido. Proyecto de orden por el que se crea la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías. Proyecto de orden por la que se establecen los requisitos básicos del Convenio Especial de Prestación de Asistencia Sanitaria, a suscribir por personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo de aprobación del Documento de Consenso sobre Sensibilidad Química Múltiple. Y acuerdo de aprobación de la Guía de Atención a Mujeres con Endometriosis del Sistema Nacional de Salud.

Y en el apartado de asuntos para debate y aprobación, en el punto 12, proyectos de puntos de entrada de sanidad exterior. Recomendaciones y Guía Terapéutica sobre Hemofilia. Aprobación del Informe de Violencia de Género 2010. Información sobre la situación de la aplicación del Real Decreto-ley 16/2012. Presentación del Documento de Consenso del Grupo de Trabajo de Desarrollo Carrera Profesional sobre desarrollo profesional continuo y desarrollo profesional continuado. Información sobre las últimas actuaciones en materia de recursos humanos. E información sobre anteproyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para el año dos mil trece.

Yo no sé, Señoría, si... me gustaría entrar en detalle en cada uno de los puntos, para no... para no perder el aprecio de los miembros de esta Comisión, y, por lo tanto, pues yo lo que le puedo decir es que estoy a su disposición para concretar en los... los puntos que consideren, los que debamos explicar o incidir con más... con más detenimiento o con más información. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien, muchas gracias, señor Consejero. Para fijar posiciones, por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra don José María González.



EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:

Muchas gracias, señor Presidente. Señor Consejero, ya ha llovido sobre el Sacyl, sobre la sanidad, sobre el derecho a la salud desde que hace 11 meses habíamos solicitado esta comparecencia. Entonces, decirle que, sinceramente, le agradecemos que esté aquí hoy.

Ha habido desde entonces otras 3 reuniones: en diciembre del dos mil doce, en marzo y julio del presente año, en las que el señor Manostijeras, es decir, la señora Mato, ha seguido desmochando el Servicio Nacional de Salud, con la colaboración de todos ustedes, Consejeros Autonómicos del Partido Popular.

Presentamos aquella solicitud porque nos preocuparon en extremo... En primer lugar, agradecerle que me lea el Orden del Día -ya le tenía aquí, pero bueno, se lo agradezco, que me lea el Orden del Día-. Presentamos en aquellos momentos la solicitud porque nos preocuparon en extremo algunos de los asuntos del extenso Orden del Día de la reunión. Suponíamos que el propósito de birlar entonces a la sanidad española nada menos que 7.000 millones de euros en el plazo de un año para satisfacer las exigencias de esos... de los santos del déficit, tendría su continuidad en la reunión territorial de... de aquel, con posterioridad.

Ya han aplicado el repago. Quedaba por expulsar, entonces, de la asistencia a los extranjeros en situación irregular, así como a buena parte de la sociedad de esta Comunidad y de este país, caídos en la bolsa de la exclusión social.

Esas medidas de entonces causaron entonces alarma social y hoy gran preocupación en los ciudadanos. Y obligaron al Ministerio, bueno, pues a hablar de aquellas pólizas especiales, que no estaban dirigidas a prestar atención en los casos más urgentes a toda esa población desprotegida, sino a compensar casos de ciertos visitantes o turistas sanitarios, y a aquellos ciudadanos con unos ingresos por encima de unas cantidades que a algunos nos pueden parecer que son desorbitadas.

Nos interesaba entonces su información sobre la proyectada Red de Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitaria, porque la misma ya estaba establecida en la mayor parte del país, del territorio estatal, además de la anexa al Instituto de Salud Carlos III. Intuíamos entonces que era un paso más hacia la recentralización; recentralización que en algunos países había acabado suponiendo, en los años ochenta y principios del noventa, la total privatización de su sistema de salud.

Eliminaban las llamadas por ustedes "prestaciones obsoletas"; y digo "por ustedes" porque, visto los resultados del Consejo, estamos convencidos que coincidían con la señora Mato en ello. Y yo me pregunto aquí, cabe preguntarse en esta Comisión, si el estudio de los desarrollos óptimos de las tecnologías sanitarias iban a servir entonces y han servido ahora o van a servir para atender con las mismas a todos los ciudadanos o tan solo a aquellos cuyo patrimonio se lo permitía.

Otro tema candente entonces, sobre el que no se tomó ninguna decisión en aquel momento, fue el de las prestaciones de la cartera secundaria, que era un amplio paquete que quedaba fuera de la asistencia pública, que queda fuera de la asistencia pública, como era buena parte del transporte sanitario -y lo es-, como eran y lo son las prótesis ortopédicas, las terapias dietéticas y muchos otros tratamientos.

Estas decisiones quedaron en suspenso entonces por la cercanía de unas elecciones, que eran las gallegas, pero con posterioridad se han ido aplicando en



todo el Estado y aquí, en esta Comunidad. Lo importante era aplicar el recorte de los 7.200 millones de euros.

Pues bien, señor Consejero, de todo esto y algunas cosas más queríamos hablar entonces. Y, entonces, hoy nos gustaría que hablase cómo la aplicación de aquel Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de la Sanidad ha influido en esta Comunidad, y cómo decisiones tomadas en los posteriores, especialmente en el más cercano, nos van a influir –cuando digo nos van a influir, digo van a influir a todos los castellano y leoneses–.

Como ven, pudiendo hacer una intervención mucho más irónica, me he quedado a mitad de camino, ¿no?, en las ironías, porque, por desgracia, detrás de las ironías que uno puede hacer aquí, están las decisiones que se han tomado y se siguen tomando desde aquel día. Gracias... –decisiones negativas–.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

No se preocupe, que no se entienden. Para un turno de intervención, tiene la palabra doña Mercedes Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Sí. Gracias, señor Presidente. Yo voy a remitirme también, y muy brevemente, es verdad que los Consejos Interterritoriales de Salud se están convirtiendo en un quitasueños, cuando el día anterior ya anuncian que la piadosa señora Mato va a hacer un Consejo Interterritorial.

Es verdad, tiene usted razón, señor Consejero, casi siempre hay 18 puntos, 20, 21 en los Órdenes del Día. Implícitamente, todos ellos meten parte de miga –con todo mi respeto– a todos los temas que se tratan, y algunos temas camuflados, que son los temas estrella o que pretenden que pasen así desapercibidos, aunque luego tienen una grandísima trascendencia.

Como usted decía, en todos esos puntos, ninguno nos hemos centrado en... al estudiar esta intervención, en ninguno concreto, pero sí es verdad, y como decía el Portavoz del Grupo Mixto y usted mismo, yo, por lo que he podido ver y escucharle ahora en ese Orden del Día, pues se hablaba de la revisión de la cartera de servicios, que tiene mucha trascendencia esa... desarrollo, como siempre, de lo que está en el trasfondo; ese famosísimo, dañino y digno de olvidar: el Real Decreto 16/2012, que es, como siempre, el no poder olvidar –como dice el señor González– ese hachazo de 7.000 millones de euros a la sanidad pública de nuestro país, con lo que todo ha conllevado que hemos debatido hasta la saciedad en... en ese daño a los pensionistas y enfermos crónicos del copago farmacéutico, que hemos debatido muchas veces, de... Todavía no sabemos cómo va a quedar la amenaza en el copago en el transporte sanitario, en las dietas terapéuticas, en el material ortoprotésico.

Es decir, que temas estrella podía haber muchos; incluso, el tema del denominado “seguro Mato”, y las... retirada de la tarjeta sanitaria a los inmigrantes. Es decir, como ni usted ni el solicitante de esta comparecencia se han centrado en ninguno de los dos temas, pues, por nuestra parte, dejar de manifiesto en esta Comisión que nos alarman los Consejos Interterritoriales de Salud por las decisiones, que nos ha demostrado, que adopta esta Ministra, aunque yo considero bastante más dañina



que usted, se lo digo sinceramente; pero como no se ha debatido ningún tema en concreto, pues nosotros tenemos, desde luego, opinión sobre todo lo que se debatió en ese consejo, pero vamos a esperar que se centren o bien usted o el solicitante de esta comparecencia al Consejero de Sanidad en alguno de los temas concretos. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para un turno de intervención, tiene la palabra el Portavoz del Grupo Popular. Jerónimo... Jerónimo.

EL SEÑOR GARCÍA BERMEJO:

Gracias, Presidente. Bienvenido, Consejero. Bien, pues, por el contrario, a mí me parece fundamental que, por una vez, el Consejo Interterritorial funcione y busque lo que realmente pretenden si... su existencia, que es la cohesión a nivel del Sistema Nacional de Salud.

En su momento, evidentemente, la carga y la batería de actuaciones estaba clara, que era buscar cómo este sistema de salud debilitado, pues lo hacíamos sostenible, o se hacía sostenible, y lográbamos una mayor eficiencia del mismo. Es evidente que todo ello ha supuesto un cambio sustancial en las normas relativas al acceso a la asistencia sanitaria de los ciudadanos, y especialmente a los extranjeros en situación irregular.

Era imprescindible regular la condición de asegurado para evitar situaciones irregulares que debilitaran de... que debilitaban de forma alarmante la sostenibilidad del sistema de salud. Se han solucionado y se solucionan carencias normativas constatadas y no resueltas en años precedentes, y, por fin, hay un procedimiento, una forma única, una única norma que garantiza el reconocimiento del derecho de los ciudadanos, donde ninguno de ellos queda sin asistencia, y bajo la pirámide y el paraguas de una cartera de servicios común y homogénea. Se asegura que recibirán siempre asistencia sanitaria en casos de urgencia, en casos de embarazo, parto, postparto, y todos los menores de 18 años, y se facilita todos los trámites legales para obtener la tarjeta sanitaria.

Ni más ni menos que regular situaciones que habían dado lugar a... a determinados abusos que venían... se venían produciendo, debidos, en buena medida, a la negligente transposición de determinadas directivas comunitarias por parte de Gobiernos previos. Se contempla en la norma posibilidades y situaciones para garantizar que todos los españoles y extranjeros con residencia legal en España tengan garantizada la asistencia sanitaria.

En todo caso, y como conclusión, creo que es un acto de responsabilidad, de responsabilidad solidaria, el trabajar por garantizar el sistema sanitario, mejorar su eficiencia, garantizar su cohesión y coordinar las prestaciones y los servicios sanitarios y sociales buscando la igualdad para todos. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Para un primer turno de contestación, tiene la palabra el señor Consejero.

**EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):**

Muchas gracias, señor Presidente. Bien, pues, brevemente, le diré el Portavoz del Grupo que ha solicitado la comparecencia, el señor González, varias cuestiones.

Primero, hacía una referencia a que en once meses el Pleno del Consejo se ha reunido en 4 ocasiones; yo, más allá de que esto alguien lo pueda calificar de quitasueños o... o valorar el Orden del Día, me parece que es positivo; de alguna manera se está intentando recuperar el... el funcionamiento articulado del sistema y ampliar el... el ámbito de... del propio Consejo Interterritorial. Yo siempre he pensado que el Sistema Nacional de Salud, durante algunos años, ha estado, precisamente, centrifugándose, es decir, decisiones autonómicas en el ejercicio de sus competencias y escasas decisiones que articularan el sistema y que nos permitieran avanzar en un sistema homogéneo y cohesionado, que es lo que nos plantea la Ley General de Sanidad; y que estábamos, pues en cierto riesgo de... de que los derechos y su ejercicio fuera distinto, desde el punto de vista de la salud, en los distintos territorios.

El hecho de que haya muchas reuniones a mí me parece positivo; que tengan Orden del Día con parte de miga y parte de no sé qué, pues, bueno, pues es lógico y natural. El Consejo Interterritorial no solo es el Pleno, tiene muchos grupos de trabajo: Comisiones, Comisión Delegada; y, por lo tanto, pues hay muchos temas que casi son de trámite en el Pleno, pero que han requerido esfuerzo técnico importante de coordinación en otros... en los distintos ámbitos.

Respecto a la... las consideraciones de que decisiones que se toman en el Consejo se aplican por parte de los Consejeros Autonómicos del Partido Popular, bueno, yo debo decir que las decisiones importantes se aplican por los Consejeros Autonómicos de las distintas Comunidades Autónomas. Que parece... parece como si la aplicación del real decreto, al que se ha hecho referencia varias veces, solo se hubiera hecho en las Comunidades gobernadas por el Partido Popular, y esto no es así; en todo el territorio nacional se está aplicando los contenidos de ese real decreto. Por lo tanto, no creo que deba usted hacer referencias en ese sentido, exclusivamente, a los... a los Gobiernos del Partido Popular. Lo que contiene el Real Decreto-ley 16/2012, en cuanto a... a bajada en el precio de los medicamentos a las industrias, se ha aplicado en Cataluña, en Madrid y en Extremadura; el copago por parte de los... los cambios en el copago que se verificaron, se han aplicado en Andalucía, en Valencia y en Castilla y León, y así sucesivamente. Y parece lógico, y más aún en este caso, que estamos hablando de una norma ratificada y aprobada por las Cortes Generales.

Por lo tanto, esto es Sistema Nacional de Salud, y no creo que debamos incorporar esas diferencias en los signos políticos de unos u otros Gobiernos. Quizá unos lo hayan hecho con mayor agrado, otros con menor agrado; nosotros, en lo que respecta al copago, ya lo hemos dicho: nos hubiera gustado no tener que tomar esas medias, pero nosotros, sobre todo, somos cumplidores de las normas, de las leyes, y esta es una ley -insisto- aprobada en las Cortes Generales.

Hablaba usted de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías. A ver, usted yo creo que es un buen ejemplo; usted lo vincula a la recentralización, a ese posible proceso, y, como casi siempre, a un riesgo de privatización. Pero, fíjese usted, en España había seis agencias de evaluación de tecnología autonómicas y una estatal, y eso sí que es un riesgo de fragmentación del sistema y de centrifugación. Porque, a la hora de evaluar unas u otras prestaciones, ¿existe tanta diferencia



como para que cada Comunidad Autónoma deba tener una agencia de evaluación de tecnologías? ¿No será más razonable que funcionen en red, compartir sus análisis y transformarlas en una red que da servicio al conjunto del Sistema Nacional de Salud? Porque la evaluación de la tecnología PET, la revisión de las indicaciones de no sé qué medicamento o la evaluación de la tecnología que sea es común, porque se está utilizando o se puede utilizar en todo el Sistema Nacional de Salud.

Por lo tanto, no puedo entender yo esa valoración crítica que me ha parecido observar, por el hecho... es más, en este caso, cada una de las agencia de evaluación de tecnología mantiene su vinculación, su organización, su dependencia de la Comunidad Autónoma o del Ministerio o del Instituto de Salud Carlos III, pero se comprometen a funcionar en red, y, por lo tanto, a prestar servicios para su propia Comunidad, para otras Comunidades, para el Pleno del Consejo, en definitiva, para el conjunto del sistema.

Por lo tanto, todo... a mí me parece todo lo contrario, un elemento altamente positivo. Porque, si no, el otro esquema es que fuéramos a que en España haya 17 agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, que me parece un cierto despropósito, sobre todo en la perspectiva de un Sistema Nacional de Salud cohesionado y que garantice derechos iguales o similares en todo el territorio.

Bien, y a partir de ahí usted hace ya valoraciones sobre... sobre el resto de cuestiones que se han tratado, especialmente las que derivan del Real Decreto-ley 16/2012. Yo, resumidamente, como son posiciones que ya se han planteado en la Cámara, le diré que, respecto al aseguramiento, en mi opinión, lo que se hizo con ese real decreto forma parte del bloque de conformación del Sistema Nacional de Salud planteado en la Ley General de Sanidad. Porque una cosa es una aspiración a la universalización regulada de no sé qué manera y otra cosa es la realidad de las cosas. Y quiero recordar que la Ley General de Sanidad habla del derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos españoles y de quienes tengan residencia en España. Y eso se mantiene con la aplicación de este real decreto, entendiéndolo que la residencia en España es la residencia legal. Y cuando la Ley General de Sanidad, en su Artículo 13... 16 -perdón-, dice que los pacientes que no tengan esa condición tendrán la consideración de pacientes privados, es también lo que se hace en este real decreto.

En segundo lugar, en lo que respecta a la población... eso ha permitido, por cierto, que... superar situaciones, como decía el Portavoz del Grupo Popular, muy extrañas que se habían producido en España: ciudadanos de países de la Unión Europea o con los que teníamos convenios bilaterales vienen a España, se empadronan en España, adquieren el derecho a la asistencia sanitaria con cargo al Sistema Nacional de Salud Español, y no con cargo al sistema alemán, al sistema francés, italiano o de su país de origen, cuando tiene reconocido ese derecho, con el agravante de que esa circunstancia lo que hace es que ese derecho sea exportable, y, por lo tanto, utilizable incluso en su país de origen con cargo a la sanidad pública española. Eso se ha corregido, porque ya no es título el empadronamiento, sino la residencia legal.

Y ha... y, en segundo lugar, respecto a los inmigrantes irregulares, se ha hecho una regulación, que se ha completado recientemente, a través de un sistema de convenios. Yo lo que debo decir es que en Castilla y León los inmigrantes regulares e irregulares han sido atendidos. Me parece que los únicos debates que se



han suscitado en la opinión pública tienen que ver con otra circunstancia. Ya no se cuestiona la atención que se ha... que se les presta, sino el hecho de que se haya facturado o no se haya facturado el coste de esa asistencia.

Lo cual, hemos superado el primer riesgo alarmista que se planteó: la gente iba a quedar sin atención, se iban... iban a acudirse a los servicios de urgencia, que se iban a ver sobrepasados, iba a haber grandes problemas de salud pública. En fin, yo creo que, al menos en Castilla y León, eso se ha superado, y si ustedes quieren entramos en el debate sobre la facturación a los terceros obligados al pago y en qué circunstancias debe realizarse. Y, desde luego, en Castilla y León, cumpliendo esa normativa, se ha facturado, y en los casos en los que los ciudadanos no disponen de recursos no se ha hecho efectivo a veces la facturación y desde luego el cobro. Por lo tanto, un problema que yo creo que no ha tenido dimensiones importantes en nuestra Comunidad Autónoma.

Respecto al copago, se ha debatido mucho en esta Cámara, el cambio en el copago. Su vinculación a los... a la capacidad económica y a los niveles de renta parecen razonables. Eso ha permitido reducción del gasto farmacéutico, que nos ha situado en cifras similares a los de los países de nuestro entorno, pero las medidas no se han limitado, como se plantean quizá en esta Cámara, en debate exclusivo sobre el cambio en el copago, sino también en otros muchos aspectos: reducción de precio de medicamentos, establecimiento de precios de referencia, que han supuesto ahorros importantes para la sanidad pública española y también de Castilla y León.

Por lo tanto, con carácter general, yo creo que el impacto que han tenido las decisiones adoptadas en este y en otros Consejos desde el punto de vista de la situación de la sanidad pública ha sido limitada. En términos de valoración, recientemente hemos conocido el barómetro sanitario correspondiente a dos mil doce: la valoración que hacen los ciudadanos españoles se ha mantenido prácticamente en España, en Castilla y León, con pequeñas... con una pequeña variación de décimas arriba o abajo, y, por lo tanto, desde esa perspectiva, yo creo que no han tenido impacto; así se plantea a partir de los datos de este barómetro.

Y yo creo que, por lo tanto, estamos en condiciones de seguir manteniendo el sistema sanitario público que tenemos, pero con una pequeña diferencia: a diferencia de otros momentos en que lo relevante y lo urgente de la sanidad pública era la deuda que generaba y la dificultad de afrontar sus compromisos con sus proveedores -estuvimos en riesgo de afrontar compromisos con nuestros trabajadores-, a diferencia de esas situaciones, hoy mantenemos un modelo y un sistema de sanidad pública de... desde luego, desde la perspectiva del modelo, el mismo, y en Castilla y León no se ha producido en ese sentido ningún cambio; desde la perspectiva de las dimensiones, casi el mismo, con algunas pequeñas reducciones; y desde el punto de vista, en mi opinión, de los derechos, se han mantenido, con una pequeña diferencia -como decía-, que es un sistema que puede entrar con más facilidad en la senda de la sostenibilidad, que era uno de los problemas fundamentales de la sanidad pública española y también en Castilla y León.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, señor Consejero. Tras la contestación, para un turno de réplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra don José María González.

**EL SEÑOR GONZÁLEZ SUÁREZ:**

Gracias, señor Consejero. Ciertamente, en mi primera intervención no he profundizado en los temas que eran claves y han sido claves para los ciudadanos de Castilla y León derivado de este Consejo Interterritorial. La preocupación de mi Grupo Político no es porque hayan existido tres ni cuatro Consejos Interterritoriales desde entonces, sino cómo las medidas que ha... se han tomado ahí han afectado a la población de Castilla y León. Igual que la preocupación primigenia de esta petición de comparecencia no es la Agencia de Evaluación de las Tecnologías, sino lo clave es de lo que ha hablado usted en los últimos minutos, muy de pasada, y justificándolo y poniéndolo en relación con los ahorros que ha habido en esta Comunidad y en otras partes del país.

Pues bien, hay alguien que ha hablado aquí de abusos. Los abusos son la anécdota de esta comparecencia, igual que los juanetes son la anécdota de la comparecencia anterior. Si hay algún abuso que deja de ser anécdota es cómo decisiones políticas son decisiones abusadoras de los derechos de los ciudadanos. Lo importante de ese decreto, de las decisiones tomadas ese tres de octubre del dos mil doce -y yo no he criticado, por cierto, señor Consejero, su aplicación, que también, sino su apoyo, he hablado del apoyo dado en aquel momento, el aplaudir, y creo que en aquel momento dije aplaudir hasta con las orejas-, lo importante es la situación de las personas mayores de esta Comunidad después de las decisiones tomadas de repago.

Y es posible que usted aluda, de nuevo, a las progresividad en el pago, pero yo le voy a aludir a que para que sea progresivo el pago hay que hacer progresivos los impuestos y gratuito el acceso a la medicación.

Y yo le digo que, ciertamente, ¿cómo no va a haber ahorros si nuestras personas mayores han dejado de acudir a consultas, en muchas ocasiones, por el temor a tener que pagar? Esto lo dicen... se dice en la Asistencia Primaria y lo dicen en las farmacias, por mucho que haya un proceso de devolución en ciertos momentos, que existe, pero eso pasa como otras decisiones administrativas, que complican el acceso a ciertos derechos.

Asimismo, en cuanto a los inmigrantes, la anécdota es lo que puede salir de la facturación... de ciertas facturaciones realizadas a terceros -como usted habla-, y lo... lo complicado es que no tenemos una estadística de cuántos ciudadanos inmigrantes ni cuántas personas mayores han dejado de acudir para ser atendidos como deberían después de estas decisiones tomadas. Esta es una realidad clara.

¿Y cómo no va a haber ahorro también farmacéutico, no solamente derivado de la bajada de los precios -cosa de la que nos alegramos, que ese costo baje; ya está bien de beneficios, ya está bien de tener patentes superamortizadas y seguir pagando como si fuese una patente que está en vigor desde hace 48 o 72 meses-? Hay también un ahorro por la vía de medicamentos que se realiza por la vía de ahorro en medicamentos en... después... en situaciones postoperatorias y en situaciones de necesidades. Y le voy a poner un solo ejemplo -que yo he aludido en un Pleno a... en él, y en el que... y que voy sumando casos-, que es la utilización de la heparina; y situaciones de conflicto de salud que se dan en ciudadanas y ciudadanos -y además he introducido ciudadanas en primer lugar porque de los siete casos que conozco cinco son ciudadanas- que, teniendo lógicamente que haber recibido un



tratamiento con heparina, no lo reciben, y tienen que volver a ser atendidos ante un riesgo muy superior.

Esto es lo que estaba en... en principio, en aquel entonces, en la preocupación de lo que podría ocurrir. Y esto es lo que está de la aplicación de ese Consejo Interterritorial del mes de octubre del año dos mil doce. Ni más ni menos. Y uno podría perfectamente, al ver la convocatoria donde aparece en el Orden del Día la petición de esta comparecencia, haber retirado la petición de comparecencia en base a un Consejo de hace 11 meses. Pero lo he traído aquí para hablar de lo mismo y para recalcar de cómo, desde la urgencia que puede tener la Oposición en ciertos momentos de conocer cómo se aplican ciertas políticas, se deja pasar el agua; y, cuando el agua se ha de beber, ya no es bebible, porque los que la han bebido durante todo ese recorrido hasta que aquí lo vemos, han sufrido los trastornos del mal tratamiento del agua -por llamarle agua a las decisiones políticas de abuso que ciertamente se han tomado-. Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias, don José María. Para un turno de réplica, tiene la palabra doña Mercedes Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Sí. Yo, para darle una alegría, señor Presidente, muy... muy brevemente. Yo voy a... a insistir que, desde luego, para nuestro Grupo, igual que para muchos ciudadanos, no solo los Consejos Interterritoriales de Salud, o no... o no en sí mismos, sino que las ideas de esta Ministra, pues están suponiendo ya una alarma para toda la población. Pero, bueno, eso es cuestión de interpretaciones.

Yo creo que usted, en el fondo, piensa lo mismo, y no le gusta, pero tendrá la obligación de defenderla. A mí me sigue sorprendiendo que utilice usted todavía el argumento ese de que hasta la llegada de esta Ministra, pues no había cohesión ni coordinación, y que no había prácticamente derechos en el Sistema Nacional de Salud. Pero, de verdad, señor Consejero, ya no... no vamos a discutir eso -ruptura de universalidad, sí y no-, porque ahí, en la unanimidad de lo... todo lo que se ha roto en el sistema público de salud en dos años, ya se están quedando ustedes solos. O sea, hay unanimidad en los ciudadanos, en las... sectores sociales, en los sindicatos, en los profesionales; luego ya no sigan insistiendo, porque, la verdad, quedan incluso... incluso mal.

No me dirá usted que, si antes reclamaba coordinación, y cohesión, y no sé qué, pues ahora se siente usted orgulloso en uno de esos temas, por ejemplo, a los que hacía referencia el Portavoz del Partido Popular: han sido los inmigrantes sin papeles los que han generado la insostenibilidad del sistema; al parecer, vamos; parece alarmante. Desde luego, la imperiosa necesidad que tenía de volver al vocablo "asegurado" esta Ministra -y parece que con el aplauso, como dice el señor González, del conjunto del Partido Popular-, pues ya nadie discute, a estas alturas, que ha sido un retroceso en el tiempo y en pérdida de derechos y en daño a los sectores más desfavorecidos de la sociedad como no se recuerdan en treinta años.

Como no estamos entrando detenidamente en ningún tema, yo, una mención especial en lo que se refiere a lo que ha supuesto las medidas de esta Ministra,



ese Real Decreto 16/2012, para pensionistas, para crónicos o para los inmigrantes sin papeles. Y yo tengo que decirle una vez más: ¿para ustedes son inmigrantes sin papeles los alemanes, los austriacos, los suecos, los ingleses que venían aquí a operarse de una catarata, de una prótesis? Para mí, no; y además estoy de acuerdo en que les facturen a sus países de origen. Nosotros seguimos hablando, al referirnos a las personas a las que ahora se les va a poner ese... el seguro y la necesidad –que justifican ustedes– de volver al tema asegurado, a otras personas, y, sin ninguna duda, al daño irreparable, en dos años, al Sistema Nacional de Salud, de ese Consejo Interterritorial por el que pidió la comparecencia el Portavoz del Grupo Mixto y por los sucesivos. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muchas gracias. Para un turno de réplica, tiene la palabra el Portavoz del Grupo Popular. Jerónimo.

EL SEÑOR GARCÍA BERMEJO:

Sí, muchas gracias. En mi primera intervención, y sin conocer exactamente el fundamento de peso de... de la comparecencia, bueno, pues lo que he hecho ha sido, realmente, de una forma genérica, prestar la importancia que yo creo que... que merece, y que en su momento, para ello, se... se fundamentó desde la Ley General de Sanidad, que es el que el Consejo Interterritorial se reúna y funcione. No me reitero en lo que significa ello.

Igualmente, aclarar en que, aparte de los inmigrantes, a los que yo he hecho referencia, ni mucho menos son los que han llevado a hacer insostenible el sistema, pero sí han constituido una parte de la bolsa en la cual había una ineficiencia, y que tenemos la obligación de orientar nuestra responsabilidad hacia hacer eficiente el recurso. Y que además nunca ha significado el retirarles la prestación de asistencia sanitaria, sino que, como se ha visto, por el contrario, está garantizada.

Y por último, pues volverme a alegrar, animar a la Consejería desde nuestro Grupo a seguir trabajando por... –con gratitud desde nuestra parte, y yo diría que, además, como sanitario– por... por hacer mi empresa sostenible, mi sistema sanitario sostenible, por tenérmelo ahí, porque además siga trabajando por hacerlo eficiente, porque busque la cohesión y porque, en cierta forma, lo haga igual y garantice la prestación de servicios sanitarios a todos los ciudadanos, en este caso de Castilla y León. Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Para responder a las cuestiones planteadas, en un turno de dúplica, tiene la palabra el señor Consejero de Sanidad.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Muchas gracias. Señor González, usted hace un esquema muy interesante, describe una situación para después decir... en la que dice “las personas no van a consulta por el temor a tener que pagar”; después dice “desgraciadamente, no tenemos estadísticas sobre estos casos, pero esto lo que pone de manifiesto es una



realidad clara”. Bueno, usted no tiene datos. O sea, primero construye el discurso, luego dice que no tiene datos para... para verificarlo, pero que eso es una realidad clara. Bien, pues yo creo que ese... ese esquema argumental, pues tiene algunas debilidades.

Desde luego, el impacto que tiene el cambio que se ha producido en el copago es muy limitado, al margen de las devoluciones, es muy limitado, y, por lo tanto, no existe ninguna... ninguna... análisis; y nosotros estamos monitorizando el consumo de determinados medicamentos que afectan a pacientes crónicos (antiepilépticos, antidiabéticos, hormona tiroidea y algunos otros) y no hemos detectado variaciones significativas que permitan pensar que estamos ahí en algún riesgo de que la gente no acceda a los medicamentos por falta de recursos o por el efecto del copago. De manera que... que, bueno, creo que esto... que, además, le hemos planteado a algunas Comunidades Autónomas que intente trasladarnos algunos datos similares y lo... su planteamiento ha sido el mismo.

Por lo tanto, es un discurso, es un... en fin, esto es como cuando se planteó la cuestión de la regulación de... del aseguramiento y se decían estas cosas: las urgencias colapsadas, los problemas de salud pública diseminados por todo el territorio. Bueno, luego nos olvidamos de eso, no se ha producido; y ahí sí que tenemos datos tanto en términos de salud pública como de frecuentación de urgencias hospitalarias, y no se ha producido ese fenómeno. Entonces, pues yo creo que no debería afirmarse sin... sin esa constatación, medianamente razonable, de qué es lo que está ocurriendo en las urgencias o en términos de salud pública. Yo, el tema de la heparina no lo conozco suficientemente, pero... pero haremos una pequeña revisión, por si acaso. Y si usted tiene algún dato, pues plantéenselo.

Yo lo que... lo que he planteado, y... y me parece que es una cuestión suficientemente clara, es que en España había un... una... se había hecho una regulación de la... de las directivas europeas, en términos de extranjería, inadecuada, que incluso había motivado la llamada al orden por parte de las autoridades de la Comisión Europea, y que derivaba, precisamente, de vincular empadronamiento a derecho a la asistencia sanitaria. El empadronamiento es automático en España, incluso ha habido pronunciamientos judiciales de que no se puede limitar. Por lo tanto, cualquier persona se empadrona sin ninguna restricción; y eso, automáticamente, en virtud de esa deficiente trasposición de una directiva europea, generaba el derecho a la asistencia sanitaria incluso para los ciudadanos de los países miembros de la Unión. Y ese derecho era exportable, y un ciudadano alemán se empadrona en España, tiene el derecho, le ejerce aquí, pero le puede ejercer en Francia, en Italia o en Alemania de... de la misma manera. Sobre eso nos había llamado la atención la Unión Europea, y el Tribunal de Cuentas sobre la reducción de ingresos potenciales del sistema por mantener esa transposición y ese procedimiento, porque a esos ciudadanos no podíamos facturarles a sus países de origen. Eso se ha solventado.

Y, insisto, en lo que respecta a las personas en situación irregular, el problema no es tanto su derecho a la asistencia sanitaria –si me permiten decirlo así–, sino la propia situación de irregularidad. Y, desde el punto de vista de la asistencia sanitaria, en Castilla y León estamos atendiendo a todas las personas que están aquí. Y cuando yo digo “y no hemos tenido problemas ni debates sobre la asistencia sanitaria a los inmigrantes”, ustedes se callan. Y los únicos debates que se han suscitado es



sobre la facturación, y ahí podemos discutir lo que quieran; pero díganme ustedes en qué casos hemos dejado de atender a los inmigrantes.

Claro, usted puede decir la hipótesis: es que... claro, no van, porque tienen miedo a no sé qué; no tengo ningún dato, no tenemos estadísticas, pero esto es así. Pues mire usted, yo creo que esto no es así. De hecho, cada vez que van a un centro de salud se les asigna médico y enfermera, y, a partir de ahí, entran en la atención ordinaria.

Y fíjese usted, más: en algunos casos, cuando les hemos facturado el coste de su asistencia, la han afrontado. Porque tampoco debemos asociar inmigración e irregularidad con ausencia absoluta de recursos. Hay situaciones de irregularidad en los que las personas tienen recursos, afrontan ese pago, etcétera. Ahora se abre la vía de los convenios especiales para la asistencia sanitaria. Yo... veremos cómo evoluciona, pero... pero esta es, en definitiva, la situación.

Y yo, desde luego, no he escuchado al Portavoz del Grupo Popular atribuir la... la insostenibilidad o su riesgo a la presencia de ciudadanos inmigrantes. Es más, les puedo decir que, en los datos que tenemos, los ciudadanos... los inmigrantes irregulares utilizan menos los servicios sanitarios que la población autóctona de Castilla y León; por lo tanto, no hay tampoco datos, sino todo lo contrario, que afirmen que... que se abuse de la asistencia o que se utilice con más frecuencia, con más intensidad que los ciudadanos de origen español. Por lo tanto, tampoco veo yo que las cosas vayan por ahí.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Muchas gracias, señor Consejero. Terminado el turno el Portavoces, procedemos a la apertura de un turno para que el resto de Procuradores presentes en la sala puedan formular preguntas, hacer objeciones. Muy bien, señor Jurado, puede hacer su pregunta.

EL SEÑOR JURADO PAJARES:

Buenos días de nuevo. Gracias, señor Presidente. Muy brevemente. Señor Consejero, como ya se ha hablado en esta sesión, en uno de los acuerdos... o uno de los temas que se trató en ese Consejo Interterritorial fue el de la asistencia a los inmigrantes. Y, en este contexto, usted recordará que no hace mucho ha mantenido una reunión con un colectivo que se preocupa por la asistencia de estas personas -Burgos Acoge, concretamente-, donde usted adquirió una serie de compromisos; que además he de felicitarle, porque, por lo que nos traslada esta asociación, se han cumplido varios de ellos, salvo uno, que es el de habilitar un sistema permanente de información a estas personas que... que pueden recibir asistencia sanitaria y que no tienen recursos. Como digo, usted se comprometió a habilitar este sistema que acompaña a la carta de pago que se les ofrece a esas personas.

Y, por lo tanto, a la vista de que usted cumplió casi todos, a falta de uno, esos compromisos, le pregunto: ¿cuándo tiene pensado la Consejería o el Sacyl, más concretamente, habilitar este sistema de información? Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Gracias, señor Jurado. Tiene la palabra, para contestar, el excelentísimo señor Consejero de Sanidad.

**EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):**

Que... que reuniones con entidades que atienden a inmigrantes hemos tenido bastantes; también, lógicamente, con Burgos Acoge. Bueno, no sabía yo que no lo habíamos incorporado. Sí que hemos estado revisando -porque también creo que hablamos de eso en la reunión- todos los documentos que no estaban unificados en el conjunto de... de centros de gasto de hospitales o de... o de Gerencia de Atención Primaria para intentar darles cierta homogeneidad y superar lo que a veces es una redacción muy administrativista, que a veces es poco comprensible o puede dar lugar a equívocos, y más, pues a una persona que... que culturalmente no es... no está, a lo mejor, suficientemente integrada. Lo revisaremos. Yo creo que el... la revisión de los documentos creo que está ya realizada, y, bueno, lo incorporaremos.

Ha podido influir también el hecho de que era inminente la... la aprobación, la entrada en vigor de la orden que regula los convenios especiales para el acceso a la asistencia sanitaria y... pues también es posible que hayamos estado entretenidos en preparar eso. Pero, bueno, en cualquier caso, nos ponemos a ello para acompañarlo, como lo habíamos señalado.

EL PRESIDENTE (SEÑOR MUÑOZ FERNÁNDEZ):

Muy bien. Pues dando las gracias a todos los miembros de la Comisión por el tono amable de la comparecencia, y al Consejero, como siempre, por la cordialidad y... y lo conciso de las explicaciones, pues se levanta la... la sesión.

[Se levanta la sesión a las trece horas cuarenta minutos].