



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DOÑA ALBA PRISCILA BERMEJO SANTOS

Sesión celebrada el día 3 de septiembre de 2021, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Comparecencia de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, SC/000271, a petición propia, para informar a la Comisión sobre:
 - Grado de cumplimiento de los objetivos de su departamento para la legislatura.

SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos.	16069
La presidenta, Sra. Bermejo Santos, abre la sesión y recuerda a los señores procuradores y asistentes a la Comisión, siguiendo indicaciones de la Presidencia de la Cámara y de las autoridades sanitarias, la obligatoriedad del uso de la mascarilla.	16069
Intervención del procurador Sr. Puente Alcaraz (Grupo Socialista) para comunicar que no hay sustituciones en su grupo.	16069
Intervención del procurador Sr. Delgado Palacios (Grupo Ciudadanos) para comunicar sustituciones.	16069
Intervención del procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular) para comunicar sustituciones.	16069
Primer punto del orden del día. SC/000271.	
La presidenta, Sra. Bermejo Santos, da lectura al primer punto del orden del día.	16069
Intervención de la Sra. Casado Vicente, consejera de Sanidad, para informar a la Comisión.	16069



	<u>Páginas</u>
La presidenta, Sra. Bermejo Santos suspende la sesión.	16107
Se suspende la sesión a las doce horas cincuenta minutos y se reanuda a las trece horas quince minutos.	16107
La presidenta, Sra. Bermejo Santos, reanuda la sesión y abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los portavoces de los grupos parlamentarios.	16107
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Pascual Muñoz (Grupo Mixto).	16107
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Delgado Palacios (Grupo Ciudadanos).	16111
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular).	16114
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Puente Alcaraz (Grupo Socialista).	16118
Intervención de la Sra. Casado Vicente, consejera de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	16121
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Pascual Muñoz (Grupo Mixto).	16132
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Delgado Palacios (Grupo Ciudadanos).	16133
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular).	16135
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Puente Alcaraz (Grupo Socialista).	16137
En turno de dúplica, interviene la Sra. Casado Vicente, consejera de Sanidad.	16138
La presidenta, Sra. Bermejo Santos, levanta la sesión.	16143
Se levanta la sesión a las quince horas veinte minutos.	16143



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

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Se abre la sesión. Buenos días, señorías. Antes de comenzar, les recuerdo a los señores procuradores y a los asistentes a esta sesión que, de conformidad con los criterios establecidos por la Presidencia de la Cámara y por las autoridades sanitarias, es obligatorio el uso de mascarillas en todo momento, incluso cuando se esté en el uso de la palabra, salvo causa justificada.

¿Los grupos parlamentarios quieren comunicar a esta Presidencia alguna sustitución? ¿Grupo Parlamentario del Partido Socialista?

EL SEÑOR PUENTE ALCARAZ:

No. Ninguna. Muchas gracias. Buenos días.

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

¿Grupo Mixto? ¿Ciudadanos?

EL SEÑOR DELGADO PALACIOS:

Sí. Inmaculada Gómez sustituye a María Teresa Gago.

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

¿Partido Popular?

EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Sí. Buenos días. Gracias, presidenta. En el Grupo Popular, don David Beltrán Martín sustituye a doña Rosa María Esteban Ayuso y don Ramiro Ruiz Medrano sustituye a doña Noemí Rojo Sahagún.

SC/000271

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Muchísimas gracias. En primer lugar, darles la bienvenida después de este período estival, señorías. Y damos inicio al primer punto del orden del día con la **Comparecencia de la excelentísima señora consejera de Sanidad, a petición propia, para informar a esta Comisión sobre el grado de cumplimiento de los objetivos de su departamento para esta legislatura.**

Tiene la palabra la señora consejera de Sanidad.

LA CONSEJERA DE SANIDAD (SEÑORA CASADO VICENTE):

Buenos días, presidenta. Buenos días, señorías. Espero que estén todos bien de salud y que hayan pasado un bueno verano, y que nos haya... y les haya permitido, bueno, pues coger fuerzas para esta... para este otoño, que es un otoño importante,



en el que yo creo que va a haber actividad y actividades que van a ser claves. *[La oradora acompañará su exposición con imágenes proyectadas en las pantallas de la sala a través de su portátil].*

Comparezco ante esta Comisión de Sanidad, por iniciativa propia, para dar cuenta de estos dos años de legislatura y exponer las líneas de trabajo para el año y medio de legislatura restante hasta que se disuelvan las Cortes.

En cierta forma, como todos comprenderán, esta legislatura está siendo totalmente atípica para todos nosotros. La multitud de temas, proyectos, leyes y normas que podrían haberse debatido en una legislatura ordinaria han quedado desplazados por la peor pandemia que ha conocida la humanidad en la... el último siglo. La COVID-19 ha sido la gran protagonista de estos dos primeros años de legislatura. Todos los proyectos y planes de todas las Consejerías, de todas las Administraciones de cualquier nivel, se han visto afectados por esta pandemia, si bien es cierto que la Consejería de Sanidad, todas las Consejerías, junto al Ministerio, han jugado un papel especialmente relevante.

La relevancia que ha... que han tomado nuestras decisiones y nuestras actuaciones nunca antes habían tenido el eco mediático ni la extensión que se ha visto en este último año y medio. Cada consulta de Atención Primaria, cada consulta de hospital, cada cama en planta o en las unidades de críticos ha sido un campo de batalla contra esta enfermedad. La pandemia ha puesto una enorme carga adicional de presión a un ámbito tan complicado de gestionar como la sanidad.

Por ello, no quiero empezar esta comparecencia sin agradecer a todo mi equipo, a toda la Consejería, a la Gerencia Regional de Salud, a los directores generales, a los directores técnicos, a los gerentes (a Manuel, Israel, Carmen, Alfonso, José Ramón, Mari Ángeles, Mercedes, Elvira, Pedro, Gloria, María José, Nieves, Pilar, Miguel, Mónica, Joaquín, Flor, Carmen, Cristina, Armando, Sonsoles, Eduardo, Juan Luis, Marta, Manuela, Elpidio, Rafael, José Pedro, Mónica, Luis Javier, José Antonio, José Miguel, Alfonso, Pilar, José María, Evaristo, Arsenio, Luis Ángel, Montse, Juan Bautista, Toñi, Jorge, Enrique y Teresa) y a todos sus equipos. A todos les agradezco todo el trabajo que han desempeñado en estos casi 19 meses. No habríamos podido hacer nada de esto sin ellos.

La actividad asistencial ha sido un pilar muy importante de la lucha contra la COVID-19. Todos los profesionales sanitarios y no sanitarios, nuestros jefes de servicio, coordinadores, responsables de enfermería, nuestros médicos, enfermeras, TCAE, administrativos, fisioterapeutas, personal de limpieza, mantenimiento y personal de emergencias han sido esenciales a la hora de cubrir todas las necesidades que precisaban nuestros pacientes.

Pero esta pandemia no solo se ha luchado en la vertiente asistencial. Quiero agradecer toda la labor que han desempeñado todos los trabajadores de salud pública de nuestra Comunidad, desde Servicios Centrales a los Servicios Territoriales (Luis, Dolores, Concepción, Carmen, Marta, César, Elena, María Victoria y Casto) y a sus Secciones de Epidemiología, Promoción de la Salud y Salud Laboral, Ordenación Sanitaria, Protección de la Salud y Laboratorios, así como a secretarios técnicos de normativa y procedimiento.

Esta legislatura se puede considerar como la legislatura... o esta parte de la legislatura es, desde luego, la legislatura de la salud pública. Nunca antes estos



profesionales se habían enfrentado a un reto de tal magnitud, y han dado lo mejor de sí, incluso más, para poder superar los peores momentos de esta durísima pandemia.

Tampoco quiero olvidarme de cada uno de los delegados territoriales de la Junta de Castilla y León (José Francisco, Roberto, Juan, José Antonio, Eloy, José, Yolanda, Augusto y Clara). Todos ellos se han volcado completamente en la gestión, coordinación e información a la ciudadanía, han mostrado un claro compromiso con todos los ciudadanos de esta Comunidad y su esfuerzo sigue siendo patente en las campañas de vacunación.

Pero antes de entrar a hacer un balance en profundidad de todos estos meses, me gustaría recordar parte de los objetivos y planes que ya enuncié en esta Comisión el cinco de septiembre de dos mil diecinueve, que ya parece tan lejano y que no hemos... y que no hemos olvidado incluso en los peores meses de la pandemia.

Si hacen memoria, en mi primera comparecencia en esta Comisión, hace casi dos años exactos, anuncié un principio que regiría toda nuestra actuación: trabajar con una mirada siempre en el medio y largo plazo, atendiendo también a lo urgente, pero sin perder de vista las reformas profundas que precisa nuestro sistema sanitario, siendo nuestros objetivos la efectividad, la equidad, la eficiencia y la viabilidad del sistema. Para ello, comenté que teníamos claras nuestras prioridades: más inversión, transformación y ordenar lo urgente.

Las medidas, si ustedes recuerdan, en el Acuerdo de Gobierno, esta legislatura, se inició con un acuerdo de Gobierno con un apartado específico de medidas relativas a sanidad. Es cierto que la pandemia ha obligado a que nos centremos en la adaptación del sistema a esta grave situación, pero ello no ha supuesto que dejásemos de trabajar para ir iniciando, e incluso casi finalizando, alguno de estos 13 acuerdos de legislatura que determinamos en el verano del dos mil diecinueve.

Hemos realizado actuaciones en los acuerdos relativos a transparencia auditando y publicando periódicamente las listas de espera y creando un observatorio con indicadores de actividad, desempeño y resultados, que vamos a ir mejorando en los próximos meses.

En materia de accesibilidad el sistema... al sistema, hemos potenciado las unidades de diagnóstico rápido y las consultas de alta resolución. Tenemos más de 33 especialidades médicas con consultas de alta resolución, llegando a realizarse más de 176.000 consultas el año pasado. Las unidades de diagnóstico rápido el pasado año también atendieron un total de 14.903 consultas.

En cuanto a las mejoras de las condiciones de los profesionales, hemos sido capaces de instaurar un sistema de concurso-oposición y concurso de traslado abierto y permanente, que está permitiendo reducir la temporalidad de nuestros profesionales y cubrir algunas de las plazas que hasta el momento teníamos serias dificultades para cubrirse. También hemos aprobado mejoras de las condiciones laborales de los mir y las enfermeras.

En materia de organización estamos trabajando para mejorar la resolutiveidad de los profesionales de Atención Primaria. De hecho, durante la pandemia numerosos equipos de Atención Primaria se han dotado de mayores recursos para diagnosticar y atender a pacientes COVID, a fin de agilizar la atención y ser lo más eficaces a la hora de tratar a los ciudadanos, y han constituido un auténtico dique de contención



a esta pandemia. También se está trabajando para que los mandos intermedios se designen en base a criterios de igualdad, mérito y capacidad.

En materia presupuestaria hemos aumentado sustancialmente la inversión en sanidad, alcanzando un 7,58 % del PIB. En Atención Primaria, en los últimos presupuestos, hemos aumentado casi un 20 % la cuantía destinada a este área, llegando a superar los 1.419 millones de euros en esta partida para el año dos mil veintiuno.

También hemos trabajado para conseguir que la Comunidad tenga una ley de derechos y garantías al final de la vida que garantice el respeto de las decisiones de los ciudadanos en los últimos días. En el último Consejo de Gobierno, antes del verano, se aprobó el Proyecto de Ley de Derechos y Garantías al Final de la Vida, que en próximas fechas se debatirá su toma en consideración por esta Cámara y para la que le solicito ya su apoyo, al considerar que es una ley necesaria que va a permitir asegurar el respeto a las decisiones de los pacientes en sus últimos días, garantizar unos cuidados paliativos de calidad y garantizar también la seguridad jurídica de los profesionales en situaciones complejas que puedan darse en ese... que pueden encontrarse en estas situaciones.

Estas son la... solo algunas de las actuaciones que hemos llevado a cabo para dar cumplimiento a estos acuerdos de Gobierno y queda mucho por hacer, pero nuestra actividad ha ido más allá. Como les señalaba previamente, esta legislatura ha sido singular por haber tenido una variable totalmente diferente a todas las anteriores, que ha condicionado y afectado a todo el sistema sanitario.

Apenas llevábamos seis meses de trabajo en la Consejería de Sanidad -tomé posesión el diecisiete de... de julio como consejera-, aparecen las primeras alarmas internacionales respecto al COVID-19, provenientes de... de China. Se ha dado puntual información sobre la pandemia y su impacto en nuestra Comunidad en las comparecencias quincenales que he hecho en estas Cortes. En concreto, he comparecido en ocho ocasiones en esta... en esta Comisión para explicar las medidas que desde la Consejería de Sanidad estábamos desarrollando en las diferentes olas. Consideramos que informar a la población y a sus representantes era clave.

Como recordarán, el primer gran brote en Europa se detecta en Italia desde finales del mes de enero. En nuestro país se detecta el primer caso el treinta y uno de enero en La Gomera. Desde esas últimas semanas de enero, tanto el Ministerio como las Comunidades Autónomas comenzamos a trabajar arduamente de manera conjunta para establecer mecanismos de prevención y colaboración en la detección y control de casos. En Castilla y León el primer caso de COVID-19 se detecta el veintisiete de febrero en la provincia de Segovia.

El veintiuno de enero el CCAES, el centro de alertas epidemiológicas del Ministerio, convoca a todas las Comunidades Autónomas poniendo en marcha diferentes líneas de trabajo sobre diagnóstico, actuaciones de respuesta o mejora en los sistemas de información. En Castilla y León, a los pocos días, ya facilitamos información a la población sobre la COVID-19, elaboramos los primeros procedimientos de actuación frente a posibles casos y constituimos el Comité Técnico para la Prevención de Riesgos Laborales. El treinta de enero la OMS declara a la... a la COVID-19 como una emergencia de salud pública.

En el mes de febrero continúan los trabajos y celebramos dos Consejos Interterritoriales para abordar esta cuestión. Desde el veinticinco de febrero del dos mil



veinte hasta el 30 de junio del veintiuno no se celebraron consejos interterritoriales presenciales, pero telemáticamente tuvimos mucho más de 100 sesiones.

El dos de marzo se constituye el Comité de Expertos de Castilla y León para asesorar a la Consejería en la lucha contra la pandemia, porque siempre ha habido un lema que ha presidido nuestras actuaciones, y es que ciencia y política tienen que ir de la mano.

Es ya en el mes de marzo, en la... con la aparición de los primeros casos en España, cuando desde el Ministerio comienzan a aplicarse medidas de contención. Sería ya a partir del nueve de marzo cuando el aumento de casos es sustancial y comienza el cierre de escuelas, universidades, suspensión de vuelos a Italia, o establecer un sistema de compra centralizada de equipos de protección o cierre de las estaciones de esquí.

A partir de ese momento, la pandemia en nuestro país -también en muchos otros- comienza a aumentar la velocidad de contagios de una forma vertiginosa, hasta tal punto que el once de marzo de dos mil veinte la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermedad por COVID como una pandemia global. Y el catorce de marzo, como ustedes recordarán, se decreta el primer estado de alarma.

Ante esta situación, los objetivos que teníamos y que nos fijamos para controlar la pandemia desde la Consejería de Sanidad era: disminuir la incidencia de casos, disminuir la prevalencia de la enfermedad, disminuir la letalidad, disminuir la mortalidad y disminuir las consecuencias y posibles secuelas de la enfermedad.

Cada ola ha tenido sus características, completamente diferentes al resto: la velocidad de contagios, las variantes del virus existente, la evidencia científica disponible en ese momento para disponer de herramientas eficaces de contención y detección y la organización sanitaria han ido evolucionando ola a ola. Sin embargo, desde el inicio de la pandemia hemos tenido claro que existían medidas sanitarias y no sanitarias clave, que hemos puesto en marcha en todas y cada una de las olas.

En cuanto a las medidas sanitarias: detección precoz de casos, aislamientos, cuarentenas, rastreos -especialmente a gran escala cuando ya hemos dispuesto de las herramientas adecuadas para poder hacerlo-; refuerzo de profesionales y centros, dejando en numerosas ocasiones las bolsas de contratación vacías; reorganización de personal y servicios, mejora de la seguridad laboral y establecimiento de circuitos separados; y, afortunadamente, la campaña de vacunación.

En cuanto a las medidas no sanitarias: medidas restrictivas basadas en la evidencia y la coordinación de las actuaciones con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La primera ola de la pandemia quizá ha sido la ola más agresiva en términos de hospitalización. El desconocimiento sobre la enfermedad, sus vías de transmisión, las limitaciones técnicas a la hora de poder detectar casos ágilmente y la falta de conocimientos sobre tratamientos efectivos supuso una confluencia de elementos que limitaron nuestras herramientas para hacer frente a este virus de forma tan efectiva como lo podemos estar haciendo en estos momentos.

En esta primera ola, que tuvo lugar entre finales del mes de febrero y once de mayo -es decir, en poco más de dos meses, fue la duración de esta primera ola-, estimamos que se produjeron 64.000 casos COVID-19 registrados en Atención



Primaria, en Medora. Ingresaron en nuestros centros hospitalarios 7.496 personas, de ellas, 547 en unidades de críticos, y fallecieron en nuestros hospitales 1.914 personas por una sola enfermedad –algo hasta este momento nunca visto–.

El desconocimiento sobre la transmisión, las medidas de prevención y tratamientos efectivos sobre la COVID-19 eran... estaban ahí, y el conocimiento era muy muy escaso. Recordemos, por ejemplo, que, en estos primeros meses, desde la ECDC y la Organización Mundial de la Salud se desaconsejaba el uso generalizado de mascarillas; el avance de la evidencia sobre el virus cambiaría estas recomendaciones varios meses después.

La falta de herramientas de detección adecuadas no fueron el único condicionante –apenas poseíamos PCR–, por lo que Medora y el número 900 fueron claves a la hora de situar la incidencia; era... no teníamos medios diagnósticos y trabajábamos con lo que nuestros profesionales detectaban a través de estos dos medios. También vimos como nuestro servicio hospitalario no se había enfrentado nunca a una situación similar; fue necesario reorganizar el sistema sanitario al completo en apenas dos semanas.

La falta de equipos de protección generalizada a escala mundial también fue otro condicionante importante: desde la Consejería de Sanidad trabajamos todo lo posible para que nuestros profesionales estuvieran lo mejor protegidos en estos difíciles momentos.

En Atención Primaria se crearon los equipos COVID AP, conformados por profesionales que eran encargados de gestionar las consultas al teléfono COVID del centro de salud; también se crearon los equipos COVID-Residencias (equipos multidisciplinares con personal de Atención Primaria y Atención Hospitalaria que atendían a las personas institucionalizadas y hacían su seguimiento); se organizó también un equipo de atención telefónica, encargado del seguimiento de casos positivos y contactos estrechos COVID, además de continuar una actividad proactiva en el seguimiento de pacientes crónicos para controlar su evolución.

Desde la primera ola, en el Ministerio de Sanidad como en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, así como el Consejo General de Enfermería y numerosas sociedades científicas (semFYC, Sociedad Española de Medicina Preventiva, Sociedad Española de Neumología, SEMG) refrendaron la necesidad de establecer todas aquellas medidas que pudieran contener la expansión de la COVID-19, como pudieran ser los circuitos separados, la centralización de la atención en los centros sanitarios para mejorar el control de los posibles contagios o las consultas telefónicas.

En Castilla y León tomamos cuatro decisiones que fueron claves a la hora de afrontar esta primera ola. La primera, la elaboración y puesta en marcha de planes de contingencia en todos los centros: de reordenación, refuerzo y seguridad. Decidir que toda Castilla y León fuera un área única sanitaria para atender a todos nuestros ciudadanos, donde el hospital grande ayuda al pequeño, el pequeño al pequeño, los pequeños entre sí. Es decir, era crear toda una red que, evidentemente, funcionó bien. Y funcionó bien también por otra tercera decisión, que fue la de establecer los coordinadores clínicos para toda la Comunidad en las unidades y servicios más comprometidos: el doctor Jesús Blanco para críticos, el doctor Carlos Dueña... Carlos Dueñas para medicina interna, el doctor Graciliano Estrada para neumología, el



doctor José Ramón Casal para urgencias y los doctores Eiros y Orduña en microbiología y la directora técnico de Atención Primaria, la doctora Elvira Callejo, hacía esta labor en Atención Primaria. A todos ellos quiero trasladarles mi agradecimiento y el de toda la Consejería; han sido indispensables durante toda la pandemia y han aportado un valor añadido a la toma de decisiones fundamental. Y luego, por último, crear un comité de expertos que asesorase a la Consejería en base a todas las publicaciones... a todas las evidencias que se iban publicando.

Informar a la población de primera mano también fue nuestra obsesión, para ello celebramos ruedas de prensa diarias y creamos el portal de datos de la Junta sobre COVID, de referencia a nivel nacional. Desde principios de abril la situación sanitaria fue mejorando paulatinamente gracias a las medidas sanitarias y no sanitarias implantadas, especialmente el confinamiento generalizado. A finales del mes de abril de dos mil veinte, cuando se plantea la desescalada gradual, hasta finales del mes de junio, que acabaría el estado de alarma, este proceso en nuestra Comunidad también lo hicimos atendiendo siempre a los criterios de prudencia. Fue algo más lento que en otros territorios, precisamente, por estos criterios de prudencia. Pero el veintidós de junio del año dos mil veinte finaliza el estado de alarma, pasando todo el país a la nueva normalidad.

Pero se produce la segunda ola. Durante los primeros meses del verano la situación epidemiológica se mantendría con una tendencia al descenso hasta el once de julio, en la que tocamos suelo, con una incidencia acumulada a 14 días de 5,7 por 100.000 habitantes. A partir de ese momento se produce un aumento lento, pero paulatino, de casos durante todo el verano, que supondría el inicio de la segunda ola y que alcanzaría sus mayores tasas de contagio en la primera semana del... del mes de noviembre, alcanzando los 964 por 100.000 habitantes el día dos.

La segunda ola finalizaría el veintiséis de diciembre, dura 7 meses. Fue una ola prolongada con... detectándose un total de 135.000 casos, siendo precisa la hospitalización de 11.573 personas, de ellas 829 en críticos, y falleciendo 2.235 personas en nuestros hospitales. La provincia que mayores tasas de incidencia tuvo en esta segunda ola fue Burgos, que superó tasas de 1.300 por 100.000 habitantes en la segunda quincena de noviembre.

A diferencia de la primera ola, que coincidió con el cierre de colegios y universidades y no cierre de la movilidad, habiendo una dispersión de estudiantes, desde zonas de estudiantes, y de otras personas, desde zonas más afectadas, como Madrid o como el caso de La Rioja, en ese sepelio que tuvimos que infectó a todo el norte de Burgos, a otras sin apenas presencia de virus.

La segunda ola se caracterizó por una siembra generalizada de casos en toda la Comunidad, relacionada claramente con el aumento de movilidad y la interacción propias del verano. Las "no fiestas" que se celebraron tuvieron su precio.

El aumento de casos en el mes de octubre lleva al Gobierno a declarar un segundo estado de alarma el veinticinco de octubre de dos mil veinte, que finalizaría seis meses después. Este día, nuestra Comunidad contaba con una tasa de incidencia acumulada a 14 días de 752,6 casos por 100.000 habitantes y España en una tasa de contagio de 410 por 100.000 habitantes.

Los condicionantes de la primera ola, como la falta de un sistema de detección ágil, fueron superándose. Aparecen las pruebas de antígenos durante el verano, y en



septiembre comienzan a utilizarse de manera generalizada. Los cribados poblacionales comienzan a realizarse en esta segunda ola y se mantuvieron en las siguientes. En un solo día fuimos capaces de realizar más de 30.000 pruebas, el veintisiete de noviembre del dos mil veinte. También se crearían las arcas de Noé para aquellos casos que no pudieran mantener una cuarentena o un aislamiento con garantías en sus domicilios. Ese aumento de capacidad diagnóstica nos permitió establecer un sistema de rastreo y seguimiento de casos COVID en todas las provincias, que se ha demostrado altamente eficaz a la hora de garantizar el cumplimiento de las cuarentenas y aislamiento.

El número de rastreadores se fue incrementando paulatinamente en esta segunda ola, siempre muy por encima de las cifras recomendadas por el... por el Ministerio, y se iban aumentando según aumentaban los contagios, destinándose a ello profesionales sanitarios como enfermeras o fisioterapeutas. De hecho, en los peores momentos de la segunda ola, en el mes de noviembre, también se incorporaron recursos de las Fuerzas Armadas a las tareas de rastreo. Quiero aprovechar esta ocasión para agradecer al Ministerio de Sanidad y al Ministerio de Defensa toda la colaboración que han prestado y están prestando en este apartado. La colaboración entre Administraciones ha sido clave para afrontar los peores momentos de esta pandemia, y este ejemplo es una clara muestra de ello.

En esta segunda ola, la mejora de los sistemas de información, de los sistemas de detección y el avance de las evidencias permitió que desde la... desde el Consejo Interterritorial se establecieran criterios comunes de actuación en base a indicadores concretos, algo que Castilla y León solicitaba de manera... casi en todas las interpelecciones que yo hacía en el Consejo Interterritorial lo solicitaba de manera recurrente, porque nos parecía importante utilizar indicadores y criterios similares en todas las Comunidades Autónomas. El veintidós de octubre se aprueba el conocido semáforo, que ha ido evolucionando en las siguientes olas, pero que sentó las bases de unos criterios comunes de actuación en todo el territorio para situaciones similares. Finalizado el mes de noviembre, las tasas de incidencia y la ocupación hospitalaria fueron disminuyendo, pero lejos de los niveles que se alcanzaron entre la primera y la segunda ola. Las medidas sanitarias y no sanitarias funcionaban.

La tercera ola comienza en el mes de diciembre, como resultado también del aumento de movilidad y contacto social derivado de las fiestas navideñas. Se extendería hasta el dieciséis de marzo, casi tres meses, contando algo más de 79.000 casos, 7.288 personas ingresadas, y, de ellos, 562 en críticos, y 1.339 fallecidos en nuestros hospitales. Todo ello pese a que en las Navidades se establecieron unas medidas nacionales para limitar el contacto y la movilidad social desde el Consejo Interterritorial.

Esta tercera ola, a nivel epidemiológico, fue mucho más agresiva que la ola anterior. Si bien nuestra Comunidad, a principios de noviembre, alcanzaba su tasa máxima de incidencia, en torno a 960 por 100.000 habitantes, en esta tercera ola, alcanzamos, en tan solo cuatro semanas, una incidencia superior a 1.400 por 100.000 habitantes. La tercera ola iría remitiendo durante el mes de febrero y parte del mes de marzo, hasta el dieciséis de marzo, cuando se produce un cambio de tendencia en los datos.

Dada la rapidez con la que aumentaban los contagios y la necesidad de contener la expansión de virus, el Gobierno de la Junta, el quince de enero, decreta la limitación de movilidad nocturna de los ciudadanos a partir de las veinte horas.



El Gobierno de España recurriría esta medida, pero el mes que estuvo en vigor demostró ser altamente eficaz para controlar los contagios: a los diez días fue capaz de doblar la curva.

En cuanto a otras medidas no sanitarias, al contar ya con el denominado semáforo, aprobado en el Consejo Interterritorial, las restricciones y limitaciones de aforo fueron progresando o relajándose, siempre en base, siempre en base, a los indicadores sanitarios y epidemiológicos.

Otra estrategia que se aplicó en esa tercera ola fue realizar cribados poblacionales de manera temprana para evitar el aumento de contagios. De esta forma, llegamos a hacer más de 350.000 test en diferentes cribados, que arrojaron más de 3.250 casos positivos en personas asintomáticas; lo que permitió aislamientos y cuarentenas, y, por ende, frenar esta ola.

Si bien esta tercera ola coincidió en el tiempo con el inicio de la campaña de vacunación que tuvimos que... que organizar durante los últimos días de diciembre. El veintisiete de diciembre de dos mil veinte vacunamos a Áureo, una persona de 88 años, que fue el primer vacunado contra el COVID-19. Desde aquel día, el esfuerzo de todos nuestros profesionales sanitarios y de los equipos de vacunación ha sido ímprobo para poder inocular el mayor número de dosis en el menor tiempo posible. La vacuna era nuestra gran esperanza, y el tiempo y esta quinta ola está demostrando que es eficaz, tanto para evitar contraer el virus como para evitar que la enfermedad curse con pronóstico grave.

En estos primeros meses, la actividad de la Consejería a la hora de planificar la campaña de vacunación fue muy intensa y estuvo condicionada en todo momento por diferentes variables:

Primero. Existía un limitante a la hora de poder desarrollar la campaña: el número de vacunas que recibíamos. Durante las primeras semanas, la llegada de dosis era escasa y apenas podíamos poner unos cuantos miles a la semana en cada provincia.

Segundo. Las exigencias a la hora de conservar y manejar las vacunas hacían muy complejo su traslado y almacenamiento. Tuvimos que comprar ultracongeladores para poder conservar adecuadamente las dosis que recibíamos, así como neveras y todo el fungible preciso para administrarlas para los profesionales que estaban participando en la campaña.

Tercero. La estrategia nacional de vacunación se asienta sobre dos principios básicos, que han demostrado que han sido claramente importantes, que ha sido, primero, vacunar a los más vulnerables y, segundo, a los más expuestos; es decir, ese era nuestro primer bloque de personas a vacunar. Esto se traduce en que los primeros grupos a vacunar eran personas vulnerables de centros sociosanitarios y personal tanto sanitario como sociosanitario. En una Comunidad tan extensa como la nuestro, los centros sociosanitarios que debían vacunarse se encontraban por toda la geografía. Para poder dar cobertura a todos ellos, organizamos equipos itinerantes de vacunación que recorrían diariamente las residencias de nuestra Comunidad vacunando a las personas residentes y a todos los trabajadores de estas, para evitar nuevos contagios.

Desde el inicio de la campaña de vacunación, ya hemos administrado más de 3,5 millones de dosis y 1,8 millones de ciudadanos están ya inmunizados al



completo, tienen sus dos dosis. En el primer trimestre del año, conseguimos inmunizar a una parte muy importante de estos grupos diana, y la estrategia continúa, continúa avanzando hacia nuevos grupos diana, y que se definirían en la Ponencia de Vacunas y en la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad. Durante estos primeros meses, el reparto territorial de las vacunas, afortunadamente, se correspondía con el porcentaje de población de los grupos diana. No hemos recibido más vacunas, sino que las vacunas eran proporcionales al número de personas mayores que teníamos; y fueron casi exactas ese número de vacunas que recibimos, y que nos permitió cubrir a este... hacer la vacunación a este grupo poblacional tan vulnerable.

La cuarta ola tendría un menor impacto que todas las precedentes. Los contagios iniciados con el puente de san José, tendría su pico el dieciséis de abril, cuando muestra la Comunidad... cuando nuestra Comunidad alcanza una incidencia de 217,3 por 100.000 habitantes en su incidencia acumulada a 14 días; finalizaría a finales del mes de junio, tres meses después del cambio de tendencia, habiéndose declarado algo más de 27.000 casos, 2.981 ingresados, y, de ellos, 317 críticos y 303 fallecidos en nuestros centros hospitalarios.

El aumento de la población inmunizada, la presencia todavía de variantes con menor capacidad de contagio que la delta, el aumento de actividades al aire libre con la llegada de la primavera y las restricciones a la movilidad impuestas desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (perimetración de las Comunidades Autónomas, limitación de la movilidad nocturna entre las veintitrés y las seis horas, así como limitación de los eventos multitudinarios) propiciaron que el aumento de movilidad que pudo darse durante la Semana Santa no causase el mismo impacto que durante las fiestas de Navidad.

En esta cuarta ola continuamos aplicando medidas sanitarias como cribados a gran escala, cribados asistenciales, selectivos y oportunistas, reforzando profesionales y centros sanitarios, reorganizando el personal y los servicios cuando fue preciso, así como avanzando en la campaña de vacunación.

En cuanto a medidas no sanitarias, la cuarta ola se caracterizó por la aplicación de medidas adicionales como las limitaciones de aforo o el cierre de determinados tipos de negocios, como las casas de apuestas, en aquellos municipios en los que hubiera una alta tasa de incidencia.

Desde el dieciséis de abril se produciría un descenso paulatino de la incidencia y los niveles de hospitalización en plantas y críticos durarían hasta el veinticinco de junio.

Quinta ola. La quinta ola tiene varios elementos que confluyen para que aparezca una quinta ola del virus que, de no haber sido por los altos niveles de protección producidos por las vacunas, podría haber sido la peor de todas las olas, inclusive que la primera.

Los elementos que dieron lugar a esta quinta ola, a nuestro juicio, son los siguientes: decae el estado de alarma el nueve de mayo y se... se relaja el uso de mascarillas el veinticinco de junio; fin de las clases en los institutos y la EBAU, lo que aumenta la movilidad y el contacto social, especialmente en grupos de jóvenes; falta de sensación de peligro frente a la COVID en grupos jóvenes, derivada de una menor afectación en edades tempranas; la creencia de que con la vacunación la pandemia estaba siendo superada; y la relajación en el uso de las mascarillas; aparición de una



nueva variante, la variante delta, mucho más contagiosa que la variante original y la variante alfa.

Estos tres factores desencadenaron -cuatro- una rápida... una rapidez de contagios nunca antes vista en nuestra Comunidad. En apenas algo más de 20 días la tasa de incidencia acumulada a 14 días se multiplicó en 13,7 veces, pasando de 66 casos por 100.000 habitantes el veinticinco de junio a 910 casos por 100.000 habitantes el veinte de julio.

La quinta ola, que comenzaría el veintiséis de junio, algo más de dos meses en la que se lleva, se traduce en 60.000 contagios, 2.284 ingresos en planta, 173 ingresos en unidades de críticos y 273 fallecidos.

Esta quinta ola tuvo un inicio explosivo de contagios, principalmente entre los grupos más jóvenes, ya que eran grupos que todavía no estaban inmunizados y tenían mayor contacto social que otros. En esta quinta ola, con la nueva variante delta, hemos observado que no uno, sino dos grupos han superado las tasas de máxima incidencia en la tercera... en relación a la tercera ola, encontrando, por ejemplo, que, en el grupo de 12 a 19 años, tasas de incidencia a 14 días máxima de 2.688 casos por 100.000 habitantes, y, el grupo de 20 a 29, con 3.657 casos por 100.000 habitantes. De haberse producido un nivel de contagios similar en todas las edades, claramente, como he dicho antes, esta quinta ola habría sido la peor de todas ellas.

Comenzaríamos a doblegar la curva de contagios en los últimos diez días del mes de julio y la situación hospitalaria comenzaría a descender en planta el veintisiete de julio, y tres días después en las unidades de críticos.

Por suerte, la cobertura vacunal de las... de los grupos de personas mayores limitó el impacto de los contagios en estas edades, aunque no lo evitase al completo. De hecho, pudimos ver cómo, durante el mes de julio, grupos de edades superiores aumentaron sus tasas de incidencia, llegando a estar todos los grupos de edades en riesgo muy alto, es decir, por encima de 250 por 100.000 habitantes, pero, evidentemente, con un impacto sobre gravedad de la enfermedad bastante diferente.

Esta quinta ola también se ha caracterizado por trasladar una elevada presión al conjunto del sistema sanitario, especialmente a Atención Primaria. A la fatiga que ya poseían todos nuestros profesionales sanitarios tras cuatro olas se unía la necesidad de suplir vacaciones, así como, en el caso de enfermería, compensar los efectivos destinados a las campañas de vacunación, que era la prioridad absoluta en todo momento.

Pero la tipología de esta última ola también nos obligó a actuar de manera diferente. La vacunación desligó la relación directa que habíamos comprobado en las olas anteriores entre las tasas de incidencia y las tasas de hospitalización. En esta quinta ola, dado que la mayor parte de los contagios se concentraban en edades jóvenes que cursan con menor morbilidad, vimos que las tasas de incidencia no se correspondían con la relación habitual con el ingreso en nuestros centros, afortunadamente.

Ello nos hizo seguir aplicando las medidas no sanitarias con diferente intensidad que en olas anteriores, basándonos en evidencias y focalizando mucho más los ámbitos donde se podía producir mayor número de contagios en los grupos más afectados: ocio nocturno, hostelería y grandes eventos.



Sin embargo, consideramos que la herramienta esencial para detener drásticamente los contagios y hacer que las tasas de incidencia descendieran rápidamente quedaba fuera de nuestro margen de actuación. El toque de queda ya se nos había denegado en dos ocasiones por parte del Poder Judicial en nuestra Comunidad, y un informe de nuestros servicios jurídicos desaconsejaba su solicitud, algo que también está sucediendo en... en Comunidades como Canarias, Asturias o Navarra, cuando quisieron instaurarlo para frenar esta quinta ola, mientras que las Comunidades como Cataluña, Comunidad Valenciana, Cantabria o Baleares sí han podido instaurarlo.

Esta disparidad de criterios del Poder Judicial muestra que es preciso que el Poder Legislativo, a nivel nacional, se ponga manos a la obra y reforme la normativa de las que disponemos actualmente para afrontar pandemias con mayor garantía y seguridad jurídica. Las herramientas con las que contamos actualmente están obsoletas, son insuficientes, y en todos y cada uno de los Consejos Interterritoriales que se ha celebrado he solicitado actualización de esta normativa. Si permitimos que esta pandemia finalice sin prepararnos para una futura, demostraremos a los ciudadanos que no hemos aprendido nada y que somos incapaces de hacer nuestro trabajo.

La situación mundial hasta este momento, la pandemia por COVID-19, ha registrado 217 millones de casos en todo el planeta. Su intensidad ha sido desigual en diferentes continentes, bien porque las diferentes olas han afectado en fechas distintas a cada uno de ellos, bien porque la falta de medios diagnósticos en muchos países impide conocer con precisión el nivel de ataque real de este virus.

Solo este virus, en apenas 18 meses, ha causado 4,51 millones de fallecidos, una cifra muy importante, y ha puesto a muchos sistemas sanitarios al borde del colapso o bien los ha sobrepasado claramente, como pudimos ver hace varios meses en la India o en Brasil.

La situación en Europa. Se han diagnosticado hasta finales de la semana pasada 36,3 millones de casos, con 750.000 fallecidos, mostrando una letalidad menor que en otros continentes, gracias a los sistemas públicos de salud con lo que cuenta una gran parte de los países europeos.

La situación en España. Es uno de los países más afectados del continente europeo. Se han declarado en estos 18 meses un total de 4.871.444 casos, que se han traducido en 84.640 fallecidos.

Nuestro país, con un sistema sanitario público potente, con alta especialización y numerosos recursos, se ha visto claramente tensionado en varias olas, dada la alta contagiosidad del virus, su rápida expansión y su afectación a personas vulnerables, especialmente nuestros mayores.

En el momento actual, como ven ustedes, ayer estábamos en una situación de 216 por 100.000 habitantes y, a siete días, con 80,88. Es decir, estamos los duodécimos en... en estas tasas, ahora mismo, en España; ahora mismo, quizá la que que más alta está sigue siendo Extremadura.

Las tasas de letalidad en España. La tasa de letalidad ha sido de 1,7 % sobre el total de casos declarados. Nuestra tasa de letalidad en todos los bloques etarios está por debajo de la media. Solo en mayores de 80 años superamos esta cifra, siendo los novenos. Sin embargo, el volumen de personas mayores nos lleva a que las Comunidades de Asturias, que tiene 2,9 %; Castilla-La Mancha, el 2,7; Castilla y



León, 2,5; Aragón, 2,4; y La Rioja, 2,1, nos lleva a tener más nivel de letalidad porque son las Comunidades más envejecidas.

Nuestra Comunidad, por sus características poblacionales, extensión, situación geográfica, ha sufrido de forma diferente cada una de las cinco olas de la pandemia. En total, en nuestra Comunidad se han diagnosticado 296.145 casos de COVID-19, precisando hospitalización 29.409, de ellos, 2.429 en las unidades de críticos, y habiendo un fallecido... habiendo fallecido un total de 7.211 personas, de ellas, 7.074 en nuestros centros hospitalarios.

Si comparamos las tasas de ingreso y letalidad del virus en nuestra Comunidad entre la primera y la quinta ola, observamos claramente, claramente, el efecto positivo de las medidas sanitarias y no sanitarias, pero especialmente, entre las sanitarias, la campaña de vacunación. Incluso teniendo en estos momentos una variante muy contagiosa, en esta última ola, se ha conseguido, a través de... de estas iniciativas y especialmente la vacunación, evitar el 80 % de ingresos en planta, el 75 % de ingresos en las unidades de críticos y el 90 % de los fallecidos. Es decir, evidentemente, aunque tenemos una situación epidemiológica todavía con muchos contactos, el impacto sobre la salud ya no tiene nada que ver con olas anteriores.

En estos momentos, en Castilla y León vemos que no tenemos ninguna provincia que está en riesgo alto... en riesgo muy alto; en riesgo alto, Ávila, Burgos, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora; y riesgo medio, León y Palencia, desde un punto de vista epidemiológico.

Nuestra Comunidad, por las características poblacionales, extensión y situación geográfica, ha sufrido de forma diferente en cada una de las cinco olas de la pandemia. En total, en nuestra Comunidad, como les he dicho, se han hecho todos estos diagnósticos. El riesgo que tenemos en nuestra... en nuestra Comunidad está bajando en cuanto... desde un punto de vista epidemiológico. Pero ahora, cuando está remitiendo la quinta ola, es necesario seguir adelante conviviendo con el COVID-19 para seguir avanzando en las líneas estratégicas que ya apuntamos hace dos años, de tal forma que, para cuando finalice la legislatura, este sistema sanitario esté preparado para afrontar los retos de la próxima década.

Creo que es un muy buen síntoma que ya no solo hablemos del coronavirus, sino que hablemos de otros problemas que tenemos que resolver. Desde final de la tercera ola éramos conscientes de que debíamos de seguir avanzando, pero que este avance conviviría con la presencia del coronavirus. Por ello, en el mes de marzo, desde la Consejería, se constituyeron dos grupos de expertos (uno de Atención Primaria y otro de Atención Hospitalaria) para analizar y establecer propuestas de acción, de actuación, a fin de adaptar el sistema a la fase pospandemia, pero donde consideramos que el COVID-19 pueda seguir teniendo presencia ya sea como virus endémico o ya sea por la presencia de personas que tengan COVID persistente.

Sus conclusiones, emitidas a finales de junio, fueron las siguientes:

El grupo de expertos de Atención Primaria, conformado por 20 personas, médicos de familia con experiencia tanto clínica como en materia de gestión, así como enfermeras, estableció una serie de recomendaciones que se engloban en varios ámbitos:

Atención a la demanda. Recuperar la atención presencial a demanda del paciente de manera progresiva, manteniendo las máximas condiciones de seguridad



posible. Para ello, se deben modificar agendas y aumentar seguridad con puntos de triaje a la entrada de los centros.

Canalización de la demanda, debiéndose canalizar hacia el profesional más adecuado. El personal administrativo debe identificar motivos de consulta, aunque no la consulta específica (curas, recetas, proceso agudo).

Gestión compartida de la demanda, especialmente para atención sin cita, durante la jornada ordinaria y formación para mejorar la calidad de la consulta no presencial, la canalización de la demanda y la gestión compartida de la demanda al personal sanitario y no sanitario.

Este grupo, además de estas conclusiones, mostraron preocupación por la necesidad de identificar problemas no COVID no abordados -porque, evidentemente, nuestro sistema sanitario pivota por un... con un eje central, que es la Atención Primaria, y, por lo tanto, la Atención Primaria impacta sobre la morbilidad y la mortalidad evitable, y en estos momentos con su saturación tenemos que ver, y ya estamos identificando, los problemas en los que tenemos que fijar ahora la atención de la patología no COVID-, mantener las actividades preventivas y definir consultas presenciales y no presenciales para cada tipo de actividad o demanda. Esto eran las recomendaciones del grupo de expertos de Atención Primaria.

Desde el grupo de expertos de Atención Hospitalaria, conformado por 26 médicos y enfermeras de diferentes especialidades y servicios, aconsejó en... en las materias en las... aconsejaron muchas cosas, pero en las materias en la que la Consejería es... es competente dijeron: dimensionar las plantillas, tanto en medicina como en enfermería, a las nuevas necesidades; adaptar la cartera de servicios; mejorar la estabilidad laboral; deben existir indicadores de actividad, desempeño y resultados; y la docencia debe ser tenida en cuenta a la hora de planificar profesionales.

Actuar sobre la falta y déficit de profesionales mediante alianzas estratégicas; apoyo en nuevas tecnologías (telepresencia, anillo radiológico, telepediatría, teledermatología); ampliación de plazas de formación especializada; plan de fidelización; adecuación de baremos de traslados de profesionales y/o compensación económica; y *pool* de atención en centros sanitarios de la Gerencia Regional de Salud.

Definir y actualizar una cartera de servicios adecuada. Sobre listas de espera, aumentar tiempos de consulta y uso de medios diagnósticos y expandir actividad de quirófanos cuando fuera posible. La salud mental, tener programas específicos tanto para ciudadanos como profesionales, y que los psicólogos deberían tener mayor presencia en el sistema sanitario.

Aumentar la presencia de enfermería con alta cualificación, pudiéndose compartir recursos con Atención Primaria, si fuera necesario; mejorar sus retribuciones; reforzar su papel en los hospitales, con mayor implicación en actividades de prevención y promoción de la salud.

Numerosas líneas de trabajo que manteníamos durante la pandemia, aunque a menor ritmo, dada la demanda de recursos que ha supuesto gestionar las diferentes olas, coincidían con sus recomendaciones, por lo que algunas de ellas ya se encontraban avanzadas cuando finalizaron los trabajos de estos grupos en junio del dos mil... en dos mil veintiuno.

Y no tienen que olvidar que nosotros teníamos un pacto, que era el Pacto por la Reconstrucción, en la que hubo un grupo de expertos, con muchas conclusiones que



coincidían con las emanadas del grupo de trabajo que se conformó en el segundo semestre de dos mil veinte para desarrollar el Pacto para la Recuperación Económica, el Empleo y la Cohesión Social en Castilla y León, suscrito el diecinueve de junio de dos mil veinte por los partidos políticos más representativos en estas Cortes. Cada partido político firmante designó una serie de expertos, muchos de ellos independientes y con reconocido prestigio en su área, lo que durante... eso hizo que durante cuatro meses trabajarían en un documento de propuestas para desarrollar la parte sanitaria de dicho pacto.

Estos expertos, designados por diferentes partidos -tienen sus nombres en esta... en esta diapositiva; ustedes propusieron diferentes nombres-, y durante estos meses llegaron a hacer 122 propuestas concretas, definidas en siete grandes líneas temáticas: una, la preparación del sistema sanitario ante futuras oleadas; el... dos, el desarrollo y refuerzo de la salud pública y la vigilancia epidemiológica; tres, desarrollo de una... de un nuevo modelo organizativo para la Atención Primaria y la Atención Continuada; cuatro, la gestión de los recursos humanos; cinco, el desarrollo del plan de humanización y mejora de la participación ciudadana; seis, el fomento de la investigación, la docencia, la formación y avance en los mecanismos de evaluación del sistema y sus resultados; siete, propuestas de mejora de financiación de la sanidad, mejoras de la eficiencia y propuestas en relación con la compensación que se debe abonar a la sanidad privada por los servicios prestados.

En la siguiente diapositiva, de estas sugerencias destacan propuestas que se han desarrollado o están en desarrollo. Por enunciar algunas, tenemos propuestas en curso y las propuestas finalizadas. Estas propuestas estaban: garantizar el suministro de reactivos y material fungible suficientes para poder realizar las pruebas precisas en casos de rebrote de gran magnitud, es decir, el constituir una reserva estratégica; aprovechar todos los recursos de los departamentos de las universidades de Castilla y León, así como los laboratorios privados, si fuera preciso, para la realización de las pruebas diagnósticas COVID-19; mejorar los sistemas de información de microbiología de Castilla y León; implementar un almacén sanitario avanzado con depósito especializado que asegure la existencia de equipos de protección y otros equipos médicos que puedan ser necesarios en futuras pandemias; mantener el doble circuito mientras esto sea preciso; establecer la cita previa como forma de acceso a la consulta tanto para los centros de salud como para los consultorios; potenciar la consulta telemática, superando la consulta telefónica, e introduciendo videollamadas y consultas presenciales a través de la telemática, mejorando otras herramientas como la carpeta del paciente o Sacyl Conecta; elaborar un plan integral de atención al paciente COVID; mejorar las unidades de críticos y su equipamiento; reducir listas de espera y garantizar que la prioridad 1 es abordada en tiempo; mejorar la coordinación entre salud pública y Atención Primaria; actualizar la... la distribución actual de zonas básicas de salud a la situación demográfica existente, elaborando propuestas de modificaciones de cupos para conseguir tamaños óptimos, potenciando la presencia de enfermería en todos los consultorios de la Comunidad para atender a una población envejecida necesitada de cuidados; extender la cita previa a toda la Comunidad; mejorar la dotación de Atención Primaria y su resolutivez; mejorar la gestión de la Atención Primaria mediante la creación de las Gerencias de Atención Primaria en todas las áreas; desburocratizar la consulta médica, potenciando el papel de la figura del administrativo; mejorar la atención continuada en Castilla y León, valorando la actual distribución de puntos de guardia y retos en el corto, medio y largo plazo que



pueda comprometer la actividad; potenciar la asistencia a patologías tiempodependientes con nuevos recursos y utilizando nuevas tecnologías; planificar la renovación de las plantillas, con previsión de las jubilaciones que se puedan dar en los próximos años, estableciendo procedimientos que garanticen la fidelización y reducción de la precariedad laboral; incentivar la figura del docente, instando al Ministerio a establecer un plan de recursos humanos nacional; crear un plan de humanización; mejorar la transparencia del sistema sanitario y seguir trabajando en la mejora del Observatorio Sacyl; y mejorar la financiación de la sanidad.

Tanto los expertos designados por los partidos políticos como los expertos en activo que participaron en los diferentes grupos de la Gerencia coincidían en numerosas estrategias que era preciso poner en marcha a fin de adaptar nuestro sistema a esta nueva situación y realizar las reformas necesarias para que sea viable en las próximas décadas.

Pero, además de estos grupos de trabajo, otro órgano independiente de la Comunidad también apunta a la necesidad de aplicar medidas en la línea de lo sugerido por los expertos de los grupos anteriormente mencionados. El Consejo Económico y Social de Castilla y León, en su informe y recomendaciones del año dos mil veinte, establece entre sus propuestas: aumentar la capacidad de resolución de la Atención Primaria a través de un mayor equipamiento tecnológico de nuestros centros de salud (recomendación 50); potenciar el papel de la enfermería e incorporar nuevos profesionales para realizar una atención integral de los pacientes -la enfermería puede resolver numerosos problemas de salud cuando no es necesaria la concurrencia del médico, especialmente en atención continuada- (recomendación 51); organizar la atención y agenda de los profesionales sanitarios con el objetivo de que toda la población tenga acceso diario a la asistencia sanitaria, tanto en enfermería como en medicina, viendo positivamente la cita previa telefónica y telemática (recomendación 52).

Volviendo al COVID, que era otra de las... de las que se nos sugería, trabajar, a nivel de la Gerencia Regional, siendo conscientes de implicaciones futuras en el corto y medio plazo de esta pandemia a los pacientes afectados, hemos elaborado y publicado el Plan de Actuación Integral sobre el paciente COVID. El documento, presentado el pasado mes de junio, se ha elaborado en base a la evidencia científica disponible, gracias a la colaboración de especialistas, tanto especialistas de Atención Primaria (médicos de familia) como de especialistas de Atención Hospitalaria (neumólogos, internistas, intensivistas, anestesistas, rehabilitadores, neurólogos, cardiólogos, etcétera). Han... Es decir, un amplio abanico multidisciplinar de personas que pueden intervenir en el seguimiento del COVID. Han elaborado ellos este plan, que pretende establecer los criterios de atención para el seguimiento de los pacientes afectados por la infección por SARS-CoV-2 a corto, medio y largo plazo; poder valorar la evolución y detección precoz de las complicaciones, así como posibles secuelas, y ofrecer el tratamiento adecuado; así como asentar los mecanismos de coordinación con otros profesionales sanitarios como trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, que puedan ser precisos para algunos pacientes COVID.

En estos momentos, el Instituto de Salud Carlos III está realizando un estudio sobre COVID persistente para poder definir claramente cuáles son los criterios diagnósticos para definir COVID persistente, sus signos y sus síntomas, para tener un



diagnóstico claro y que facilite el tratamiento de estas personas. Esperamos que sus resultados se publiquen... El otro día, el director de... del Carlos III nos comentaba que, probablemente, en torno al mes de octubre tendrían ya los resultados de este estudio.

Esta pandemia ha causado mucho sufrimiento. Todavía desconocemos a ciencia cierta muchas de las secuelas pueden llegar a producir y que pueden dejar en estas personas que han sido contagiadas, por lo que debemos de tratar de organizar nuestros recursos para responder a sus necesidades de la manera más adecuada.

Hemos de señalar que la información sobre esta enfermedad siempre ha sido parcial, ha sido incompleta: inicialmente nos faltaban datos y, posteriormente, el desconocimiento de... Como nueva... como toda nueva enfermedad supone... pues, evidentemente, se ha ido produciendo mayor conocimiento, pero todavía tenemos limitaciones de la ciencia para estudiar nuevos patógenos, nuevas posibilidades de cambio que puedan tener estos virus. Hemos ido averiguando y descubriendo características de este virus semana a semana. El conocimiento ha ido avanzando en múltiples puntos de todo el... del globo. Afortunadamente, ya hay muchas publicaciones se está recopilando toda la información, se ordena, se pone en valor por parte de nuestro grupo de expertos. Nuestro grupo de expertos una de las funciones que tiene es detectar cuáles son las nuevas evidencias que se van produciendo en el diagnóstico, en los tratamientos en... y en todo lo que puede tener con... que ver con este virus. Y yo, por eso, hoy quiero también agradecerles públicamente todo su trabajo en estos más de dieciocho meses, fines de semana incluidos, ya que su actividad ha sido muy intensa, nos han ayudado mucho y, desde luego, desde el dos de marzo del dos mil veinte que se conformó el grupo de trabajo, hemos interactuado muchísimo con ellos para conocer su opinión.

La pandemia COVID-19 ha sido un reto, ha mostrado las debilidades de nuestro sistema sanitario, pero también ha sido, claramente, una oportunidad que nos ha permitido avanzar en diferentes áreas de trabajo de manera inimaginable, y así como nos ha mostrado cuáles son las fortalezas del sistema sanitario. Un sistema sanitario, igual que ha pasado en muchos países europeos, hemos demostrado que, a pesar de esta pandemia terrible, no hemos llegado a colapsar, y no hemos colapsado tampoco en Castilla y León.

En Atención Primaria, el nivel asistencial de Atención Primaria, pues tenemos un inmenso reto por delante. La organización de nuestra Atención Primaria data de unas fechas en la que la distribución de nuestra población, la disponibilidad de profesionales, sobre todo de médicos de familia, era, desde luego, otra a la que tenemos en el momento actual.

La Atención Primaria es un nivel esencial; ha tenido en estos tiempos una elevada carga de presión asistencial durante toda la pandemia, pero, especialmente, en las últimas olas; y se ha convertido en un auténtico dique de contención de los nuevos contagios, así como han sido responsables del seguimiento de mucha de la patología no COVID durante estos meses. En el año dos mil veinte, en nuestra Comunidad se atendieron 23,59 millones de consultas en Atención Primaria y sólo en los seis primeros meses de este mes llevábamos trece millones cincuenta y seis de consultas. La Atención Primaria es, evidentemente, el eje vertebrador del sistema y tiene un fuertísimo... un fortísimo impacto -y esto lo demuestran muchos estudios de investigación- sobre la morbimortalidad imputable y evitable. Por lo tanto, tenemos que reforzar nuestra Atención Primaria.



En estos momentos, pese a ser de las Comunidades que más recursos destinamos a este ámbito, pese... tenemos... el 60 % de nuestros recursos de Atención Primaria se encuentran en el medio rural y el 40 % en el medio urbano -y decir esto no significa que vayamos a hacer ningún cambio, sino que vamos a estabilizar esta situación por las connotaciones de dispersión, envejecimiento, que ya hemos comentado-, no somos capaces de lograr que nuestros ciudadanos se vean satisfactoriamente atendidos en determinadas ocasiones.

Por tanto, por tanto, no podemos mantener igual un sistema que está mostrando claros síntomas de agotamiento y que se enfrenta a la jubilación de una parte muy importante de sus profesionales. No hacer nada sería absolutamente irresponsable y, desde luego, condenaríamos a la Atención Primaria a su fracaso en pocos años, puesto que la falta de profesionales... porque es muy fácil decir "ah, pues pon un médico, ya", pues que se lo digan al consejero de Navarra, al consejero de Castilla-La Mancha, al de La Rioja, al de Andalucía, al de Galicia, que tienen todos y cada uno de ellos exactamente el mismo problema que nosotros. Es decir, sabemos que hay una falta de profesionales, sabemos que vamos a tener un número de jubilaciones muy importante en próximas fechas y que esto puede comprometer la atención si no lo organizamos. Si sabemos que va a venir, si sabemos que lo va a... lo vamos a tener y no reorganizamos el sistema y no lo reforzamos de alguna manera, tendremos, evidentemente, problemas.

Y les puedo garantizar que nuestros profesionales nos están pidiendo ayuda y cambio, muchos de ellos nos dicen que estamos al borde del precipicio, y esto no lo podemos echar en saco roto. La edad media, en estos momentos, de nuestros profesionales de medicina de familia es 54 años, pero en este año se jubilan 203 profesionales; en el año dos mil veintidós, 247; dos mil veintitrés, 261; dos mil veinticuatro, 235; dos mil veinticinco, 173, y así hasta sumar 1.673 jubilaciones de médicos de familia en los próximos 10 años, hasta el dos mil treinta y uno, más del 60 % de los médicos que actualmente están trabajando en nuestro sistema. Este aumento de la edad media de nuestros profesionales también lleva aparejados otros problemas que repercuten clarísimamente sobre la asistencia sanitaria: la exención de... para realizar guardias a partir de los 55 años, lo que dificulta enormemente que podamos cubrir los turnos de atención continuada si no realizamos cambios, y un mayor aumento de las incapacidades temporales. En el COVID lo vimos, a partir de los 60 años, las posibilidades de tener la enfermedad eran más altas; bueno, pues también no COVID y también a los profesionales sanitarios. Lo que precisa que... también que existan mecanismos para poder apoyar y reforzar a estos profesionales cuando falten por enfermedad o por cualquier otro motivo y hacer frente al número insuficiente de especialistas que tenemos en medicina familiar y comunitaria.

Pero no solamente en esto, tenemos... globalmente, podemos tener en España un número de médicos suficientes, pero hay 18 especialidades que están en precario, y una de ellas es la medicina de familia y otra de ellas es la pediatría.

Por tanto, para afrontar de manera exitosa el desafío de reorganizar y reforzar, nos tenemos que plantear el por qué, cuáles son nuestros retos: tenemos mucha dispersión geográfica; tenemos pérdida de población en muchos... en muchos municipios; tenemos envejecimiento de la población; tenemos un aumento de no solamente enfermedades crónicas, sino de fragilidad, de pluripatología, en definitiva, de personas que son más dependientes; tenemos falta de especialistas en medicina de familia;



y un gran número de jubilaciones en los próximos años y una cobertura importante de incapacidades temporales; tenemos también nuevas necesidades; tenemos también nuevas carteras de servicio que tenemos que ofertar a nuestra población; y tenemos también nuevas herramientas tecnológicas. Por lo tanto, nuestros objetivos son claros: mejorar la calidad del sistema; responder a las necesidades sanitarias que tiene la población en la actualidad; mantener la accesibilidad y la equidad en prestación sanitaria de servicios para la ciudadanía; organizar de forma eficiente la dotación de profesionales para dar la respuesta más adecuada a las necesidades de la población; fomentar la promoción de la competencia profesional; aumentar la responsabilidad de los ciudadanos en su salud favoreciendo los autocuidados.

Y, por lo tanto, la reordenación de... y refuerzo de Atención Primaria y Atención Continuada suponen una gran apuesta. Hay cosas que tenemos que asegurar: la primera, que todo ciudadano de esta Comunidad tenga médico de familia y enfermera asignado. Es decir, que, no porque se haya jubilado un médico que tenía 50 tarjetas sanitarias, ahora le esté viendo cada día una persona diferente del equipo de Atención Primaria. No, todos y cada uno de nuestra población tiene que saber el nombre y los apellidos de su médico de familia y de su... y de su enfermera. Tenemos que aumentar la calidad de la asistencia. Hemos aumentado y vamos a aumentar la inversión, y vamos a conseguir ese pacto, ese objetivo, que teníamos de llegar al 20 % del presupuesto dedicado a la Atención Primaria. Vamos a crear más de 1.500 puestos de trabajo en el sistema sanitario, entre enfermerías, TCAE, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos de ambulancia. Vamos a hacer una inversión importante para intentar reforzar todo el sistema. Vamos a aumentar la equidad en el acceso a la atención sanitaria en situación de requerimiento urgente de atención. Es importantísimo, en una Comunidad como la nuestra, que tener un ictus tenga la misma posibilidad de supervivencia se esté produciendo en el pueblo más recóndito y más lejano como si se está produciendo en un centro... en el centro de una ciudad. Por lo tanto, esto es algo fundamental a la hora de responder a los... a las patologías tiempo-dependientes. Modernizar los PAC. Aumentar la resolutivez del sistema, entre otras cosas con el maletín digital. El maletín digital es un maletín que lleva a todos los rincones de la Comunidad todas aquellas prestaciones que podemos necesitar, como puede ser hacer un glucómetro, una química seca, un electrocardiograma. Todas esas pruebas que todos y cada uno deberían de poder tener... de nuestros pacientes poder tener acceso a ellos se va a hacer a través del maletín digital. Vamos a aumentar la conectividad, que va a ser el profesional conectado -eso ya se lo se... se lo he comentado-. Tenemos un problema de conectividad, y que el propio profesional lleve su ordenador, su móvil y su mifi a los diferentes rincones de nuestra Comunidad es una apuesta importante. Y aquellos más de 100 municipios que siguen teniendo problemas, se están planteando otras... otras, bueno, otras posibilidades de abordaje de la conectividad. Pero la conectividad es absolutamente clave para crear una auténtica red de atención en nuestra Comunidad.

En definitiva, lo que tenemos también como objetivo es hacer más eficiente el sistema mediante la eficacia de nivel. Si un esguince se puede atender en el... en un determinado centro de salud, en un determinado punto de atención continuada, no tiene que llegar a los hospitales, porque esto es lo que hace, quizá, al sistema más eficiente.

La cita previa ya ha sido instaurada en toda nuestra Comunidad. Es un elemento esencial a la hora de organizar el acceso a la asistencia, así como también



a la organización del trabajo de nuestros profesionales y sus agendas diarias. En el año dos mil diecinueve, 154 centros de salud y 244 consultorios disponían ya de cita previa. A finales del mes de julio, este número había aumentado hasta 197 centros de salud y 1.663 consultorios, estando 553 en tramitación. Pero la cita previa, desde luego, no es la única herramienta precisa para mejorar nuestra Atención Primaria, es solo un paso.

Atendiendo a las recomendaciones de las sociedades científicas, de los expertos, pero también atendiendo a lo que se está haciendo en otras Comunidades con características similares a la nuestra y con problemas muy parecidos, y en consonancia con las recomendaciones que figuraban en el informe del Consejo Económico y Social de Castilla y León del dos mil veinte con relación a la reconfiguración de la Atención Primaria y de cómo debe ser su desarrollo, disponemos de una estrategia clara de transformación de nuestra Atención Primaria que contiene las siguientes líneas de trabajo:

Modificaciones del mapa sanitario, entre zona. En estos momentos puede haber municipios de una zona básica que pueden pasar a formar parte de otra para mejorar la accesibilidad al sistema o que se deban crear nuevas zonas básicas de salud que permitan dar una mejor asistencia a ciertas zonas.

La redistribución de la población entre los profesionales, intrazona. Esta línea de trabajo cuenta con dos ejes principales de actuación: la primera es reordenar la población a atender por los profesionales con unos cupos óptimos, pero también garantizar que todo ciudadano, como he dicho antes, tenga siempre un médico de familia y una enfermera de familia asignados y de referencia. Ambas líneas de trabajo están muy relacionadas. Se están evaluando la redistribución de cupos, de forma que no queden cupos menores de 400 tarjetas por profesional, intentando que estos cambios se produzcan cuando haya cambios naturales en las plantillas, sin forzar, pero cuando estos cambios, de manera oportunista, se estén... se estén produciendo, y se pueda producir esta reordenación.

En estos momentos hay numerosas plazas vacantes, demarcaciones, muchas de ellas con una cantidad de tarjetas ínfima, que se cubren de forma rotatoria con personal de equipo de área o sustitutos, lo que limita en gran medida uno de los valores importantes de la Atención Primaria. Y uno de los valores importantes de la Atención Primaria, lo que la hace potente, es la longitudinalidad asistencial; es decir, que yo durante 15, 20, 30, 40 años mi médico de familia esté estable, excepto que se marche por razones propias. El que cada ciudadano tenga claro quién es su médico y enfermera, que sepa cada día si está en el centro de salud o pasando consulta en un determinado consultorio, va a permitir que se pueda garantizar asistencia más asiduamente, especialmente en aquellos municipios más pequeños de lo que se venía dando hasta ahora.

Transformar esas demarcaciones vacantes y con pocas tarjetas en otras demarcaciones con un profesional asignado y un cupo adecuado va a ser beneficioso para la población que atiende, pero además también vamos a crear nuevas plazas en categorías deficitarias, como son enfermería y administrativos, y valorando la incorporación, como he dicho antes, de otras profesiones sanitarias como fisioterapeutas.

La redistribución de las tareas entre los profesionales del equipo. Este apartado es extremadamente importante y atiende a los múltiples requerimientos de las



sociedades científicas de Atención Primaria, y es... y es reducir la burocratización de las consultas y permitir que los profesionales sanitarios, especialmente los médicos de familia, cuenten con mayor tiempo de consulta para la atención clínica a la población. Esta línea de trabajo cuenta con dos fases. En la primera, ya en marcha, se va a potenciar la gestión compartida a la demanda, incrementando plazas de enfermeras. Ya se ha puesto en marcha el Proyecto HADAS, que supone un incremento del personal administrativo, tanto en las áreas como en los equipos, para desarrollar todas aquellas tareas burocráticas que tienen relación con la actividad diaria, y extrayendo esta tarea de las... de las consultas de medicina y enfermería.

La mejora de la capacidad resolutive por parte de la Atención Primaria es algo en la que todos los expertos coinciden; mejorar su capacidad resolutive no solo agiliza los tiempos de diagnóstico y tratamiento, también evita el incrementar listas de espera y también desplazamientos innecesarios, que en una Comunidad tan extensa como la nuestra supone una clara mejora de la calidad de la asistencia, especialmente del medio rural. Para ello, ya se están llevando a cabo diferentes medidas. La planificación para la instalación de equipos de telepresencia en centros de salud que permita realizar interconsultas con especialistas de atención hospitalaria, agilizando el diagnóstico, evitando listas de espera y evitando desplazamientos. Ejemplo de ello son los programas de teledermatología, que están implantados ya en alguna zona y que se implantarán en toda la Comunidad en los próximos meses, o la telepresencia en áreas como pediatría o atención al ictus, que han demostrado muy buenos resultados y que también se va a extender hacia finales de la legislatura. Valoración del uso de maletines digitales, como les he dicho antes, para que los profesionales... les va a permitir llevar mayor y mejor equipo para aumentar la resolutive, tanto en los domicilios como en los consultorios. Los ecógrafos portátiles, que también serán de gran ayuda en el diagnóstico de algunas patologías.

La modificación en la Atención Continuada entre zonas e intrazonas. Estas líneas maestras deben verse complementadas con las modificaciones de las plantillas, incrementando sustancialmente algunas categorías como la enfermería, donde queremos conformar esta paridad entre médico-enfermera, creando un verdadero equipo asistencial. Pero también precisará de modificaciones normativas y, lo que es esencial, un aumento de presupuesto para mejora de infraestructuras y dotación. Para ello, todas nuestras gerencias de Atención Primaria, junto a los equipos de Atención Primaria, están evaluando zona a zona, demarcación a demarcación, aquellos lugares en los que en estos momentos, con los cambios demográficos o la falta de profesionales, pueda haber problemas para garantizar la asistencia, valorando actuaciones concretas que permitan garantizar que cada ciudadano de Castilla y León vaya a tener su médico y su enfermera asignada.

Además, estamos también claramente trabajando para reformar y construir nuevos centros de salud en todo nuestro territorio. Hace pocos meses inauguramos el centro de salud de Burgohondo, en la provincia de Ávila, el cual cuenta con unas instalaciones de primer nivel que van a permitir una mejora de la calidad de la asistencia. Pero seguimos trabajando para que en los próximos meses, y antes del final de la legislatura, los ciudadanos castellanos y leoneses puedan contar con nuevos centros de salud, tales como Calzada de Valdunciel, en Salamanca; el de Salas de los Infantes y García Lorca, en Burgos; el de Alaejos y de La Magdalena, en Valladolid; el de Bembibre, en El Bierzo; el de Parada del Molino, en Zamora; los de Ejido y



Sahagún y la... y la ampliación de San Andrés de Rabanedo, en León; o el de Madrigal de las Altas Torres, en Ávila.

Pero no toda la Atención Primaria posee retos a corto plazo. La organización de la Atención Continuada resulta necesaria e imprescindible para la mejora de la atención ordinaria. La organización de la Atención Continuada es uno de los grandes retos que tenemos de cara al final de la legislatura. De hecho, los grupos de expertos tuvieron intensos debates sobre este apartado. En una Comunidad tan gran y dispersa, con una densidad de población muy baja, especialmente en el medio rural, con una población envejecida, con mayor cronicidad cada año, equipos rurales cada vez con menos tarjetas sanitarias y equipos urbanos cada vez con mayores presiones asistenciales, además de con un problema de personal creciente, especialmente de médicos, hace que tengamos que reorganizar también la Atención Continuada y este aspecto es esencial.

La reforma de la Atención Continuada que pretendemos desarrollar pretende mantener la accesibilidad a la Atención Continuada; permitir el funcionamiento ordinario de la Atención Primaria, aumentar la resolutiveidad de la atención urgente en el primer nivel asistencial mejorando la calidad de la asistencia en procesos tiempodependientes; aprovechar al máximo las nuevas tecnologías para organizar la asistencia, mejorar su calidad y suplir los problemas de disponibilidad de profesionales.

Los pilares de actuación serán los siguientes:

Aumentar resolutiveidad de los puntos de atención continuada. Crear dos tipos de puntos de atención continuada: un punto principal que contará médico-enfermera, estando totalmente equipado, y una unidad de soporte vital básico; y puntos de atención vinculados, donde la enfermería va a jugar un papel esencial, y contará con una enfermera de equipo y una enfermera especializada en urgencias, y que estarán en contacto permanente con el PAC principal y su médico mediante telepresencia. Es decir, ampliamos la base geográfica, pero concentramos recursos para llegar a todos los... a todos los puntos.

La telepresencia va a ser uno de los pilares fundamentales. No solo estarán conectados PAC principales y PAC secundarios, sino que, a la vez, estos dos tipos de niveles asistenciales van a estar conectados con servicios de urgencias de los hospitales y el Centro Coordinador de Emergencias para poder atender aquellos casos más complejos con apoyo de otros especialistas.

El trabajo en red es absolutamente clave. Trabajo en equipo y en red va a ser fundamental en este nuevo modelo. Vamos a mejorar la atención a la patología tiempodependiente, añadiendo soportes vitales avanzados de enfermería, que van a depender del CCU, es decir, del Centro Coordinador de Urgencias, y son las que, en coordinación con ese centro y con el medio hospitalario, van a hacer esas primeras atenciones a las personas que estén en una situación de tener un problema tiempodependiente.

Y esta es el paso que queremos dar. El primer... el primer mapa, vemos cómo lo tenemos ahora. Es decir, cómo está distribuido, los puntos de atención continuada. Entonces, ahí se ve el cómo crecemos en helicópteros, cómo crecemos en puntos de atención continuada, cómo crecemos en uvis, cómo crecemos en soportes vitales básicos, de manera que peinamos toda la Comunidad para que haya muchos más recursos que nos permitan dar una resolutiveidad mayor al sistema.



En relación a la Atención Hospitalaria, vamos a seguir desarrollando las líneas estratégicas que se han puesto en marcha desde el inicio de la legislatura, vamos a seguir adaptando las carteras de servicio de todos nuestros centros y seguir potenciando las consultas de alta resolución y las unidades de diagnóstico rápido.

Actualmente todos los hospitales y centros de especialidades dependientes de Sacyl tienen implantadas consultas de alta resolución en determinadas especialidades y en determinados procesos. La consulta de alta resolución en Castilla y León beneficia tanto a pacientes nuevos como a pacientes en seguimiento, y permite que en una sola jornada el paciente sea valorado clínicamente, se realice la prueba indicada y se establezca el diagnóstico y la indicación terapéutica. Las especialidades que a día de hoy están realizando con más frecuencia las consultas de alta resolución se distribuyen en las siguientes áreas: en el área médica, alergología, cardiología, dermatología, hematología, medicina interna, neumología, oncología y reumatología; en el área quirúrgica, otorrinolaringología, oftalmología, ginecología, cirugía infantil y anestesia; y en el área materno-infantil, pediatría y obstetricia. En el año dos mil veinte, a pesar de la situación en la que estábamos, Sacyl atendió 176.841 consultas de alta resolución.

También, por otra parte, estamos trabajando para impulsar las unidades de diagnóstico rápido. Estas unidades están vinculadas básicamente a los servicios de medicina interna y están coordinadas con Atención Primaria y los servicios de urgencias hospitalarios. Se establecen como uno de los elementos imprescindibles para mejorar la atención de los pacientes en general, pero especialmente la de aquellos con una sospecha de enfermedad grave, para los que resulta fundamental garantizar una asistencia sin demora o una demora máxima de 72 horas, acortando los tiempos de estudio y tratamiento y garantizando una atención integral, de calidad, basada en atención compartida entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Se ha establecido un modelo común de UDR en todas las áreas de salud. En el año dos mil veinte atendieron 5.309 pacientes, que generarían un total de casi 15.000 consultas. El 83,4 % de todos estos pacientes, 5.300, fueron atendidos en menos de 72 horas desde que se les derivó a estas unidades, siendo la demora media de 48 horas. Este tipo de consultas destacó especialmente en enfermedades de aparato digestivo (22 % del total) y cánceres (21 % del total). También autoinmunes son algunas patologías, pero están clasificadas en piel o clasificadas en diferentes apartados.

Vamos a potenciar la telepresencia y la teleconsulta. En este ámbito ya se han desarrollado varios programas con un resultado muy muy satisfactorio. Uno de ellos es el de teledermatología. Ha permitido mejorar la accesibilidad de la ciudadanía a una especialidad en precario como es la dermatología, acortando los tiempos de espera y agilizando el diagnóstico. Este proyecto, los médicos de familia equipados de dermatoscopios y móviles con... con cámara de altísima resolución, valoran las posibles lesiones dermatológicas. En caso de duda, trasladan digitalmente al especialista en dermatología y atención hospitalaria, el cual a distancia valora esas imágenes y dice "esto es una queratosis seborreica", o "esto es un melanoma" y mándamelo inmediatamente. Es decir, ayudan y apoyan en el diagnóstico al médico de familia, y, sobre todo, en detectar qué es lo que tiene que llegar a la consulta. Por lo tanto, determina la derivación de la consulta, la espera correspondiente y, desde luego, limita los tiempos de diagnóstico. Tenemos previsto que este programa esté extendido en toda la Comunidad a finales de este año.



Hemos de ser conscientes de las ventajas que las nuevas tecnologías aportan a la hora de afrontar retos del sistema sanitario. La teleatención y la teleasistencia, por ejemplo, permiten una mejora de la accesibilidad de la población al sistema sanitario por barreras físicas o geográficas como demográficas (envejecimiento de la población y dependencia), laborales (personas que viajan por su trabajo durante la semana), sociales (ausencia de una red de apoyo familiar o social), económicas (dificultades de sufragar gastos, viaje al hospital y/o alojamiento, manutención en ciertas unidades de referencia fuera de la provincia del paciente), funcionales y brecha tecnológica, que se pueden resolver con recursos como la telepresencia, o al menos complementar con la base fundamental.

Hemos desarrollado proyectos en diferentes especialidades, como telepresencia y... con telepresencia y teleatención en Palencia, con telepediatría en Guardo y el Complejo Hospitalario, para acercar la pediatría ante la falta de pediatras; en Zamora, para agilizar las consultas en Atención Primaria en Benavente y la unidad de continuidad asistencial del Hospital de Zamora.

En el primer semestre de este año, tras los resultados satisfactorios de los diferentes proyectos de telepresencia y teleasistencia, se comenzó a elaborar los pliegos pertinentes de contratación y compra para que, durante el primer trimestre de dos mil veintidós, se vayan instalando y poniendo en marcha para toda la Comunidad sistemas de este tipo.

Estamos trabajando arduamente para reducir las listas de espera. Como saben, desde el inicio de la legislatura, tuvimos claro que este... que era preciso atacar las listas de espera en todas sus vertientes. Para ello, primero hicimos una auditoría de su estado para conocer el estado real de las listas de espera, y comenzamos a poner en marcha las primeras medidas para reducir la lista de espera, cuando apareció la pandemia COVID-19. Esta pandemia ha trastocado toda la planificación de este ámbito: por un lado, el aumento de la presión asistencial de nuestros centros sanitarios ha precisado la movilización de profesionales de consultas a planta, la ocupación de quirófanos y otras áreas, como la REA, para poder atender a pacientes críticos, así como una mayor demanda de pruebas diagnósticas; por lo que la lista de espera ha aumentado considerablemente tanto en la vertiente quirúrgica, en consultas externas como en pruebas diagnósticas. Este problema es global y no solo de nuestra Comunidad. Y en estos momentos, cuando la pandemia parece que empieza a remitir -y esperamos que sin nuevas olas-, tenemos que poner en marcha las líneas estratégicas para reducir la lista de espera, especialmente en prioridad 1, y también las demoras.

Un ejemplo. En el último corte, a nivel nacional, de diciembre del dos mil veinte, nuestra Comunidad estaba algo por debajo de la media nacional en las tasas de pacientes pendientes en la lista quirúrgica, 4,81 versus 4,94, siendo el máximo nacional 8,30 en Extremadura. Ligeramente por encima de la media, en el porcentaje de pacientes con más de seis meses en lista de espera quirúrgica, estábamos en 20,1 versus 18,8, máximo nacional, 48,9 en Castilla-La Mancha; y ligeramente por encima de la media en tiempo de espera, 119 versus 114, siendo el máximo también Castilla-La Mancha con 234.

La tercera ola también supuso una importante detracción de recursos hospitalarios, tanto de profesionales como de espacios quirúrgicos, para atender pacientes críticos, con lo que las altas listas de espera que poseíamos a finales de dos mil



veinte no se han podido comenzar a atajar hasta ya pasada la tercera ola, cuando hemos tenido una breve pausa para poder implantar las medidas. Desde el mes de abril, cuando la tercera ola permite volver a una cierta normalidad en los centros hospitalarios, se pusieron en marcha toda una serie de actividades dirigidas a reducir las listas de espera enmarcadas en el Plan POLE.

Entre estas actividades se encontraban el empleo y uso ordenado de recursos propios ordinarios; en caso de ser preciso, poder utilizar recursos propios de manera extraordinaria, aumentando contrataciones y mayores tiempos de utilización de equipos diagnósticos y de quirófanos; y solo, si el problema persiste y tiene un claro origen estructural, valorar la externalización de procesos para reducir la lista de espera. En estas semanas, el Plan POLE permitió rebajar de 152 días a 129 la demora media para una intervención quirúrgica en nuestra Comunidad, y que el 99,6 % de las prioridades 1, es decir de los pacientes que estaban operando y estaban etiquetados como prioridad 1, fueran operados antes de los 30 días preceptivos. En el caso de las consultas externas conseguimos reducir la demora de 113 días a 62 días, casi un 50 %. En cuanto a técnicas diagnósticas, se disminuyen las demoras en TAC, que pasa de 63 a 59 días; en resonancias magnéticas, que pasa de 204 a 136; y en ecografías, pasando de 77 a 64 días.

A finales de junio comienza la quinta ola y un aumento de los ingresos en planta y unidades de críticos, que suponemos volverá a tener impacto sobre el conjunto de las listas de espera -que esperamos sea el menor posible-, pero es uno de nuestros retos que tenemos hasta el final de la legislatura.

Seguir mejorando la dotación en infraestructuras y en tecnología sanitaria, para hacer más resolutivos nuestros servicios. Como bien saben, en estos momentos tenemos varios proyectos de gran envergadura en marcha y que pretenden mejorar la capacidad asistencial de nuestra red hospitalaria; quizá el más relevante, por su próxima fecha de inauguración, sea el nuevo hospital de Salamanca. El traslado de mobiliario y servicios, que se inició ya a finales del año pasado, ha continuado durante todo este año y este verano. En estos momentos se está produciendo ya los preparativos para el traslado de los servicios de hospital de día, los gabinetes, el servicio de diálisis, los servicios centrales, servicios de hospitalización, quirófanos, uci y urgencias. Esperamos que pronto... Yo creo que en esta semana me anunciaron que ya se iba a hacer la primera intervención quirúrgica traumatológica en... en ese quirófano, y les puedo asegurar que, si no lo han visto en imágenes, son absolutamente espectaculares. Esperamos que, tan pronto como todos estos servicios puedan ser trasladados, podamos inaugurar este gran centro sanitario, que va a poner a nuestra Comunidad como referente en el país.

También estamos avanzando en la construcción del nuevo hospital de Aranda de Duero, en el que estamos finalizando la supervisión del proyecto básico del hospital y redactando el proyecto de ejecución. Esperamos, este mismo año, contar con un proyecto completo del hospital. Y aquí decir que es un proyecto que está muy participado por los propios profesionales, y esto siempre es muy importante.

En cuanto al hospital de Soria, las obras de ampliación de la segunda fase se recibirán en el mes de octubre. Quedaría continuar con la reforma, que abarcará las zonas donde se instalará, en el futuro, la unidad de radioterapia satélite, vinculada a la de Burgos.



En cuanto al hospital de Palencia, tras los problemas surgidos con la empresa constructora, se está tramitando el modificado para adaptar las necesidades a la normativa y proceder a la licitación de las obras en cuanto se acabe este proceso.

También se están llevando a cabo actuaciones de reforma en diferentes servicios y unidades de hospitales: Ávila, León, El Bierzo o Segovia. Por ejemplo, en León están finalizadas y pendientes de recibirse las obras de la fase 1 de la ampliación y reforma del servicio de urgencias del CAULE; también están a punto de iniciarse las obras para el búnker de un acelerador lineal. El CAULE ha dado traslado ya a la propuesta de reforma de la uci del centro, que ha sido muy participada también por los profesionales. Es decir, que finalmente de los dos proyectos que había, ellos han decidido qué propuesta final hacen, y se ha hecho la... la remisión a servicios centrales y se está, en estos momentos, estudiando la propuesta. Lo que ha demostrado el CAULE es que han sido capaces de ser altamente versátiles en la utilización de sus espacios para acoger a pacientes críticos en los peores momentos de la pandemia. En este centro se van a construir también dos bunkers para radioterapia, que comenzará su obra el seis de septiembre, con una duración prevista de 10 meses. Luego, se deberá calibrar equipos, y esperamos que, lo antes posible, los ciudadanos de León cuenten con esta unidad.

En el Bierzo se está finalizando la instalación de una enfriadora y licitándose la reforma para la antigua sala de hidroterapia, que permitirá reubicar el servicio de diálisis.

En Ávila está ha iniciado la obra de la unidad satélite de radioterapia. Está finalizándose el proyecto y pendiente de licitar la obra para construir el nuevo helipuerto, para adjudicarlo y que comiencen los trabajos lo antes posible. También se ha reformado el almacén de farmacia, o está previsto que se ejecute en breve el forjado y adaptación de espacios para nuevos despachos.

En Segovia, en febrero finalizaron las obras de ampliación del servicio de urgencias y, actualmente, está en ejecución la reforma de las oficinas para el traslado de las unidades administrativas en el hospital.

Por otro lado, la prevención, detección y tratamiento del cáncer en nuestra Comunidad sigue siendo un compromiso importante de esta Consejería. En estos momentos, tenemos las cinco unidades previstas de radioterapia satélite en la Comunidad: Ávila, Soria, Palencia, el Bierzo y Segovia. Como saben, construir y poner en marcha estas unidades no es sencillo, ya que, además de las complejas especificaciones técnicas de estas unidades, debemos de contar también con la tecnología adecuada, con la seguridad adecuada y con los profesionales especializados. En este momento, la unidad más avanzada es la de Ávila, que está en fase de construcción y que pueda ser una realidad en los próximos meses, y desde luego que la podemos ver atendiendo a sus pacientes en el primer cuatrimestre de dos mil veintidós. Las unidades de Soria y el Bierzo están en el trámite de redacción del proyecto, y esperamos que vayan avanzando conforme a los plazos establecidos, para que se inicien los trabajos de construcción lo antes posible.

Gerencia de Emergencias. La Gerencia de Emergencias la verdad es que es absolutamente clave. El trabajo que hacen estos profesionales yo creo que es... es espectacular y, desde luego, vamos a apoyar mucho el desarrollo de esta Gerencia de Emergencias, y también de sus profesionales.



Hemos de señalar que en estos dos años no han sido sencillos para impulsar nuevos proyectos. La alta presión asistencial inicial se unió a un aumento de presión con la llegada de la pandemia, que ha centrado en gran parte de los esfuerzos de esta Gerencia. Pese a ello, se han realizado numerosas actividades para mejorar y reforzar el servicio de emergencias de Castilla y León.

Durante la pandemia, Emergencias Sanitarias de Castilla y León ha conseguido blindar el Centro Coordinador de Urgencias para que pudiera seguir atendiendo a las urgencias y emergencias; incluso ha creado un segundo centro coordinador para la gestión de la patología COVID, que en el momento actual está dividido en dos salas: una para la atención a los requerimientos de atención urgente y otro para la línea 900; también ha conseguido incrementar las unidades asistenciales para mantener en funcionamiento dos circuitos de atención y traslado de pacientes durante toda la pandemia.

Pese a la alta actividad, tanto en el año dos mil veinte como dos mil veintiuno, han conseguido superar las auditorías de calidad que certifica el sistema de gestión de calidad ISO 9001. De hecho, los tiempos de atención se han mantenido muy similares en estos meses de pandemia a la situación previa, dado al grandísimo esfuerzo realizado por la Gerencia en la organización de efectivos y, evidentemente, a los esfuerzos realizados por estos propios efectivos.

Además, ha iniciado el proceso de transformación tecnológico de la Gerencia de Emergencias adaptándose a los estándares de funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud. Entre otras actividades, ha conseguido integrar el Centro Coordinador de Urgencias con tarjeta sanitaria como primer paso para avanzar hacia el proyecto de historia clínica electrónica en movilidad; ese aspecto nos permite, en el momento actual, que cada vez que un ciudadano con tarjeta sanitaria de Castilla y León podamos ver la serología y la vacuna... y la vacunación COVID, pero en próximas fechas se podrá acceder al historial de patologías activas y medicación.

También se está trabajando en la funcionalidad de un nueva Unidad de Soporte Vital Avanzado con enfermería que depende de esta Gerencia; no sustituye a nada, es un recurso que se añade. Este proyecto tiene un pilotaje asistencial que se ha empezado en febrero de este año y que finalizó en agosto del dos mil veintiuno. En estos seis meses, el SVAE (soporte... la unidad de soporte vital avanzado) se ha activado en 115 ocasiones, siendo solventadas el 89 % de las activaciones por este recurso con colaboración con los médicos consultores. El mayor número de actuaciones resueltas tiene relación con patología cardiovascular –especialmente el dolor torácico– y patología neurológica –generalmente patología cerebrovascular–. Ninguno de los pacientes atendidos por este recurso falleció durante los traslados y el tiempo de respuesta medio es inferior a los 18 minutos, demostrándose un recurso óptimo complementario para la atención de patologías tiempodependientes.

Pero tenemos muchos más proyectos. Además de estos proyectos, desde la Gerencia Regional se está trabajando para actualizar el convenio de transporte sanitario que caducará el próximo año, en el que queremos aprovechar la ocasión para introducir nuevos recursos sanitarios, especialmente en la atención a la emergencia.

También vamos a seguir y... Bueno, aparte de esto, yo creo que, de la misma manera que hemos visto las necesidades de introducción de cambios en salarios de determinadas profesiones, el tema de Emergencias Sanitarias, desde luego, está encima de la mesa.



Vamos a seguir trabajando para desarrollar la Estrategia Autonómica de Enfermedades Raras, cuyos trabajos se iniciaron antes de la pandemia, así como la Estrategia Autonómica de Salud Mental, que está a la espera del marco que pueda darnos la estrategia nacional, que está todavía pendiente de aprobación por el Ministerio de Sanidad, y que esperamos en este trimestre pueda ver la luz tras las sugerencias. Ellos nos mandaron el borrador, hemos hecho varias sugerencias y, una vez que estén recabadas todas las sugerencias, harán el cierre del documento.

Por ejemplo, enviamos la sugerencia de incorporar una evaluación de la estrategia previa, establecer indicadores claros y concisos para la evaluación de la estrategia (y las estrategias no es hacer documentos, las estrategias es hacer documentos, ponerlas en marcha y evaluar si funcionan y ver el impacto que tienen) y para eso hay que tener en cuenta elementos relevantes en la salud mental también como la psicogeriatría, atención a la salud mental en el medio rural, la mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental o el abordaje de trastornos de especial incidencia en la población infantojuvenil. También estamos desarrollando la Estrategia Autonómica de Enfermedades Raras.

Pero la asistencia sanitaria es sólo parte de todo el trabajo que realiza nuestra Consejería y la Gerencia Regional; sin profesionales suficientes, sin sistemas de información adecuados, sin infraestructuras adecuadas, no podemos brindar la asistencia sanitaria que merecen nuestros ciudadanos. Por ello, también tenemos diferentes líneas de trabajo hasta el final de la legislatura como es la actuación en los profesionales.

En materia de profesionales, como les he señalado en varias ocasiones a lo largo de esta comparecencia, uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos tanto en Castilla y León como en el conjunto del Sistema Nacional de Salud es a una escasez de profesionales, acuciante en 18 especialidades, pero que amenaza con profundizarse en los próximos años si no se toman medidas correctoras de calado en el corto y medio plazo.

En estos momentos todas las Comunidades, tal y como se ha puesto de manifiesto en el Consejo Interterritorial en varias ocasiones, ya tenemos graves problemas a la hora de poder cubrir plazas en determinadas especialidades como medicina de familia, pediatría, anestesiología y reanimación, microbiología, traumatología, radio-diagnóstico, hematología y hemoterapia, por... por comentar algunas. De hecho, esta escasez de profesionales sanitarios no sólo concierne ya a especialidades médicas; hemos comprobado durante la pandemia cómo también la enfermería ha sido uno de los factores limitantes de actuación dada su alta demanda en los cuidados hospitalarios y en sus numerosas funciones en la Atención Primaria (vacunación, rastreo, sistemas de detección, PCR, antígenos).

La falta de planificación global a la hora de formar nuevos profesionales, las jubilaciones que se han producido en los últimos años, el éxodo de algunos de nuestros profesionales a terceros países o la creciente competencia con la medicina privada son algunos de los elementos que han determinado esta escasez de profesionales suficientes para dar cobertura a todas las plazas que precisamos. En estos momentos tenemos, claramente, un problema de oferta y demanda: ofertamos muchos más puestos de trabajo que personal tenemos para contratar. Y esto, evidentemente, es algo con lo que tenemos que acabar. Y esto yo lo he repetido hasta la saciedad en todos los Consejos Interterritoriales, si bien es cierto, en recientes fechas la ministra



me escribió una carta adquiriendo el compromiso de apoyarnos no solamente en el incremento, sino en las acreditaciones, para que se pudieran hacer efectivo el incremento que solicitamos.

Desde la Consejería de Sanidad siempre hemos tenido claro que había dos estrategias básicas que teníamos que implementar a medio plazo, que pudiéramos... para mejorar la disponibilidad de los profesionales: una es mejorar la estabilidad laboral y disminuir la precariedad laboral dentro del sistema, a través de los concursos de oposición y ofertando los contratos, los mejores que podamos; y aumentar la formación de nuestros profesionales sanitarios, que puedan entrar a formar parte del sistema, e ir reponiendo las jubilaciones, permisos o bajas por incapacidades laborales que se puedan producir.

En el primer apartado hemos conseguido un gran logro en estos dos años, pese a la enorme presión que... a la que hemos estado sometidos con la pandemia y que ha... yo creo que ha presionado duramente a la Dirección General de Profesionales, a la que quiero... -a ella, a la directora y a todos sus directores técnicos, jefes de servicio y los técnicos que trabajan allí- darles las gracias porque, evidentemente, ha sido un proceso muy arduo en un momento muy difícil. Se ha instaurado un sistema de concurso-oposición y concurso de traslado abierto y permanente. Sólo en el año dos mil veinte participaron más de 9.700 profesionales en estos concursos, adjudicándose 1.440 plazas en diferentes categorías profesionales e, incluso, atrayendo a 75 profesionales de otras Comunidades a nuestro sistema. La estabilidad laboral es un elemento importante a la hora de fidelizar profesionales.

En cuanto al segundo apartado, en esta Comunidad hemos aumentado de manera significativa las plazas acreditadas para formar especialistas en todas y cada una de las convocatorias que el Ministerio de Sanidad ha ido habilitando. En el año dos mil diecinueve se ofertaron 576 plazas de formación especializada en nuestra Comunidad; en el año dos mil veinte aumentamos hasta 631 plazas; y en el año dos mil veintiuno hemos propuesto aumentar estas por encima... a niveles de 782 plazas, y esto está pendiente de aprobación por el Ministerio de Sanidad. Tenemos que dar una respuesta a la.. a este desbalance entre oferta y demanda, y no lo podemos hacer de ninguna otra manera que formando más especialistas en esta Comunidad.

El pasado veintinueve de julio tuvo lugar un Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial en el que alerté de la necesidad de que se tomaran medidas urgentes y de calado en cuanto a la planificación de formación de nuevos especialistas. Un porcentaje muy elevado de profesionales va a jubilarse en los próximos años, como ya hemos dicho, en todo nuestro país, y no estamos formando a la velocidad suficiente para poder cubrir la reposición de esas plazas, así como otras nuevas que vamos necesitando. Pero este asunto, desde luego, yo creo que es preciso repensar todo el sistema de formación de profesionales sanitarios, desde la EBAU, hasta las plazas de formación que se están ofertando en las universidades, tanto en los grados de Medicina, Enfermería, Fisioterapia. Es preciso que todas las Comunidades actuemos sobre este gran reto y que, desde luego, en el caso de sanidad esté volcado hacia las necesidades que tiene el sistema sanitario; nos afecta a todos por igual.

Por nuestra parte, vamos a seguir acreditando nuevas plazas formativas, nuevas unidades docentes, especialmente en el medio rural y hospitales comarcales -queremos incluirles en la red de docencia; se aprende mucha medicina en ese



medio y se puede aprender mucho con profesionales que están trabajando allí-, y proponemos acreditar hospitales como Miranda de Ebro, Aranda de Duero y Medina del Campo para la formación de especialistas, sobre todo en los... de especialidades más generalistas (medicina interna, traumatología o cirugía), sin olvidar las rotaciones externas fuera, como unidades asociadas con otros hospitales.

También somos conscientes de que es necesario mejorar las condiciones laborales de nuestros profesionales. Por ello, en estos dos años hemos puesto en marcha diferentes medidas para mejorar las condiciones laborales de nuestros mirales como velar por la correcta supervisión y tutorización de los residentes, mejorar los programas de fidelización y publicarlos con suficiente antelación o, por ejemplo, incrementar el complemento de Atención Continuada por guardias de presencia física hasta la media nacional.

Pero también hemos mejorado las condiciones laborales de las enfermeras, incrementando los complementos específicos de enfermeros y enfermeras especialistas tanto de Atención Primaria como Atención Hospitalaria y Emergencias Sanitarias, que comienzan a tener efecto a partir de este mes. Esperamos, en estos dos años que quedan de legislatura, poder seguir mejorando las condiciones de otros profesionales sanitarios. He comentado Emergencias, pero, evidentemente, no son los únicos.

También vamos a seguir trabajando para fidelizar a aquellos profesionales que acaban su formación en nuestra Comunidad. Este año publicamos una oferta de 395 contratos de larga duración, de entre 2 y 3 años, para fidelizar a estos especialistas, si bien solo una parte escogió estos contratos de 2 y 3 años, pero conseguimos contratar a 217 de... de los 347 especialistas mediante otro tipo de contratos que se ajustaban más a sus deseos y a sus propias necesidades personales. Pero, repito, tenemos un problema importante de oferta y demanda, ofertamos mucho más que demanda tenemos.

Otra línea estratégica en el área... en el área formativa será la incentivación de tutores. Podemos tener plazas acreditadas y ocupadas, pero, sin tutores que formen a nuestros futuros especialistas, la calidad de la formación se verá resentida. Un tutor con ganas, con ilusión, es capaz de formar muchos mejores especialistas y, en el medio plazo, eso repercute en la calidad de la asistencia sanitaria.

En el área de profesionales también vamos a seguir trabajando por integrar a los profesionales de Atención Primaria de área en... en equipos. La reordenación que hemos comentado previamente servirá también para ofrecer cupos concretos de equipos de profesionales de área para ir disminuyendo su número paulatinamente.

También vamos a trabajar para aprobar una nueva Estrategia de Prevención de Riesgos Laborales que permita adecuar y actualizar este área.

La digitalización del sistema sanitario. Los profesionales sanitarios por sí solos no siempre son capaces de atender todas las necesidades sanitarias de nuestros ciudadanos, también precisan disponer de la mejor información sobre las personas a las que atienden, equipamiento médico moderno que permita mejorar los diagnósticos y los tratamientos, así como nuevas herramientas que faciliten su trabajo en el día a día. Los sistemas de información y las nuevas tecnologías son claves a la hora de dar una asistencia sanitaria de calidad.

En este... en este ámbito, hay dos direcciones generales de la Gerencia Regional de Salud que tienen un gran peso, que es la Dirección General de Sistemas de



Información, Calidad y Prestación Farmacéutica, así como la Dirección General de Infraestructuras y Tecnologías de la Información.

Una de nuestras grandes obsesiones, por llamarlo así, desde el inicio de la legislatura fuera que todos nuestros centros y servicios tuvieran sistemas de información interoperables y compatibles para... puesto que consideramos clave que el profesional que atiende a un paciente disponga de la mayor información posible. En este sentido, señalar que desde el inicio de la legislatura se ha producido un avance importantísimo en materia de interoperabilidad de sistemas de información y la actualización de los ya existentes. Por ejemplo, durante la pandemia se ha trabajado duramente para que los servicios de Salud Pública, así que los... así como los programas de la Gerencia Regional de Salud se monitorizaran los resultados de las pruebas PCR y que esto fuera compatible y se pudiera extraer datos fácilmente.

Desde el inicio de la legislatura estamos trabajando en el Observatorio regional de Sacyl, que se convierta en un observatorio referente en nuestro país. En estos momentos pueden consultarse datos actualizados trimestralmente sobre Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Emergencias. Sin embargo, nuestra intención es que, cuando acabe la legislatura, este observatorio cuente con un sistema de indicadores de actividad, de indicadores de resultados y desempeño que permita saber qué hacemos, cómo lo hacemos, dónde lo hacemos y qué resultados obtenemos. Estamos para ello trabajando con diferentes sociedades científicas, que configuran FACME, para desarrollar y definir estos indicadores y poder comenzar a recopilar información y publicarla lo antes posible. Un sistema sanitario que no sabe lo que hace, cómo lo hace y no devuelve *feedback* a sus profesionales es un sistema sanitario que no puede mejorar.

Otros elementos en los que estamos trabajando de manera intensa es en el SIL corporativo, en el Sistema de Información de los Laboratorios, de nuestra Comunidad, que va a permitir también una mejor y más rápida comunicación entre centros y laboratorios.

El Portal de Datos BISION, actualmente se está trabajando en varios grupos de indicadores, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria (bloque quirúrgico, consultas externas, urgencias, hospitalización, CMBD) en diferentes fases en los distintos grupos. La previsión de fecha para la publicación de los primeros indicadores y primeros conjuntos de datos abiertos es el tercer trimestre de dos mil veintiuno.

En cuanto a la modernización de nuestros equipamientos médicos, aquí debemos señalar que tenemos intención de mejorar los recursos tecnológicos tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria y Emergencias.

En Atención Primaria ya hemos dicho que queremos mejorar la resolutiveidad de nivel, no sólo dotándoles de las mejores herramientas, sino también haciendo que los profesionales de Atención Primaria puedan tener acceso... puedan tener acceso a la historia clínica del paciente ya sea en el propio domicilio o en el consultorio, cuando corresponda. Para ello, se están distribuyendo equipos portátiles con conexión a internet que van a permitir conectar a los profesionales en todo momento y en todo lugar, en vez de estar dependiendo de que exista o no conexión en el consultorio de turno; ahora va ser el profesional quien lleva la conexión incorporada. En estos momentos ya se están configurando todo este equipamiento para su entrega a los profesionales sanitarios y esperamos que a partir de este mes puedan ir distribuyéndose a todos los profesionales.



Pese a ello, también se ha seguido trabajando en mejorar la conectividad de los consultorios. En el año dos mil veinte se conectaron a la red de Sacyl 420 consultorios, sumando un total 1.920 consultorios conectados, que suponen el 92 %... el 92,4 % de la población que utiliza este tipo de centros.

Fondos UE. Como alguno de los grupos parlamentarios ha solicitado información en relación al uso de los fondos europeos, quisiera explicarles el uso que tenemos pensado dar a estas cuantías.

Los fondos NEXT GENERATION de la Unión Europea, dentro del cual hay dos grandes fondos: los Fondos REACT-EU y el Fondo vinculado al Plan de Recuperación, Resiliencia y Transformación de la UE. Con estos fondos pueden financiarse al 100 % proyectos cuyo gasto esté comprendido entre el uno de febrero del dos mil veinte y el treinta y uno de diciembre del dos mil veintitrés. Castilla y León ha recibido 415,5 millones de euros, de los cuales, en la programación inicial, se ha asignado a la Gerencia Regional de Salud 84,67 millones. Estos fondos se van a invertir en estos dos próximos años en numeroso equipamiento: en mesas de anestesia, resonancias, TAC, actualización de respiradores, unidad de biocontención del Río Hortega, aceleradores lineales de radioterapia.

La atención hospitalaria. En estos próximos meses se va a producir una renovación de equipamiento muy importante, en... en parte gracias a los fondos REACT-UE, pero también gracias a la planificación que la Gerencia Regional de Salud había ya establecido. Desde la Consejería de Sanidad y la Gerencia hemos invertido en cinco nuevos aceleradores lineales, que van a permitir mejorar los tratamientos oncológicos de nuestra Comunidad. Se van a renovar dos ya existentes, el del Hospital Clínico de Valladolid y uno del Hospital de Salamanca, adquiriéndose tres más: Ávila, Salamanca y León. Se van a renovar doce TAC en diferentes provincias. También vamos a renovar dos resonancias magnéticas: una para Salamanca y otra para el Hospital Clínico de Valladolid; y se ha adquirido una resonancia de tres teslas para el Hospital Universitario Río Hortega, de Valladolid; siete gammacámaras; tres angiógrafos vasculares; un angiógrafo de Neurocirugía y, a mayores, vamos a incorporar dos angiógrafos vasculares para León y Segovia.

En cuanto a los PET-TAC, a los dos que ya teníamos en funcionamiento en nuestra Comunidad (Salamanca y Burgos), ahora vamos a añadir tres nuevos PET-TAC que van a mejorar sustancialmente la calidad y agilidad en el diagnóstico de enfermedades complejas: un segundo PET-TAC para Salamanca, uno para el Hospital Clínico de Valladolid y otro para León. De esta forma, se mejora enormemente la accesibilidad a este tipo de pruebas para todos los ciudadanos, evitando numerosos desplazamientos. La cuantía total que vamos a destinar a la renovación y adquisición de nuevos equipos es muy elevada, ascendiendo a 37.301.645 euros.

Durante estos dos años también se ha trabajado intensamente para mejorar la información y procedimientos a los que se pueda tener acceso desde la *app*... de la *app* de Sacyl Conecta. Esta aplicación, como tal, no existía hace dos años, ya que había una aplicación denominada Cita Previa que solo tenía esta funcionalidad. En estos dos años se han producido grandes avances no solo en sus funcionalidades sobre Cita Previa, sino también sobre otras posibilidades.

Las mejoras introducidas en relación a la cita previa han sido numerosas. Se han incorporado nuevos centros y consultorios; se han abierto agendas adicionales en



centros, como por ejemplo, para extracciones; se han incluido la posibilidad de solicitar atención por motivos administrativos a fin de reducir la entrada de llamadas a los centros y dejar las líneas más despejadas; se ha añadido la posibilidad de solicitar consulta presencial o no presencial tanto para medicina como para enfermería; y también se han añadido posibles motivos de consulta para ordenar esa... esa mejor atención.

En cuanto a otras funcionalidades, el año pasado incluimos la posibilidad de poder obtener la hoja de medicación y pauta de anticoagulación, obtener el resultado de las pruebas COVID realizadas en Sacyl, obtener informes de resultados de laboratorios de análisis clínicos de nuestros centros y obtener el informe de historia clínica resumida de Atención Primaria.

En este año se han incluido el informe de vacunación Sacyl de todas las vacunas que se nos han administrado, la posibilidad de obtener el justificante de incapacidad temporal y antes del verano se añadió la funcionalidad de poder obtener los certificados COVID de la Unión Europea de recuperación, pruebas y vacunación. También se ha incorporado la capacidad de notificar la obtención de un resultado positivo tras la realización de un autotest COVID con una prueba adquirida en farmacia.

Queremos que la *app* Sacyl Conecta sea una herramienta fundamental a la hora de que el ciudadano se relacione con el sistema sanitario. Evidentemente no la única, pero quien lo pueda utilizar lo utilice con todas sus prestaciones y pueda tener acceso a su información clínica.

Su utilización, desde luego, está siendo muy elevada. De enero a agosto, 5,76 millones de usuarios han descargado su hoja de medicación; 233.717, sus pautas de anticoagulación; 560.000, sus resultados sobre pruebas COVID; más de 6.000.000 de informes de vacunación; 1,53 millones de informes de incapacidad temporal; y 1,72 millones de certificados UE COVID, de los cuales 1,53, como he dicho, sí... efectivamente; y luego, 148.000 resultados de pruebas; y 38.794 de recuperación.

La necesidad de... de responder... de repensar nuestro modelo asistencial a todos los niveles es algo que es común a todas las Consejerías de Sanidad en este... en este momento, porque el problema es común. Si los problemas son comunes, tenemos que intentar tener actuaciones comunes.

La necesidad de repensar, como decía antes, nuestro modelo en todos los niveles, la necesidad de aumentar la formación de profesionales y mejorar su fidelización, la necesidad de mejorar la calidad de la asistencia en las zonas de mayor despoblación o cómo aplicar las nuevas tecnologías para mejorar la asistencia que debemos a nuestros ciudadanos son retos que nos preocupan, pero, desde luego, no nos preocupan solo a Castilla y León, porque nos afectan a todos. Hay otras... todas, yo creo que prácticamente todas las Comunidades Autónomas, están en este momento con el mismo problema.

Para tener medidas comunes y mayor capacidad de acción, el próximo martes iba a tener lugar una conferencia interautonómica en Soria, en la que participarían la Consejería de Sanidad de Aragón, Castilla-La Mancha y Castilla y León, para poner en común las estrategias que estamos llevando a cabo en estos ámbitos. Esta misma mañana nos ha comunicado el consejero de Castilla-La Mancha que tiene un compromiso ineludible con su Gobierno y que nos va a proponer cambiar la fecha, pero de una manera cercana; es decir, en este mes este tema lo tenemos que abordar. Las tres Comunidades consideramos que es esencial mejorar la colaboración de cara a poder hacer frente a estos... a estos retos.



Queremos dar una atención de calidad a toda nuestra población y hay problemas que nos afectan a todas las Comunidades por igual, independientemente del partido o partidos de Gobierno de esta Comunidad. Es bastante curioso cuando uno lee la prensa nacional, que le dicen a la... al consejero correspondiente las mismas cosas que me dicen a mí, que si desmantelamos la... la Atención Primaria, que si no tenemos médicos, etcétera, etcétera; y esto está pasando en toda España.

Por lo tanto, el otro día, en el Consejo Interterritorial de esta semana, es una postura que... que manifestamos todos a lo largo de este... de todos estos meses, y la ministra de Sanidad ha reactivado, afortunadamente, el desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria, que ya Luisa Carcedo había puesto en marcha anteriormente, y hay que reactivarlo, pero yo creo que ya no tanto análisis, porque yo creo que los análisis los tenemos hechos absolutamente todos, sino cuáles son las mejores acciones, las acciones de más éxito que podemos poner en marcha todos en Atención Primaria.

Todos tenemos el mismo contexto de la falta de especialistas, todos tenemos la necesidad de reordenar nuestro sistema sanitario. Por lo tanto, es para todos un reto común en el Sistema Nacional de Salud. Y, por lo tanto, todos consideramos que la Atención Primaria es el eje central del sistema y, si la Atención Primaria falla, nuestro Sistema Nacional de Salud, que es bueno y que tiene muy buenos indicadores, puede fallar. Por lo tanto, también comentábamos varios en esa... en esa conferencia internacional, en ese... en esa reunión del Interterritorial, que la unidad de acción política en estos asuntos debería de ser un compromiso de todos.

Pero, evidentemente, para tener un sistema público de salud también hay una parte esencial que... que hemos visto que ha sido vital durante este... estos tiempos, que es la salud pública.

Podemos aseverar que durante estos dos años la salud pública ha adquirido un protagonismo visible, poniendo de manifiesto la extraordinaria importancia que tiene en el conjunto del sistema sanitario. Si recuerdan al inicio de la legislatura, apareció un importante problema de salud pública, que era la carne mechada, que supuso cientos de afectados en todo el país. Posteriormente, se dieron casos de botulismo asociados a alimentos conservados en mal estado también en todo el territorio nacional, así como otras alertas relativas a tularemia, a salmonelosis, o fiebre del Nilo. Sin embargo, el coronavirus ha sido, con mucho, el mayor reto al que nuestros profesionales de salud pública han tenido que hacer frente en su carrera. Quiero, desde luego, aprovechar hoy también para agradecerles su inmensa labor, su dedicación constante, su trabajo durante la jornada ordinaria, pero también por la noche y en fines de semana.

La salud pública siempre se ha visto relegada por otras necesidades del sistema más aparentes y de resultados más visibles, pero esta pandemia nos ha enseñado lo importante que es un sistema de salud pública bien engrasado, con profesionales suficientes, para lo que debemos de formar más especialistas en medicina preventiva y, por ende, lo hemos pedido, contar con sistemas de información ágiles -han sido capaces de montar sistemas de información para todo el tema del COVID absolutamente extraordinarios y muy veloces- y que nos permitan alertar de una manera temprana, monitorizar adecuadamente y facilitar la información con la suficiente calidad para hacer una correcta toma de decisiones.



Para todo ello, además de todas las mejoras que hemos implementado en todos estos meses, vamos a poner en marcha una estrategia de salud pública que aumente los... los recursos disponibles en esta área, mejore aún más sus sistemas de información y potencie la salud pública al sitio que le corresponde. Pero también programas y estrategias específicas que refuercen esta área, como es el aumentar el número de profesionales dedicados a la salud pública; aumentar la capacidad de la red de alertas en salud pública para que los servicios oficiales de salud pública presen servicio de manera continuada con todos sus efectivos y para todo tipo de alertas; seguir potenciando programas de detección precoz de cáncer y consejo genético; incluir nuevas enfermedades en los programas de detección precoz de enfermedades congénitas; reordenar horarios de jornadas extraordinarias de los servicios de vigilancia en los mataderos; potenciar la sanidad ambiental, mejorando el control sobre el gas radón y programas destinados a controlar la calidad del agua, con nuevos programas de vigilancia de agua de consumo humano y de la gestión de la calidad de las aguas de baño; también regularemos las condiciones higiénico-sanitarias de la seguridad en piscinas; seguir avanzando en el nuevo mapa de oficinas de farmacia, donde se abrirán nuevas oficinas, especialmente en el ámbito urbano; mejora de la red de laboratorios de salud pública con una mayor especialización, mejora del equipamiento y optimización de recursos.

Aun así, he de señalar que todavía queda trabajo por hacer para que todas las Administraciones podamos enfrentarnos con garantías a una pandemia como la que hemos vivido. Se hace urgente que el Poder Legislativo trabaje para darnos un marco, para actualizar la Ley General de Salud Pública. Hemos comprobado cómo, fuera del estado de alarma, el paraguas jurídico con el que las Comunidades Autónomas hemos contado ha limitado nuestra capacidad de actuación. Debemos aprender de nuestras limitaciones y trabajar por superarlas, especialmente en los momentos en los que tenemos urgencia y las prisas... ahora mismo hay menos urgencia y las prisas no apremian, pero tenemos que tener preparado el futuro; porque, si no nos damos cuenta que esto nos puede volver a pasar, podemos volver a tener situaciones graves.

El sistema sanitario, avanzado y con prestaciones muy avanzadas... tenemos un gran sistema sanitario, que oferta lo máximo en alta tecnología y a procesos muy complejos, pero que también oferta lo máximo en prevención y promoción de la salud, en un sistema sanitario con altas necesidades de financiación. Un sistema que no está financiado adecuadamente no puede hacer frente a los retos que se le presentan.

El año dos mil veinte, con la llegada de la pandemia, supuso un ejercicio presupuestario en el que se realizó un importante esfuerzo presupuestario por parte de la Junta de Castilla y León en materia sanitaria para poder cubrir todas las necesidades derivadas de la misma. Si el presupuesto inicial era algo mayor a 3.500 millones de euros, el presupuesto final ejecutado ascendió a cuatro millones... a 4.835 millones de euros, es decir, 1.260 millones... millones a mayores.

Ya que algunos de ustedes se ha interesado en anteriores ocasiones sobre el uso de los fondos COVID transferidos por el Estado, he de señalarles que, de esos 1.260 millones, 634,5 provenían del Gobierno de España, la mitad. Esos 634 millones de euros se han utilizado para sufragar tanto costes directos, 397 millones, como costes indirectos, 237,5 millones, entre ellos, los gastos derivados de la ejecución



de los planes de contingencia puestos en marcha en todos los centros de Atención Primaria, hospitales y Emergencias Sanitarias de la Gerencia Regional, donde se incluyen los gastos de personal sanitario y los gastos en productos sanitarios: equipos de protección individual, pruebas diagnósticas, las inversiones sanitarias en infraestructuras y equipamiento COVID o el gasto en farmacia hospitalaria, entre otros.

Desde el inicio de la legislatura, hemos sido conscientes de lo que he comentado anteriormente: un sistema sanitario sin suficiente financiación no puede atender correctamente a sus ciudadanos. En base a esta creencia, el presupuesto del año dos mil veintiuno de la Consejería de Sanidad aumentó en 777,9 millones de euros, un 22 % más que el anterior presupuesto, hasta los 4.633 millones de euros, lo que supone un 45,18 % del total de Presupuesto de Castilla y León y el 7,58 % del PIB, el mayor... desde luego, el mayor presupuesto de la historia de esta Consejería. Con este aumento presupuestario pretendíamos cubrir el gasto real del servicio público de salud de Castilla y León, garantizando la sostenibilidad económica del sistema de salud de Castilla y León y siguiendo... bueno, y mejorando las apuestas que tenemos pendientes de conseguir, como puede ser ese 20 % para Atención Primaria.

Los logros. Señoría... señorías, tenemos mucho que hacer todavía por delante; quedan algo menos de dos años para ello, y esperamos que la pandemia COVID comience a disminuir su intensidad para dejarnos trabajar en proyectos de calado que puedan transformar este sistema sanitario. Pero he de decir aquí que en estos dos años no hemos cesado de trabajar ni de avanzar en asuntos que considerábamos esenciales y que debemos cambiar si queremos apostar firmemente por un sistema sanitario público de calidad, sistema sanitario público de calidad.

Pero considero que, en estos dos años de legislatura, el equipo de la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud hemos conseguido unos logros que debo mencionar:

Se ha producido una reorganización del sistema sanitario y adaptación del mismo a la pandemia COVID nunca vista. Todos los niveles asistenciales, todos los profesionales, han dado lo mejor de sí mismos para hacer frente a este desafío. En un momento determinado de la pandemia teníamos a 2.700 personas ingresadas en los hospitales; es decir, que teníamos la mitad de las plazas hospitalarias ocupadas por una sola patología. Teníamos, inicialmente, 166 camas de uci, y llegamos a tener más del doble en personas con necesidades de unidades de críticos. Esto obliga a hacer una reordenación completa del sistema, y se ha hecho. ¿Por qué? Porque es un gran sistema sanitario, porque es... ha demostrado su plasticidad, y sus profesionales lo que han demostrado es su enorme compromiso.

En el segundo punto, en este hemos creado y mantenido una reserva estratégica de equipos de protección individual y equipamiento médico, que nos permite hacer frente a esta y a futuras pandemias; no vamos a tener ningún otro problema por no tener una reserva estratégica de equipos de protección individual para nuestros profesionales.

Hemos mantenido una información transparente y actualizada sobre la gestión de la pandemia, no solo en las diferentes comparencias que se han realizado durante los estados de alarma en esta Comisión, sino también con más de 150 ruedas de prensa que hemos realizado al respecto y con un portal de datos abiertos, que, con gran trabajo de los profesionales de la Consejería y la Gerencia, hemos ido actualizando a diario durante 18 meses.



La pandemia también ha supuesto un reto para nuestros servicios normativos. A este respecto, quiero dar las gracias a la Secretaría General y a la Dirección General de Salud Pública, y a sus equipos jurídicos, por el intenso trabajo que han desempeñado durante meses, con la redacción de normas, decretos y acuerdos. La Consejería de Sanidad ha elaborado tres decretos leyes, más de 80 acuerdos y más de 60 órdenes en estos meses; un trabajo normativo ingente, y que ha demostrado la gran capacidad de nuestros jurídicos.

Se ha creado el Plan Persona, que será el eje central de la humanización de nuestro sistema, y que presentaremos en pocas semanas.

Se ha puesto en marcha programas de teleasistencia y telepresencia, que han sentado las bases y mejoras para las grandes reformas que se van a acometer en estos meses venideros: teledermatología en el área del Bierzo, en Miranda de Ebro, en el HUBU y en Salamanca, que se están implantando en toda la Comunidad en los próximos meses; telepresencia en áreas como pediatría o atención al ictus, que han demostrado muy buenos resultados, y que también se van a extender hasta finales de legislatura.

Se ha puesto en marcha un convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Cantabria para que se puedan atender a la población del norte de la provincia de Palencia y Burgos en el centro sanitario Tres Mares de Reinosa, mejorando la accesibilidad de este área a servicios sanitarios. En estos momentos, también estamos trabajando en un convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma del País Vasco para colaborar en materia de atención sanitaria (Primaria, Hospitalaria y Emergencias), así como en materia de transporte sanitario o formación, entre otros, que puedan beneficiar a los ciudadanos de nuestra Comunidad que colindan con la Comunidad vasca.

Mejoras organizativas para la Atención Primaria, instaurando la cita previa y la gestión compartida de la demanda, que, junto a la transformación del mapa sanitario y la mejora de la resolutiveidad de nivel, serán esenciales para una Atención Primaria de calidad.

Actualización y publicación de la cartera de servicios de Atención Hospitalaria, para poner a disposición de los ciudadanos de Castilla y León el catálogo de prestaciones disponibles en cada hospital de Sacyl, ajustados a nivel, y que permite un mejor funcionamiento de la red de derivaciones para determinadas prestaciones o técnicas.

Se ha creado el Comité Autonómico de Coordinación Asistencial del Cáncer Infantil y de la Adolescencia en Castilla y León, donde se evalúan casos clínicos y se toman decisiones asistenciales entre profesionales altamente cualificados.

Hemos trabajado muy duro para mejorar las condiciones laborales de nuestros profesionales; garantizar la estabilidad laboral ha sido... es uno de uno de nuestros empeños. Estos dos años hemos implantado, como he dicho anteriormente, el concurso abierto y permanente, los concursos de traslados y se han convocado también diferentes ofertas de empleo público. En estos dos años, hemos ofertado 3.824 plazas para procesos de estabilización del empleo, reposición y promoción interna. También se han convocado 3.429 plazas en diferentes procesos selectivos. Se ha creado un sistema de bolsa permanente para numerosas especialidades, que ahora se verán aumentadas, actualizándose, además, de manera anual todas las bolsas en estos



dos años. Hemos batido el récord de plazas de formación de especialistas en Sacyl; de las 583 plazas de dos mil diecinueve, hemos pasado a convocar 631 en el dos mil veinte, y este año hemos solicitado más de 770, y espero que sea aprobado por el Ministerio de Sanidad y sea apoyado... y yo creo que sí. Hemos creado un sistema de fidelización de residentes, con contratos de larga duración, con la aprobación de colegios y sindicatos, y que esperamos obtenga muy buenos resultados en breve plazo de tiempo.

Se ha creado un nuevo convenio marco entre la Gerencia Regional de Salud Castilla y León y las universidades públicas de Castilla y de León. Está a punto de firmarse el pacto por el que se aprueban las Estrategias de Prevención de Riesgos Laborales 2021-2025. Se han sentado las bases normativas para proceder, casi de manera inmediata, a disociar las plazas de pediatría de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Hemos creado un observatorio de sistema de salud de Castilla y León. Se han implantado el escritorio profesional, que va a suponer un antes y un después en la actividad diaria de los profesionales de Atención Primaria. Se ha implantado la historia clínica electrónica en todos los centros de Sacyl. Se ha implantado la interconsulta no presencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Se ha implantado Gacela como módulo de atención de enfermería en todos los centros hospitalarios de Sacyl. Este mes vamos a probar el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2021-2025. Hemos creado la Fundación IBSAL para mantener la acreditación de excelencia del instituto... por parte del Instituto de Salud Carlos III. Se han incorporado sistemas de monitorización de glucosa flas e incorporado y financiado las terapias de deshabituación tabáquica. Hemos aumentado las plazas de críticos en toda la Comunidad, de 166 camas a 235, teniendo pendiente todavía aumentar este número con los trabajos del Hospital de León. Hemos mejorado los recursos de atención a la emergencia con un nuevo helicóptero con base en Valladolid. Hemos aprobado el Proyecto de... de Ley de Derechos y Garantías al Final de la Vida, que esperamos que pueda comenzar su trámite en pocos días en esta Cámara. También se está trabajando una estrategia de cuidados paliativos que desarrolle y apoye esta norma. Estamos desarrollando la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, habiendo nombrado ya a la Comisión de Garantías y Evaluación exigida por la norma.

Hemos conseguido destinar un 7,58 % del PIB de Castilla y León a Sanidad y que supone más del 45 % del Presupuesto de la Junta, una cantidad nunca antes vista en esta Comunidad y que esperamos que en los próximos ejercicios pueda seguir aumentando para que nuestro sistema sanitario continúe persiguiendo y consiguiendo la excelencia.

Ya se está trabajando en la estrategia autonómica de salud mental, a la espera de incorporar los elementos que puedan complementar la estrategia nacional que prevé aprobar próximamente el Ministerio.

Señorías, han sido dos años muy complejos, dos años en los que todos los trabajadores del sistema sanitario y de la Consejería de Sanidad han dado todo de sí para hacer frente a la peor pandemia que ha asolado la humanidad en el último siglo. Pero también han sido dos años en los que hemos conseguido grandes avances, en los que hemos asentado las bases para el futuro, en los que se han puesto en primer plano las fortalezas que posee nuestro sistema sanitario para atender las necesidades de salud de la población castellana y leonesa. Ahora toca caminar hacia el futuro, toca trabajar para estos casi dos años de legislatura que se presentan ante



nosotros nos sirvan para completar la tarea de reconfigurar nuestro sistema sanitario para que pueda continuar dando la mejor respuesta, la más adecuada, realista, viable y siempre de la máxima calidad, a las necesidades de salud que los ciudadanos de esta Comunidad precisen en los próximos tiempos.

Esa será nuestra tarea en estos meses, pero hemos de recordar que toda esa tarea la vamos a poder llevar a cabo gracias al esfuerzo, trabajo y tesón de todas las personas que en estos meses se han dejado la piel para seguir adelante y superar esta pandemia. A todos ellos, muchísimas gracias. No tenemos palabras de agradecimiento suficiente para toda la labor que han desempeñado y que van a seguir desempeñando.

Yo quiero acabar con una frase que me gustaría que no siguiéramos. Este señor es un psiquiatra argentino, y dice que “Dícese que una vez que se funda una institución, cualquiera que sea, el objetivo que acaba de imponerse como central es su propia supervivencia a costa de minimizar cambios, frenar evoluciones estructurales, fortalecer fronteras o anquilosar procedimientos”, y esto en sanidad no nos puede pasar. La sanidad no debe ser una herramienta de lucha política sino un objetivo a conseguir entre todos nosotros. Muchísimas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Muchas gracias, señora consejera. Vamos a hacer un receso de unos minutos, de conformidad con los portavoces de los grupos parlamentarios, para que puedan atender a los medios de comunicación. Se suspende la sesión por unos minutos. *[Murmullos]*. Pues, más o menos, yo creo que unos quince o veinte minutos podría estar bien.

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

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Se reinicia la sesión. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se procede a la apertura del turno de los portavoces de los distintos grupos parlamentarios. Y, en primer lugar, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Mixto, por un tiempo máximo de diez minutos, el procurador don Pedro Pascual Muñoz.

EL SEÑOR PASCUAL MUÑOZ:

Muchas gracias, presidenta. Buenos días... bueno, buenas tardes ya casi, señorías. Muchas gracias, consejera, por sus agradecimientos y, ¿cómo no?, sumarme a todos los agradecimientos que ha hecho al principio de su intervención. También muchas gracias por el balance que nos ha hecho acerca del grado de cumplimiento de los objetivos de su Consejería. Y aunque estoy de acuerdo en... con muchas de las cosas que... que ha comentado y que nos ha dicho, el saber popular dice que todo depende del color del cristal con el que se mire, y es totalmente cierto.

El balance que... que nos ha hecho usted de estos dos años que lleva al frente de la Consejería es bastante favorable, pero, como profesional de la sanidad, me gustaría transmitirle hoy el malestar de muchos de los compañeros profesionales, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria y también de Emergencias. No malestar



solamente con su Consejería, sino con todo, con todo lo que se ha generado. O sea, yo nunca me he considerado héroe ni quiero que ningún compañero sea considerado ningún héroe, pero hemos pasado de... y valga la redundancia, de héroes a villanos. Estamos ahora incluso peor que antes de la pandemia. Eso quiero que... tiene que tenerlo en consideración.

Y voy a comenzar por la base de nuestro sistema sanitario, como también ha comentado usted, la Atención Primaria. Hace dos años se comprometía a reforzar la Atención Primaria, incrementando el gasto y dotándolo de efectividad y eficiencia, y, entre otras muchas cosas, desde mi perspectiva, pues no se han conseguido. También es verdad que... bueno, que hay que achacarlo también a... a la pandemia esta que tenemos encima.

En muchas ocasiones, y ya lo sabe, consejera, he puesto de manifiesto las necesidades de la Atención Primaria. Ya sabemos, y destaca sobre todo, el... como gran problema la falta de... de profesionales, algo en lo que todos estamos de acuerdo, porque siempre ha dicho, incluso usted, que, reiteradamente, en nuestro sistema es una constante la falta de médicos. Y, sin embargo, desde la Consejería no se están consiguiendo los objetivos planteados en este sentido. El motivo, pues bueno, los... hay varios, usted los... los ha analizado, pero es verdad que no está consiguiendo el objetivo. Sabemos el problema que tenemos con los médicos. Como he dicho muchas veces, no es un problema de ahora, es un problema de hace muchos años, y seguimos igual, y es un problema muy serio.

Ya me he referido en... en muchas intervenciones que... que he hecho, hablando de porcentajes, los profesionales del Sacyl yo creo que está alrededor del 50 % que está en situación de inestabilidad. Sigue sin haber una formación continua reglada, de verdad, remunerada para los trabajadores. Seguimos... yo sigo echando en falta un mir y un eir de gestión. Nuestro sistema sanitario precisa de profesionales que sepan planificar perfectamente los recursos de los que se dispone para evitar, entre otras cosas, pues que situaciones sobrevenidas como... como el coronavirus saquen a la luz pues necesidades y deficiencias. Hay que planificar con mucha más antelación las bajas, que hay muchas que son ya hasta programadas, y... y usted lo sabe, las jubilaciones, las vacaciones.

Y, bueno, y otra realidad de nuestro sistema sanitario es que cada vez -pues si lo llevo viendo muchos años- se destinan menos recursos a la Atención Primaria, aunque ahora se hayan aumentado, y la mayor parte del gasto se lo lleva la Atención Hospitalaria, y eso también lo sabe usted.

No podemos olvidar que nuestra Comunidad, como bien también lo ha dicho usted, se caracteriza por tener una población muy envejecida, lo que hace que predomine, efectivamente, la patología crónica. Una población muy dispersa y que en su gran mayoría reside en pequeñas zonas rurales, y con pocos habitantes, y que en época de vacaciones, y no nos equivoquemos, cambia, porque se incrementa el número y el tipo de población, y esto hay que tenerlo en cuenta. O sea, a mí me... siempre me ha llamado la atención que, claro, en... en Madrid en verano se cerraban plantas porque, claro, la gente de Madrid se iba a otros lados. Y se seguía también pues reorganizando las plantas para que el personal de los hospitales se cogiera las vacaciones, pero resulta que aquí, en Castilla y León, éramos los receptores de población, con lo cual, las pasábamos pringas en verano.



Bueno, pero... bueno, toda esta población, como bien ha dicho usted, la población rural, tiene que saber que tiene médico y enfermera, y lo que es más importante, que también lo ha mencionado, quiénes son su médico y su enfermera, porque eso le da mucha seguridad y calidad de vida a las personas, ¿eh? Pero en lugar de eso, ¿qué estamos haciendo entre todos, eh? Yo no... no me aparto, y sabe usted que yo no me aparto de... del frente. Les tenemos asustados con noticias sobre el cierre de consultorios, personal cambiante, cuando... cuando hay personal, porque muchas veces no va ni personal. Hoy me ve uno, mañana me ve otro, al día siguiente no sé si vendrá el que me ha visto. En fin, incertidumbre, consejera, mucha incertidumbre, y eso es lo peor que puede haber. Ya no solo para los pacientes, para las personas.

Por otro lado, tenemos lo que sucede en centros de salud más grandes, como pueden ser los centros de salud urbanos, que tampoco están preparados para atender a toda la población. Ya están masificados de por sí y con el problema ahora añadido de la consulta telefónica. Que si encima ves a algunos y luego tienes que ver a 80 por teléfono, u oír por teléfono, pues fíjese.

Otro tema pendiente es cuándo llegará la recuperación de las consultas presenciales, que es otro de los problemas a los que tampoco se ha puesto solución. Luego, por otro lado, siempre y me ha oído muchas veces criticar el... la política de ladrillo que se ha hecho y que se sigue haciendo. Se planifican y se construyen centros de salud que no mejoran para nada las carteras de servicios ni las condiciones de trabajo del personal, e incluso no cuentan con personal suficiente, y en muchos casos hasta defectos de accesibilidad. Eso sí, para las fotos quedan fenomenal.

Y ahora, cuando de verdad se necesitan, y ahí tengo que volver a reivindicar, porque tengo que... porque para eso soy de Ávila, en el caso del centro de salud de Las Hervencias no se pone en marcha, y ello a pesar de que se reconoció que sí era necesario ese centro, no solo para la población que dependía de ese centro, consejera, sino porque ahí estaría ubicada -y eso ya me toca más a mí- la base de Emergencias Sanitarias, que desde el dos mil seis se encuentra, o nos encontramos, en un lugar provisional y no adecuado. Por cierto, le adelanto que voy a registrar una proposición no de ley para que esa obra se ponga -a ver si es posible de una vez por todas- en marcha, porque es verdad que es necesario, consejera, ¿eh?

Y todo esto le cuento me sirve para enlazar con otro problema que es el transporte sanitario, para algo que, como sabe, pues bueno, pues tanto usted como yo conocemos de primera mano. Y quiero decirle que en dos mil diecinueve, en el Pleno de las Cortes, se aprobó una PNL también por unanimidad para mejorar diversos aspectos del... relacionados con el transporte sanitario, y casi dos años más tarde los avances han sido más bien pocos. Como le voy a detallar, más que nada, mi pregunta sobre esto siempre es la misma: para qué se aprueban tantas iniciativas si después parece que se quedan en el olvido, las iniciativas que se aprueban y luego pues no se llevan a cabo.

Insisto, consejera, en la precariedad y la deficiencia del transporte sanitario, pero en toda la Comunidad, ¿eh?, y especialmente en determinadas zonas rurales. Yo puedo hablar de... sobre todo una que veo muy perjudicada en mi... en mi provincia, que es la zona del Valle del Tiétar, donde la cobertura del transporte sanitario es un verdadero problema para los vecinos que se sienten en muchas ocasiones muy desprotegidos.



Y en relación a esto, las ambulancias –de verdad se lo digo– tienen demasiados kilómetros, están muy cascadas, consejera. Las rotulaciones la mayoría de las veces no son ni las correctas. Llevamos hasta... veo transportes hasta que pone Osakidetza. Pero, bueno, es lo que hay. Las condiciones laborales de los técnicos son en muchos... de verdad, que muchos contratos son lamentables.

Y, además, que es lo que repercute en... en la sanidad, es que no tienen muchas veces las funciones claves. No las tienen claras esas funciones clave, no las tienen claras. Eso en lo usted lo sabe, está aumentando el número de reclamaciones, tanto que luego la encuesta de satisfacción del usuario y tal. Y sobre todo las reclamaciones es por el trato prestado en la atención, el aumento de las reclamaciones. A lo mejor hay que dar una vuelta a eso.

Es fundamental, consejera, que personal técnico esté bien formado y tenga claras sus funciones. La Junta y la Consejería suya creo que deben exigir controles de las condiciones de prestación del servicio rigurosos y estrictos. No podemos seguir así. Nunca he visto el parque de ambulancias tan mal como lo he visto ahora.

Y, bueno, y sigo con el transporte aéreo. Tenemos el problema añadido de los helicópteros, tan necesarios como usted bien dice para la patología tiempodependiente y la llegada al hospital de referencia. Pero, ¿qué pasa? Que no vuelan más de 12 horas seguidas. Si el último aviso lo han tenido a las ocho de la tarde, a las ocho de la mañana yo les aviso, pero no vuelan porque el piloto tiene que descansar. O sea, no es orto a ocaso, como en invierno; en verano yo puedo tener un ictus a las ocho de la mañana, pero, si el helicóptero ha hecho el vuelo a las ocho de la tarde, no cuento con el helicóptero. Y seguimos, claro, sin realizar vuelos nocturnos, eso, por supuesto, cuando sabemos, y usted lo dice muchas veces, que la patología tiempodependiente se produce por la noche.

A todo esto, y vuelvo a insistir otra vez, y ya políticamente hablando, le recuerdo que los Presupuestos autonómicos contaban con una partida de 250.000 euros para poner en marcha un helipuerto en el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Se aprobó en el mes de febrero; estamos en septiembre y no sé nada al respecto de ese helipuerto. Y le recuerdo otra vez que estamos hablando de una infraestructura totalmente necesaria en casos de patología tiempodependiente, que precisan de un traslado urgente al hospital de referencia. ¿Para cuándo ese helipuerto, señora consejera?

Y, luego, bueno, voy a acabar... con el Servicio de Emergencias, y se lo comentaba antes, cada vez es más acuciante el déficit de médicos: no se ha incorporado ningún residente. Efectivamente, el Servicio de Emergencias –no porque yo trabaje en él– es que yo creo que es fundamental y no podemos ya prescindir de él, ni debemos prescindir de él. Con lo que, al no incorporarse ningún residente, pues no se cubren las necesidades actuales de personal, y mucho menos pensar en poner en marcha más umes, si fueran necesarias, ¿eh? Y esto yo creo que es debido, entre otras cosas, a las pocas salidas profesionales definitivas, a las bajas retribuciones, a que vamos cumpliendo años y las capacidades físicas no son las mismas, y tampoco está contemplado en Emergencias esa... esa evolución natural, con lo que ello conlleva –yo ya no bajo las cunetas como las bajaba cuando tenía 30 años, es normal–. Entonces, hay que contemplar todo eso, y, a lo mejor, no es atractivo este puesto de trabajo –y a mí me encanta, ¿eh?–.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):**

Vaya finalizando, señor Pascual. Por favor.

EL SEÑOR PASCUAL MUÑOZ:

(Sí, sí, ya estoy acabando; y luego ya seguiré). Ni la peligrosidad. Y en esta Comunidad, hoy por hoy, señora consejera, cuando alguien tiene una emergencia sanitaria, incluso si es sanitario, nos avisan a nosotros. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Gracias, señor Pascual. Y para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, tiene la palabra, también por un tiempo de diez minutos, y por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, el procurador José Ignacio Delgado Palacios.

EL SEÑOR DELGADO PALACIOS:

Muchas gracias, señora presidenta. En primer lugar, dar la bienvenida a la señora consejera y a todos los miembros de esta Comisión, esperando que hayamos pasado, en fin, unas vacaciones lo mejor posible todos. Yo, por fin, por cierto, ya me vacuné el día uno, o sea, que ya... ya estamos ya... también somos uno de los más vacunados en Castilla y León; y a ver si ya, de una vez por todas, podemos conseguir esta cuestión se pase lo antes posible.

Quiero comenzar, vuelvo a decir, agradeciendo, sobre todo a todos los personales... todo el personal sanitario de Castilla y León, a los médicos, enfermeras, TCAE, personal de limpieza, en fin, a todo el mundo, que todos los días está haciendo todo lo posible para que la sanidad funcione y, a pesar de todo, así es.

Creemos, sinceramente, que todos somos conscientes que la situación de la pandemia ha generado en estos dos años ha requerido un gran esfuerzo y un trabajo descomunal que ha dejado a veces en un segundo lugar otros proyectos y temas en los que se quisiera intervenir en esta legislatura. Yo creo que la realidad es la que es, y hoy mismo, cuando veníamos a las Cortes, hemos visto pues esas colas en el Miguel Delibes, como sobre todo ya la población joven también está pues acudiendo a vacunarse con... demostrando una gran responsabilidad.

Vaya por delante nuestro reconocimiento, vuelvo a decir, al trabajo y al esfuerzo de todo el personal sanitario, vital para hacer frente a esta durísima situación que el COVID nos ha generado. Sabemos que la planificación inicial que se tenía, al inicio de esta legislatura, algunas cosas se han retrasado por el COVID, inevitablemente, sin embargo, no podemos obviar que, en paralelo al trabajo para contener la pandemia, se ha ido actuando en otras materias que sí han ido obteniendo sus frutos y resultados.

En su exposición la señora consejera ha pormenorizado con detenimiento todo el trabajo realizado, pero yo voy a centrarme solo en algunas cuestiones que considero que, por su calado, deben de destacarse.

El primero tal vez sea la necesidad de reordenar, y reforzar y optimizar toda la Atención Primaria, dada la falta de profesionales que hay y que, además, sabemos que, efectivamente, como usted bien ha dicho, es paralelo a otras muchas Comunidades Autónomas de este país, como Aragón, La Rioja, Castilla-La Mancha, etcétera;



es una situación ineludible. Y... y sobre todo porque la situación que puede generar esas, no por anunciadas, ya inminentes jubilaciones, que nos van a poner todavía más difícil este panorama.

Es evidente que el sistema actual demuestra problemas y debilidades, y que puede complicarse mucho más con la jubilación de un importante número de profesionales en los próximos años. Hay que dejar de mirar para otro lado, no sirve de nada, y realizar esfuerzos para que se produzcan estos cambios.

Por eso, compartimos con usted que es necesaria una reorganización de la Atención Primaria, que la refuerce como la columna vertebral que es de nuestro sistema sanitario. Y usted lo ha dicho muy bien: sistema sanitario público de calidad; y en eso estamos y en eso debemos estar todos, absolutamente todos.

Y hay que recordar que, a pesar de todo, ya se ha llegado a ese 7,58 % del PIB, que se ha aumentado en un 20 % más la Atención Primaria, llegando a los 1.419 millones de euros. Y es un gran esfuerzo, un gran esfuerzo de todos los castellanos y leoneses, y eso hay que recordarlo.

Nos ha detallado, con gran lujo de detalles, los objetivos y las medidas que quieren implementar en su estrategia de transformación. Somos conscientes de lo ambicioso y a la vez complicado que, desde luego, va a resultar este cambio, que seguro se encontrarán en su camino con innumerables obstáculos, pero también somos conscientes de su absoluta necesidad. El no hacer nada y dejar las cosas como están no es una opción posible, si queremos mantener un sistema sanitario eficaz y eficiente, y se lo dice alguien que vive, como bien sabe, en el mundo rural. Y que, por cierto, acabo de venir de otro pueblo también, el de mi mujer, el de León, Castilfalé, un pueblo de poco más de 60 habitantes, donde todos los vecinos, como no puede ser de otra manera, te trasladan, a poco que vayas, pues esa inquietud y esa necesidad, efectivamente, de actuar y de tomar medidas al respecto.

Al igual que esa optimización de recursos debe realizarse en la Atención Primaria, también en la Atención Continuada es necesaria, como bien ha dicho, sobre todo teniendo en cuenta las peculiaridades de nuestra Comunidad: de una población envejecida y de una cronicidad cada vez mayor. Y por eso, esa cuestión fundamental de que cada uno tiene que saber cómo se llama su médico, con nombre y apellidos, y su enfermera, porque esa cronicidad y ese envejecimiento ayuda mucho, cuando el médico ya, como es el caso, por ejemplo, de los que tenemos la suerte de vivir en Caleruega, donde nuestro médico lleva muchísimos años, pues lógicamente sabe -y los pueblos de alrededor- perfectamente cuál son las patologías, cuál es la cuestión y el... en fin, sanitaria de cada paciente.

Otra cuestión crucial son las relacionadas con el personal sanitario y los importantes esfuerzos que se han realizado en temas de reducción de la precariedad laboral. En concreto, con los concursos-oposición y concursos de traslados anuales que, claro, como siempre, también dan problemas, efectivamente, pero que es que ha demostrado esta Consejería que se pueden y se deben de hacer. Así como la fidelización de estos profesionales, con la convocatoria de más de 3.800 plazas para procesos de estabilización de empleo y reposición y promoción interna. Y es una cuestión fundamental que todos los profesionales sepan que cada año existen estos concursos de traslados y oposición, para que así lo tengan mucho más cerca, o esa posibilidad, al menos, en fin, de acercar su puesto de trabajo a sus necesidades personales.



Es evidente que no todo está resuelto, y que hay que seguir trabajando en esta línea, pero no se puede dejar... puede dar de lado la importancia del trabajo realizado en este campo. Yo creo que ahí hemos sido, en fin, hemos puesto ganas y hemos optimizado todos los recursos posibles y, sobre todo, si lo ponemos en el contexto de los... estos meses de pandemia. El COVID, como bien sabemos, por desgracia, no solo en este tema sanitario, sino en todos, nos ha complicado, y mucho, la vida a todos.

Junto a esto también me gustaría destacar el trabajo realizado en la ampliación de las plazas formativas para que seamos capaces de formar a más profesionales en nuestra Comunidad y tengamos herramientas para poder retenerles -lo acaba de decir usted, que se van a ampliar hasta 780, esperemos que el Ministerio de Sanidad sí que lo apruebe, más los seiscientos y pico del año anterior, etcétera-; yo creo que ese es el camino. Y, desde luego, todo el sistema se tiene que poner a trabajar, de una vez por todas, para solucionar estos problemas: desde la EBAU, como bien ha dicho, en todas las Comunidades Autónomas, el número de plazas en las universidades. Y eso tiene que ser conjunto. Ya está bien, y lo comparto con usted, que la sanidad no puede ser un alzamiento político de... para hacer propaganda de uno y otro; no, no, la sanidad tiene que ser... resolver, mejor dicho, y más con esta COVID tan terrible, entre todos lo antes posible y, desde luego, poner todos lo... las herramientas necesarias.

Un tema importante, a nuestro juicio, también es la apuesta en materia de nuevas tecnologías y sistemas de información. Se ha realizado... porque se ha realizado por parte de la Consejería y se está realizando, y hemos adelantado esas propuestas que ha permitido, por ejemplo, tener una información transparente y actualizada casi a diario sobre la situación de la pandemia, o mejorar en el campo de transparencia a la hora de auditar y publicitar las listas de espera, que es uno de los objetivos que se marcó, como bien sabemos, al inicio de esta legislatura.

En el apartado de nuevas tecnologías, podemos destacar, como bien ha dicho, los programas de teleasistencia y telepresencia (como los ya puesto en marcha tele dermatología en el Bierzo, Miranda de Ebro, el HUBU y Salamanca), la implantación de un escritorio profesional, la implantación de la historia clínica electrónica -que era una cuestión fundamental, y que ya se está consiguiendo-, la implantación de Gacela, como módulo de atención de enfermería, o la creación del Observatorio Regional de Sacyl.

Pero tal vez, yo creo que... yo creo que tal vez tenemos más destacar mayormente, de manera principal, es la parte de Sacyl Conecta, que se ha configurado como una herramienta de interoperatividad con el paciente, y que poco a poco ha ido ampliando y mejorando sus prestaciones a partir de una única utilidad, que era la de solicitar citas médicas, a terminar incluyendo la hoja de medicación, las pruebas de COVID, los resultados de análisis clínicos, el informe de vacunación, el justificante de incapacidad temporal o el certificado COVID UE, etcétera, etcétera. O esos maletines digitales, que también nos amplía y nos ha anunciado, que creo que son herramientas fundamentales.

Herramientas que tienen que ser de todas las Administraciones. Los que vivimos en el mundo rural sabemos que la conectividad es muy complicada. Y sabemos que se están dando pasos, cada vez llega, en esos acuerdos entre la Junta, el Estado, Telefónica, etcétera, etcétera, la fibra óptica a más lugares. Pero, desde luego, tiene que ser una cuestión prioritaria y fundamental esa conectividad para que esto sea



una realidad, efectivamente, con esa equidad que siempre decimos en Castilla y León, equidad que quiere decir que todos los ciudadanos, vivamos donde vivamos, tengamos las mismas oportunidades y los mismos servicios. Por eso el mundo rural necesita esa conectividad.

Son muchas las cuestiones que nos ha comentado aquí en su intervención, y desde luego ya se nos acaba el tiempo. Pero es evidente que se han conseguido importantes avances. Algunos los acabo de mencionar, otros, no menos importantes, se han implementado o están en avanzado estado, como la Estrategia Autonómica de Salud Mental; la Estrategia Autonómica de Enfermedad Raras; la Ley de Derechos y Garantías al Final de la Vida, que se va a debatir próximamente; el Plan Persona, en humanización; los convenios de colaboración con otras Comunidades Autónomas, como Cantabria o el País Vasco -yo, que soy burgalés, para nosotros es vital, y está funcionando, y espero que se sigan implementando-; o la creación del Comité Autonómico de Coordinación Asistencial del Cáncer Infantil y de la Adolescencia.

Ello siempre teniendo presente las opiniones, propuestas y aportaciones de colectivos, profesionales y expertos. Y yo creo que siempre han sido un ejemplo de que han consultado -y lo ha dicho bien-, lo ha dicho, tanto en los expertos, por ejemplo, de Atención Primaria, con esos 20 miembros, o de Atención Hospitalaria, con 26. Se está demostrando que la Consejería de Sanidad quiere oír a todos los profesionales y a todo el mundo, porque es el camino a hacer. Y por eso ese grupo de expertos del Pacto para la Recuperación Económica, de Empleo y la Cohesión Social en Castilla y León, también a propuesta de los grupos parlamentarios, se pusieron. Sinceramente, en Ciudadanos creemos que este es el camino correcto que debemos de seguir, esa colaboración entre todos.

No estamos ajenos a la realidad que viven los castellanos y leoneses...

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Señor Delgado, por favor.

EL SEÑOR DELGADO PALACIOS:

(Termino ya). ... y, por eso, tenemos que recorrer ese camino para mejorar nuestra sanidad, tenemos que sumar esfuerzos entre todos, utilizar muy bien los dos años de legislatura que tenemos por delante. Y, desde luego, el camino es muy largo y muy difícil, pero los planteamientos tienen que ser reales y factibles, sin renunciar nunca a ese modelo de calidad, de sanidad de calidad, justo, viable y accesible para todos. Y vuelvo a reiterar nuestro agradecimiento a la labor y dedicación de esta Consejería, vuelvo a decir, y de todos los profesionales sanitarios. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Gracias, señor Delgado. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, tiene la palabra, también por un tiempo máximo de diez minutos, por el Grupo Parlamentario Popular, don Alejandro Vázquez Ramos.

EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Muchas gracias, presidenta. Buenos días, señora consejera. Buenos días, señorías. Y, además lo digo... manifiesto mi alegría de que encontrarnos todos aquí después del período de receso vacacional.



En primer lugar, y en nombre y representación del Grupo Parlamentario Popular, darle la bienvenida nuevamente a esta Comisión y agradecerle la información que nos ha expresado aquí, en esta comparecencia.

Señora consejera, esta comparecencia tiene como objetivo el hacer un balance de los... tiempo de la legislatura y ver qué es lo que se ha cumplido, ¿no?, desde que usted presentó el cinco de septiembre de dos mil diecinueve el programa para sanidad de la Consejería. Y yo quiero remontarme a esa fecha, ya que ninguno de los aquí presentes que estuvimos en aquella intervención podíamos ni siquiera imaginar que apenas seis meses después íbamos... nos íbamos a ver inmersos en la mayor crisis sanitaria de la historia de Castilla y León y de la historia de España. Crisis sanitaria que, a su vez, ha derivado en la mayor crisis económica y social desde la Guerra Civil y que ha supuesto que todo el sistema sanitario haya tenido que dedicarse casi en exclusiva a la asistencia sanitaria de las personas afectadas por el coronavirus y que, desde luego, ha destrozado cualquier ejercicio de planificación que previamente se hubiera podido hacer.

Para valorar en su integridad la magnitud de esta crisis no es más... es necesario traer aquí algunos datos que no por desconocidos no deben ser recordados. Atención Primaria ha atendido 370.000 casos con clínica compatible, de los cuales más de 300.000 han resultado positivos. En el momento actual, y aun a pesar de contar con más del 70 % de la población vacunada, se... controla de modo simultáneo todavía 30.000 pacientes todos los días. En los momentos más crudos de esta pandemia se han alcanzado picos de hasta 56.000 pacientes. En nuestros hospitales se han realizado casi 33.000 altas hospitalarias solamente de pacientes con COVID-19, con picos de casi 2.400 o 2.500 pacientes ingresados simultáneamente y más de 350 en las ucis. Aún hoy, con el 70 % de la población vacunada, todavía tenemos cien... más de 100 pacientes ingresados y más de 40 pacientes en la uci.

Se han realizado 3.700.000 pruebas diagnósticas, 2.100.000 PCR, 1.100.000 de test de antígenos y más de medio millón de pruebas de anticuerpos. Se han administrado hasta el momento más de 3.500.000 dosis de vacuna, con prácticamente 1.800.000 castellanos y leoneses con pauta completa, siendo la segunda Comunidad en alcanzar el famoso 70 % de la población vacunada, detrás de Asturias; y hay evidentes diferencias entre la geografía asturiana y la de la Castilla y León. Y, por desgracia, hasta el momento han fallecido más de 11.300 personas, a cuyos seres queridos queremos desde aquí mandar nuestras más sentidas condolencias.

Toda esta ingente tarea ha obligado tanto al servicio de salud como a salud pública, como al resto de la sección administrativa de la Consejería, a volcarse casi en exclusiva en la asistencia de los pacientes COVID-19, cambiando el modo de prestar asistencia tanto en Atención Primaria como Atención Hospitalaria, obligando a nuestros profesionales sanitarios a un gran esfuerzo, sometiendo a una tensión a todo el sistema sanitario. Nunca, por más que lo digamos y las veces que los digamos, podremos agradecer suficientemente el trabajo de todas las personas que han asistido en esta crisis. Y, desde luego, no podemos abordar el debate de esta comparecencia sin tener en cuenta este condicionante, porque, si para todo el Gobierno la pandemia ha supuesto un antes y un después, para la Consejería de Sanidad ha sido la que más sufrido las consecuencias de la pandemia.

Señora consejera, hace dos años, en la comparecencia programática, manifestó usted la necesidad de incrementar el presupuesto sanitario. Pues bien, en el



primer Presupuesto presentado por el Gobierno de Alfonso Fernández Mañueco y aprobado en esta Cámara se ha marcado el máximo histórico de los créditos disponibles para la Consejería de Sanidad, demostrando con claridad la prioridad que supone la sanidad para el Gobierno de la Junta de Castilla y León.

El crédito disponible por la Consejería de Sanidad en el Presupuesto actual es de 4.366 millones de euros, lo que ha supuesto un incremento de más de 770 millones, un 21,8 % con respecto al anterior. Cada castellano y leonés dispone este año de 1.882 euros por tarjeta, y el gasto sanitario alcanza una cifra que en muchas Comunidades y muchos sitios quisieran tener en este país, el 7,58 % del producto interior bruto de la Comunidad. Parámetros que nos sitúan a la cabeza de la inversión sanitaria, incluso por encima de alguna Comunidad foral, que con estas cosas siempre juega con ventaja. Todo ello dentro de un marco de un sistema de financiación autonómico que penaliza el envejecimiento, penaliza la baja natalidad, penaliza la dispersión geográfica, características todas ellas que nos marcan a nuestro sistema sanitario. No obstante, no podemos caer en la autocomplacencia, y hay que seguir trabajando para alcanzar, tal y como está recogido en los acuerdos de Gobierno entre Partido Popular y Ciudadanos, y como usted manifestó ya en la primera comparencia programática, que la Atención Primaria alcance el 20 % del total del presupuesto al final de la legislatura y que se... y que se continúe aumentando el presupuesto para salud pública, que, como es visto... como hemos visto, por desgracia, es enormemente necesaria en momentos como los que estamos viviendo.

Desgraciadamente, la pandemia ha condicionado de modo importante la atención a otras patologías -no podía ser de otra manera-. Se ha sufrido un inevitable retraso en la asistencia de patologías no COVID, y eso ha impedido claramente cumplir con el objetivo de mejora de lista de espera que usted nos propuso aquel cinco de septiembre. Es el momento de utilizar todos los recursos propios, de mejorar la eficiencia de los procesos; y, cuando las circunstancias de plantilla impidan alcanzar los objetivos, no hay que renunciar y no debemos renunciar a una... a utilizar recursos ajenos, ya que mantener una lista de espera alta, desde luego, dificulta la calidad de la asistencia.

En estos dos años, se ha trabajado eficazmente en mejorar la transparencia; la información ofrecida en la página de epidemiología de la Junta ha sido un ejemplo copiado y admirado por otras autonomías. Quiero reseñar también la mejora que ha experimentado el portal de transparencia del servicio de salud, que ya se inició la pasada legislatura y en esta ha sufrido un amplio impulso.

Me voy a referir a otro aspecto que, junto con la pandemia, ha determinado la asistencia sanitaria en estos dos años de legislatura: la falta de profesionales en determinadas categorías profesionales. A pesar que desde la Consejería se han mantenido los concursos de traslados anuales, se ha seguido convocando ofertas públicas de empleo o, por ejemplo, en este último ejercicio se ha ofrecido contratos de larga duración a los residentes que han completado su período de formación en Castilla y León y en otros sitios, medidas todas ellas destinadas a la fidelización de los profesionales, el hecho cierto es que hay un importante déficit en varias especialidades médicas y empieza a plantearse el mismo problema con enfermería.

De todos son conocidos los problemas que existen en medicina familiar y comunitaria. En este momento, no existe posibilidad de contratación de personal eventual para cobertura de incidencias e incluso hay plazas vacantes en plantilla que no es posible cubrir.



Por desgracia, este problema no es exclusivo de Castilla y León. Todas las Comunidades, con independencia del color político de su Gobierno, lo sufre, y... y así lo están demostrando. Pero, además, es que los próximos años esto no tiene visos de mejorar. Hay que tener en cuenta que casi el 30 % de los médicos de familia tienen más de 60 años y que el 63 % tiene 50 o más años, por lo que es previsible que, en los próximos 15 años, el 60 % de los médicos de familia del sistema se encuentren jubilados. Y con el actual número de plazas de formación mir en medicina familiar y... y comunitaria no va a ser posible cubrir esta demanda ni de lejos.

Por lo tanto, y para poder garantizar la asistencia en Atención Primaria, es imprescindible tomar medidas tanto a corto, como medio, como a largo plazo. Medidas que hay que tomar tanto desde la Comunidad, pero no nos podemos olvidar que también a nivel central, a nivel del Gobierno de España, hay que tomar ciertas medidas. Y, de hecho, algunas Comunidades ya han empezado a tomar medidas. Por ejemplo, Aragón ha cerrado consultorios locales y puntos de atención continuada; en Castilla-La Mancha también se han encerrado consultorios; y, por ejemplo, Valencia ofrece el servicio de ambulancias medicalizadas sin médico.

A corto plazo, y por la gran dificultad de las contrataciones, y para poder seguir manteniendo la asistencia en todos los consultorios locales, hay que hacer una labor de reorganización y una labor de fortalecimiento de... de la Atención Primaria. Reorganizar, desde nuestro punto de vista, tiene que aunar calidad y proximidad, con el objetivo de asistir tanto con médico y como enfermera a todos los consultorios locales de esta Comunidad, siempre buscando el consenso con los profesionales que componen los equipos de Atención Primaria y con los auténticos representantes de los municipios, que son los ayuntamientos, y sin experimentar pérdidas y no reforzando el... los recursos en el medio rural.

Hay que exigir al Ministerio de Sanidad que aumente la oferta de plazas mir para poder absorber la bolsa de 7.000 médicos que hoy en día no es posible contratar por parte de la Administración. Hay que exigir también que se aumente la agilidad, manteniendo los estándares de calidad, de la homologación de títulos de médicos especialistas fuera del sistema con la Comunidad Europea para poder ser contratados en el sistema.

Desde luego, todo esto tiene un efecto coyuntural, no así estructural, ya que, si no se lleva a cabo una planificación global para todo el Sistema Nacional de Salud de las necesidades de especialistas -ya son 18 especialidades las que hay carencia, de las 45 que hay- para los próximos 25 años, no vamos a poder resolver esto. El problema es un problema nacional, no valen planes parciales.

En resumen, y para concluir, nos encontramos en la mitad de la legislatura más complicada para la sanidad que un pudiera imaginar -usted no se podría haber imaginado nunca que iba a tener que tener esto- en la que la pandemia ha puesto en... en grave problema al sistema sanitario, en la que la falta de especialistas está dificultando la prestación de la asistencia en el medio rural, justo en el momento en que los profesionales están más cargados y más hartos de... de todo lo que están viviendo. Y por supuesto esto exige... esto exige coordinación, esto exige diálogo y esto exige pacto para tomar todas aquellas medidas que sean absolutamente necesarias para poder mantener lo que estamos manteniendo: la asistencia sanitaria en nuestra Comunidad. Nada más. Y muchas gracias.



LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Muchas gracias, señor Vázquez. Y, finalmente, para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, tiene la palabra también, por un tiempo máximo de diez minutos, por el Grupo Parlamentario Socialista, don Jesús Puente Alcaraz.

EL SEÑOR PUENTE ALCARAZ:

Gracias, señora presidenta. Buenos días, señora consejera. Muchas gracias por acudir a esta Comisión para informar de lo ocurrido desde su última comparecencia y compartir con nosotros y nosotras su visión de lo hasta ahora cumplido por su departamento y lo que pretende alcanzar a partir de ahora.

Usted ha dicho que ciencia y política deben de ir a la par. En su exposición lamento decirle que he visto mucho de ciencia y poco de política. La capacidad para llevar precisamente los retos científicos a la realidad es para lo que estamos aquí, para dar respuesta desde la ciencia a los problemas reales de la población. Y eso es el... lo que va a servir en el... de hilo conductor de mi exposición.

Y déjeme comenzar la... mi intervención, en primer lugar, celebrando con usted que Castilla y León haya superado el 70 % de la vacunación completa de su población. Los datos son muy buenos: 73,8 sobre el total de la población, según datos oficiales de este pasado miércoles. Y estamos entre los tres... entre las diez Comunidades que han podido alcanzar el objetivo nacional. Los grupos etarios a partir de los 70 años están en cifra de cobertura de... del cien por cien, y los de 60 a 69 al 97 %. Con al menos una dosis Castilla y León ha vacunado al 81 % de su población, lo que permite augurar que tendremos en poco tiempo vacunada a un porcentaje tan alto de población que estaremos cerca de la denominada inmunidad de grupo, aunque, como bien sabemos, este tipo de inmunidad es muy difícil de alcanzar por los dos motivos que conoce, porque las vacunas no bloquean el contagio entre personas vacunadas y por la velocidad de las mutaciones de este virus, que pone muy difícil alcanzar este objetivo.

Esta circunstancia exigirá aumentar el porcentaje de personas vacunadas por encima del 90 % si queremos alcanzar esta denominada inmunidad de grupo. Pero es muy importante lo obtenido hasta ahora. La mortalidad por esta enfermedad se ha desplomado en nuestra Comunidad y en España y, como es lógico, parte de este éxito le corresponde a usted y a su equipo, que ha podido y sabido desplegar sobre el territorio la... la logística necesaria para llevar el servicio de vacunación a los ciudadanos.

Este poder de desplegar la vacuna en nuestro territorio es también éxito de otros actores: de la Estrategia Europea de Vacunación del COVID y, déjeme decir también, del Gobierno de España, del conjunto del Sistema Nacional de Salud, del espacio interterritorial en el que usted ha participado activamente, de la Comisión Nacional de Salud Pública y de tantos y tantos profesionales implicados en que esto saliera bien.

La... la polémica, por tanto, sobre si Castilla y León recibía o no suficientes vacunas del Gobierno central queda convertida en un problema irreal, en un temor infundado, en una opinión interesada. Esta Comunidad recibió las que necesitaba desde el primer momento y, sobre todo, en ningún momento fue tratada peor que cualquier otra Comunidad Autónoma.



Por otro lado, saber llevar al territorio los servicios necesarios para hacer accesible la vacunación como parte de la cartera de servicios de salud debería hacernos reflexionar. Nuestra Comunidad, con nueve provincias, con once áreas de salud, con la dispersión poblacional que nos caracteriza, ha sido capaz de estar por delante de Comunidades uniprovinciales con una logística mucho más asequible. Cabe preguntarnos por qué. Deje que le dé mi opinión. Creo que una de las... de los factores, que son varios, a los que he aludido anteriormente, es una de las características de nuestro territorio, que es la capilaridad territorial de nuestro sistema de salud, que es única en España y me atrevería a decir que en Europa. Esta capilaridad permite que los servicios puedan llegar al último lugar de nuestra Comunidad a través de las áreas de salud, de las zonas básicas de salud, de los centros de salud y sus consultorios. Esto creo que es importante remarcarlo.

Esto es nuestra característica específica: presencial... presencia territorial y acercamiento de los servicios a los territorios. Y usted planteaba "es que el 60 % del... de nuestros profesionales están dispersos en nuestro territorio". Pues igual es que ese es el sistema que tenemos que mantener. No debemos de decir "bueno, pues que el 40 % se quede en el medio rural y el 60 % vaya a las ciudades". Yo creo que este, tal y como se está planteando, o lo ha dejado usted entrever, creo que sería un error, porque nos está... nos ha funcionado muy bien hasta ahora la capilaridad.

Porque creemos que sí que se puede llegar a perder este... esta característica. Si seguimos con el modelo iniciado -y esta ya es una opinión política y, ¿para qué?, para eso estamos aquí- por su Consejería en esta legislatura, primero con el Plan Aliste y después con este plan de reforma en el que... reforma, el que está usted defendiendo a capa y espada desde hace meses, creo que estamos en riesgo de perder la capacidad como sociedad para llevar servicios de salud a todo el territorio, y esta es nuestra preocupación.

Nos ha pedido que confiemos en esta propuesta, muchas veces a través de los medios. Nos ha dicho que está convencida de que funcionará y que le demos un margen de confianza. Y le voy a decir cuáles son nuestras dudas, ¿eh?, y por qué no terminamos de estar cómodos con su propuesta política.

Este modelo que nos ha planteado, esta política y esta gestión que nos ha dicho hoy que quería poner hasta la fecha y que ahora mismo nos quedan dos años para ello, parte de una premisa circunstancial que va a tener repercusiones irreparables e irreversibles, porque quiere cambiar, o se quiere cambiar, la estructura por una situación coyuntural que da la sensación que les ha hecho bajar los brazos y abandonar toda esperanza de mejora. Su análisis parte del presupuesto de que no hay médicos suficientes en el mercado laboral y, por lo tanto, debemos eliminar demarcaciones médicas en el medio rural y trasladarlos y concentrarlos en el medio urbano. Su estrategia es eliminar, sin más indicadores, demarcaciones de menos de 400 cartillas. La táctica es: las plazas con menos de este número, una vez identificadas, se bloquearán, se sacarán de la oferta laboral. Y la crítica que hacemos es fundamentalmente esta: no puede ser esta la única variable, no puede ser solamente la variable de eliminar las... tiene que haber otras, ¿eh? Ese fue uno de los motivos por los que nos levantamos de la mesa de negociación.

Porque ese modelo, visto así, expuesto como hoy se lo digo, bordea incluso la legalidad vigente y contradice las mismas leyes sobre las que se pretende que se construya. Nuestro actual modelo de organización territorial se diseñó pensando en



que el medio rural necesitaba más atención, no menos. Hago referencia al Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de Castilla y León, que dice literalmente: “La creciente demanda asistencial del medio rural por el envejecimiento de su población obliga a incrementar la periodicidad de las consultas médicas y de enfermería en las pequeñas localidades. Es necesario aumentar la frecuencia de las consultas en las pequeñas localidades, dado el índice de envejecimiento existente y la dificultad de desplazamiento a los consultorios”.

Dice la ley, que ustedes utilizan después para reorganizar la atención rural en el área de Segovia, por ejemplo, justo lo contrario de lo que se pretende hacer. Y corren el riesgo de hacer piruetas administrativas para caer en un riesgo de vulneración. Por ejemplo, se llega a plantear la introducción de ambulancias enfermerizadas para cubrir territorios que se queden sin Atención Primaria. Urgencias es urgencias y, como bien sabe usted, Atención Primaria parte de otra filosofía y de otra capacidad asistencial. Tal y como se nos ha expuesto aquí hasta ahora, parecería que en ese... en este territorio rasgado, donde ya pueden acumularse dos o tres espacios... dos o tres censos médicos, puedan quedarse sin cobertura y sin la isocrona de 30 minutos, pueda ser sustituido por una ambulancia enfermerizada. Y esto es un riesgo que no queremos correr.

Este modelo también hemos visto que tiende a privatizar sectores asistenciales como sustitución a la atención pública, y le pongo dos ejemplos: la interpretación radiológica y la cardiología en el Bierzo.

Por otro lado, es un modelo de gestión económica que nos dice usted que quiere subir al 20 % la... la participación de los presupuestos de Atención Primaria, pero estamos totalmente maniatados con la financiación del HUBU. Se lo dejamos visto... se lo reflexionamos en la... en el debate de los Presupuestos del año pasado y no le he visto pronunciarse sobre esto. Cada vez que le preguntamos dice que lo están estudiando, ¿eh? 80 millones del canon anual del HUBU es un lastre para el presupuesto de la sanidad de toda la Comunidad.

Tenemos problemas también de... de equidad y de accesibilidad al sistema sanitario. Sigue faltando servicios básicos en muchas áreas de salud, como la radioterapia en Soria. Parece ser que ahora, con los fondos europeos, como bien nos ha dicho usted, vamos a... va a intentar compensar esta... este déficit.

Un tema importante: la transparencia en el manejo de datos ha sido muy útil en la epidemiología. Es cierto, pero ahora mismo es totalmente inoperativo, usted mismo lo ha reconocido. No sabemos todavía cómo va a repercutir el COVID en la lista de espera, cuál es la cifra de pacientes que esperan por consulta, prueba diagnóstica o intervención quirúrgica, cuál es el subdiagnóstico de cáncer acumulado en estos dos años de pandemia. Se nos viene encima mucho trabajo acumulado por la pandemia, que tarde o temprano anegará los servicios de oncología, cardiología, medicina interna y otros, tan pronto se vayan abriendo las agendas. Un ejemplo: habla usted de teledermatología y acabo de ver una cita a un año para un quiste epidermoide doloroso.

La gestión de recursos humanos sigue expulsando a nuestros profesionales: enfermeras que emigran porque les ofrecen en otras Comunidades contratos dignos -es de toda España, pero curiosamente hay unas Comunidades Autónomas que tienen mejores ofertas laborales-, médicos mir que acaban y no se les ofrece tampoco un contrato para continuar con nosotros.



Le reconozco el esfuerzo por poner al día la carrera profesional, por planificar la nueva oferta pública de empleo, por el desatascar los concursos de traslado abierto y permanente, pero la realidad le come el terreno y no es capaz el sistema de retener talento. ¿Qué medidas tiene para el futuro para que nuestros profesionales sanitarios quieran quedarse y otros quieran venir a trabajar con nosotros? ¿Por qué, según nos dice, la... la fidelización que usted ha puesto en marcha no tiene la respuesta adecuada por parte de los beneficiarios?

Como ve, ya conocemos el modelo. No nos gusta; no nos gusta lo que hemos visto hasta ahora. Creo que hay argumentos claramente expuestos, por los que nos sentimos cada vez más preocupados para que siga manteniendo usted la misma estrategia que nos contó hace ahora dos años. El COVID nos obliga a repensar la estrategia que usted puso hace dos años, ya no nos sirven los mismos presupuestos; y hemos escuchado, o he escuchado mucho, de lo que ya nos dijo hace ahora dos años. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Muchas gracias, señor Puente. Para contestar las distintas intervenciones de los grupos parlamentarios, tiene la palabra la señora consejera de Sanidad.

LA CONSEJERA DE SANIDAD (SEÑORA CASADO VICENTE):

Les agradezco a todos, señorías, sus... sus intervenciones, el tono de las mismas, sobre todo cuando son participativas y proponiendo... y proponiendo alternativas.

Al señor Pedro Pascual, muchas gracias. Sé que... que hemos vivido momentos difíciles, y desde emergencias lo... lo viven y... y tienen situaciones personales de compatibilizar turnos, los trabajos de las sesiones aquí. Entonces, le agradezco el... el que esté y le agradezco las propuestas que nos hace. También le agradezco su percepción de decir que el balance es favorable, que yo creo que el que reconozcan nuestro trabajo, que yo creo que ha sido muy intenso, pues es... es bueno. ¿Que nos faltan muchas cosas? Pues por supuesto que sí. ¿Que hay malestar en los profesionales? También. Pero hay una cosa que es evidente: no podemos seguir igual. Es decir, es el momento de... de hacer cambios. Y no por miedo a la resistencia al cambio tengamos que decir esto está mal, esto está mal, esto está mal. No. Vamos a intentar pelear todos juntos y ver... y ver cómo lo hacemos.

Es verdad que hace dos años yo lo que propuse para la Atención Primaria estamos en el mismo punto, pero también es verdad que hemos tenido una pandemia bastante terrible que nos ha tenido trabajando a todos -a todos- en todo el sistema una... una auténtica barbaridad.

¿Que faltan profesionales y que el problema es viejo? Por supuesto. Yo ya estaba de presidenta de mi Comisión Nacional hace veintitantos años diciendo que íbamos a tener un problema. Y... y lo tenemos. O sea, hay un estudio magnífico de... de dos catedráticas de... de Canarias en las que anunciaban ya hace muchos años "va a haber déficit de profesionales y va a haber 18 especialidades médicas que va a...", y, además, hicieron el estudio por Comunidades Autónomas.



Yo ahora lo único que pretendo es recoger esa información y cambiar eso. Es decir, lo que está claro es que necesitamos planificación. Si no planificamos, si no introducimos cambios, en... en breve vamos a tener unos problemas que... que van a ser una broma parecido a lo que tenemos... en relación a lo que tenemos ahora.

Estoy totalmente de acuerdo con usted, el mir y eir de gestión, y lo he trasladado en múltiples ocasiones, pero la decisión de las especialidades médicas no está en las Comunidades Autónomas. Quien decide si se fusionan, si se separan, si aparecen nuevas, es el Ministerio de Sanidad, evidentemente escuchando a las Comisiones Nacionales de Especialidad y, evidentemente, escuchando a la Comisión de Recursos... de Recursos Humanos.

Estoy totalmente de acuerdo con usted en que hay una herramienta que es fundamental, y es planificar. Quizá, yo creo que hasta ahora, todos hemos tenido, y digo en todas las Consejerías y en el Ministerio de Sanidad, se planificaba pues los que nos pedía el jefe de estudios o el jefe de servicio en un momento determinado para las... para las necesidades profesionales, pero sin mirar cuáles eran las necesidades reales, sin mirar cuántas personas se iban a jubilar, qué edad media tienen, porque no es lo mismo tener una edad media de 30 años que tener una edad media de más de 55, porque las IT, las incapacidades temporales, están ahí. Por lo tanto, estoy totalmente de acuerdo con usted que la planificación tiene que ser prospectiva y tiene que fijarse en este... en este tipo de... en este tipo de elementos.

El... el gasto de la Atención Primaria, sobre todo la inversión en Atención Primaria, desde luego no seré yo la que lo cuestione, porque desde luego voy a pelear todo lo posible, lo habido y por haber, para conseguir ese 20 % para la Atención Primaria y, de hecho, si estas inversiones que estamos... que vamos a poner en marcha de telepresencia, de teleasistencia, de más profesionales, etcétera, etcétera, lo vamos a conseguir seguro. Entonces, yo creo que esto es... es importante.

También es importante un elemento que usted planteaba, que es esta Comunidad es una Comunidad muy complicada, porque es una Comunidad que tiene una población -es verdad- envejecida, con poco... con muchos núcleos de población, pues en alguna área tenemos 70 núcleos de población que tienen menos de 50 tarjetas, pero, claro, es una población que cambia, que tiene una población flotante en verano que la puede triplicar o multiplicar por 10 o por más. Por lo tanto, aquí tenemos que ajustar qué tipo de respuesta damos a eso, y por eso hablamos también de... de los PAC, que son para determinados momentos muy puntuales, que es cuando se da un incremento de... de la demanda. Es decir, el... el sistema tal y como está hay que flexibilizarlo. Y vuelvo a repetir: no podemos decir que, bueno, no hacemos nada, porque o lo hacemos ahora o vamos a tener un... o vamos a tener un problema serio.

Me encanta que haya retomado el... algo que para nosotros es esencial. Garantizamos a toda la población que tenga un médico de familia y una enfermera de familia adscritos. Ahora lo que estamos viendo es que pequeños núcleos de población pueden no tener nada y que haya varios días en las que no se les ha ido a ver, ¿por qué?, pues porque ese profesional se ha jubilado y nadie siente que es responsabilidad suya, y eso hay que acabar con ello. O sea, tenemos que conseguir que todo el mundo sepa que fulanito de tal y... y menganito de tal son mi médico de familia y mi enfermera de familia de referencia. Y eso es algo que... es que es lo legal, o sea, no... no estamos haciendo nada... nada especial.



La verdad es que yo les pediría colaboración, porque, cuando decimos cosas, terminamos asustando a la población; cuando decimos se va a cerrar esto, se va a cerrar lo otro, se va... Eso termina generando un mal... una mala sensación a nivel nacional, y lo malo es que se está diciendo en todo... en toda España. Y eso yo creo que tenemos que tener un pacto de trabajo todos muy intenso para intentar obviar estas cosas, porque generamos miedo y generamos que la población esté asustada.

Los centros de salud urbanos, efectivamente, están masificados, pero en ningún momento, en ningún momento, nunca, jamás, yo he dicho que voy a llevar profesionales de Atención Primaria de los centros de salud rurales a los urbanos, nunca. Otra cosa es que ponga encima de la mesa una realidad que se consigue en pocos países distintos a España, que es la... -y además lo he contado muchas veces- que es la ley inversa de Tudor Hart. Tudor Hart decía: tenéis que planificar de manera que, si no planificáis, todos los recursos van al medio urbano, van donde hay dinero, donde hay más posibilidades, etcétera, etcétera. Entonces, lo que tenemos que hacer es una planificación inversa. Y yo me siento muy orgullosa de la planificación inversa de la ley de Tudor Hart que tenemos en Castilla y León, porque tener ese 60 % de médicos en el medio rural versus el 40 en el medio urbano es muy correcto, porque tenemos una población muy dispersa, tenemos una población muy envejecida y muy necesitada de muchos cuidados. Con lo cual, eso yo nunca jamás he dicho que lo vaya a tocar, nunca, o sea, nunca. No vamos llevar... Otra cosa distinta es que necesitemos una mejor ordenación a nivel del medio rural y, desde luego, también una mejor ordenación del sistema a nivel urbano.

En el nivel urbano muchas veces lo que hay es un problema de burocratización excesiva de las consultas. Entonces, por eso nosotros planteamos tres niveles: intrazona, pero también intraequipo. Y dentro del equipo tenemos que trabajar totalmente para disminuir esa presión, y que todos podamos trabajar. Y esto nos lo piden los profesionales, pero... pero a gritos nos están diciendo. Y que es ese el problema que tenemos en Atención Primaria para generar vocaciones. Yo que fui docente de Atención Primaria y de medicina de familia, y di clases en la universidad durante muchos años y tenía estudiantes de medicina conmigo, pues al principio yo les preguntaba: ¿tú qué quieres ser de mayor? Alguno te decía "pues sí, médico de familia", pero casi todos querían otra cosa. Cuando acababan las prácticas te decían "buf, esto es muy bonito, pero es muy difícil, y además es que aquí anda que no trabajáis".

Es decir, que, por una parte, se ve que hay una masificación en las consultas y, por otra parte, tampoco hay ningún profesional nuevo que pueda asumir tener solamente 95 tarjetas sanitarias, porque ningún joven va a ir a un cupo de 95 tarjetas sanitarias, porque necesita mantener su competencia, necesita ver personas y necesita ver pacientes. Con lo cual, la filosofía de esto es intentar buscar esos equilibrios de mantenimiento de la competencia, por una parte, y de dar respuestas.

No puedo estar más de acuerdo con la política del ladrillo. O sea, cuando a mí se me dice construye un hospital aquí, allá. Primero, nosotros no decidimos dónde ponemos los hospitales. Los hospitales se hacen propuestas, y es el Ministerio de Sanidad el que acredita y te dice este es un hospital de nivel 1, de nivel 2, de nivel 3; o sea, te acredita el tipo de recurso que puedes hacer. Pero también te dice que, para determinar qué tipo de recurso tú quieres... tú quieres hacer, tienes que tener una cartera de servicios, una oferta de servicios determinada y una resolución de problemas. Es decir, a todos nos puede parecer que puede ser muy importante tener cirugía



cardiovascular en todos los sitios, y, sin embargo, ver que, si yo veo solo un paciente o dos de ese problema, voy a tener una tasa de mortalidad muchísimo más alta. Por lo tanto, todo esto está perfectamente planificado.

Cuando decimos “ponemos aquí un hospital”. Ya, ya, pero, si detraigo población de este hospital y te lo llevo a este otro hospital, al final no vas a tener un buen hospital, sino dos muy mediocres. Por lo tanto, yo creo que tenemos que saber lo que pedimos, cómo lo pedimos y que todo esto tiene una serie de indicadores. Pero, desde luego, lo que estoy de acuerdo es que la política del ladrillo sin profesionales sanitarios es muy mala política. O sea, aquí los importantes, los nucleares, son los profesionales sanitarios. ¿Que, además, estructuralmente, les revistamos de elementos que les permitan trabajar mejor? Pues está claro. Pero el último centro de salud que inauguramos, Burgohondo, pues es maravilloso, pero, si no hay profesionales sanitarios dentro, pues tenemos un problema muy muy importante.

Estoy totalmente de acuerdo con el transporte sanitario, de hecho, acaba... en este próximo año acaba el contrato que tenemos, y esto hay que darle una vuelta total y absoluta. O sea, total y absoluta, porque es verdad que... y además se hacen caso a las iniciativas, lo que pasa es que, si tú tienes un convenio en activo, tienes que esperar a que ese convenio acabe para poder hacer un nuevo... un nuevo convenio. Pero el nuevo convenio va a cambiar de una manera espectacular, tanto en condiciones laborales como en reposición de las ambulancias, en relación a los técnicos.

El helicóptero... los helicópteros están ya... está siguiendo sus pasos, no ha habido ninguna alteración dentro del helicóptero que va a ir a Ávila. Y el helicóptero nocturno está desarrollándose el pliego de... porque es difícil, porque... vamos, es difícil, que tiene muchas connotaciones: ¿cómo hacer el vuelo?, ¿cómo tienen que ser las balizas? O sea, no es fácil, pero, desde luego, aquí vamos a seguir... a tener nuestros helicópteros, y, desde luego, vamos a tener un helicóptero que va a volar por la noche. Porque, como usted bien dice, y yo también bien conozco, es que los problemas importantes son de madrugada. Es decir, que cuando hay una persona que hace un ictus o un infarto pueden ser las tres de la mañana. Por lo tanto, eso es importante que lo podamos... que lo podamos resolver.

En cuanto... tenemos varias fases en el proyecto, y tienen que ver con el déficit de profesionales, con lo cual, no puedo estar de acuerdo cuando me dicen que estamos pensando de un tema coyuntural. No, hay pensadas muchas umes, pero las umes, mientras no tenga profesionales, no las puedo poner en marcha. Por lo tanto, formo profesionales, y, una vez que tenga formados los profesionales, esas umes, que ya tengo planificadas en fase 2, las doy... las doy contenido.

Y, desde luego, pues acabar diciendo que, bueno, pues agradezco el apoyo que ha hecho a los... a los profesionales, porque yo creo que ha sido muy complicado para todos ellos, para todos nosotros. Ahora, cuando se intenta a veces obviar, que parece que la pandemia no ha existido, cuando se ha sufrido lo que se ha sufrido y cuando hay profesionales que muchos de ellos te dicen “yo es que no entiendo... estoy en una situación que estoy viendo dramas todos los días, y no entiendo cómo hay esta disociación cognitiva en la población de, bueno, de perder un poco las referencias”. Por lo tanto, todos los apoyos que hagamos a nuestros profesionales no están... no están nunca de más.



Al señor José Ignacio Delgado, agradecerle la bienvenida. Es un placer, para mí siempre ha sido un placer venir... venir aquí. De hecho, siempre vengo, porque me parece que... y yo... y además voy a decir una cosa, no tanto por ustedes, que también, sino por lo que ustedes representan; y lo que ustedes representan es a la población. Y, por lo tanto, para mí venir aquí no es un... una cosa que... sino es una obligación clara y rotunda.

También le agradezco que haya... que haya transmitido el agradecimiento a los... a los profesionales, porque es verdad que el esfuerzo ha sido absolutamente descomunal. Han demostrado la capilaridad, como decían antes, y la plasticidad del sistema. O sea, hemos... se ha puesto del revés todo... todo un sistema sanitario, y además se ha hecho bien, porque se ha conseguido los objetivos de intentar... los objetivos en salud, que, en definitiva, son importante. Hemos tenido que reordenar, que optimizar, profesionales que estaban en consulta han pasado a planta, profesionales que estaban en planta han pasado a críticos, a profesionales de Primaria les hemos tenido que reorganizar. Es decir, ha habido una labor de reorganización muy profunda en todo... en todo el sistema, y en el que hemos visto pues nuestras fortalezas, pero también hemos visto donde teníamos las debilidades y lo que teníamos que hacer.

Y, desde luego, no puedo estar más de acuerdo que no se puede mirar a otro lado, no podemos mirar a otro lado. O sea, hay muchas noticias de nuestros profesionales que dicen "vamos al colapso, no podemos más". Pero es que son los de Navarra los que lo dicen, los de Valencia los que lo dicen y los de... y los de Castilla y León. Por lo tanto, no podemos mirar a otro lado; hay que poner ya en marcha todas las medidas intentar... y además analizarlas y evaluarlas: ¿que funciona?, apoyo; ¿que no funciona?, reconducción, o suspensión, si realmente es un desastre. Pero, desde luego, hay que hacer, y hay que hacer algo. Y lo que proponemos está muy muy estudiado, está muy estudiado con expertos y está muy estudiado con todo el mundo.

Lo que sí que es verdad es que, evidentemente, necesitamos el apoyo político, porque ciencia y política tienen que ir de la mano; por lo tanto, necesitamos el apoyo político. Por lo tanto, ahora vamos a tener reuniones con presidentes de diputación, con los delegados territoriales, con los gerentes, todos en común, para intentar esto aterrizarlo. Está... está ya muy estudiado el aterrizaje, pero tenemos que ver, con la gente que conoce muy bien el contexto, el cómo irlo desarrollando.

Hemos hecho una apuesta. Yo, desde luego, si estoy aquí es por defender el sistema sanitario público de calidad. O sea, eso lo tengo claro. No creo en otros sistemas aquí, en España. Eso no quiere decir que en unos momentos determinados, en los que tengamos problemas estructurales, no echemos mano de todos los recursos que nos pueden ayudar, como ha sido el caso, durante la pandemia, de los recursos privados; nos han ayudado y nos han ayudado mucho.

El producto interior bruto, tal y como usted dice, es evidente, está ahí, o sea, lo hemos hecho; es un proyecto ambicioso, pero, desde luego, yo creo que muy muy necesario.

También, evidentemente, comparto lo que usted dice de que no es una opción: no es una opción no hacer nada, no lo es, no lo es; es muy peligroso no hacer nada, muy peligroso. O sea, podemos decir, bueno, a ver qué pasa; no, no, no, es que a ver



qué pasa, si yo no reordeno el sistema, es que a lo mejor pongo en riesgo estructuras muy importantes, y eso no se puede hacer. Y, sin embargo, ordenándolo ahora, lo podemos tamponar.

Tenemos que intervenir en Atención Continuada, usted también ha hecho referencia a que todo el mundo tiene que conocer al médico de familia y la enfermera. Hay muchísimos estudios que demuestran que el valor de la Atención Primaria es la longitudinalidad, es decir, el conocimiento durante 15, 20, 30 años, a una persona, y tú la conoces como ente biopsicosocial, o sea, no solamente conoces si tiene... si tiene hipertensión o tiene diabetes, no, es que, además, sabes que tiene una disfunción familiar grave, que se acaba de divorciar, que tiene una serie de problemas, y eso da una perspectiva importante a la hora de abordar a las personas y de centrar nuestra atención en las personas.

El esfuerzo que se ha hecho para los concursos-oposición, le agradezco que felicite el trabajo y lo trasladaré a la Dirección General de Profesionales, porque ha sido un trabajo increíble. La ampliación de plazas formativas, estamos en ello, son auténticos retos, vamos a conseguir, pero el problema fundamental es el que he comentado: el por qué, cuando tú haces un proyecto de fidelización ofertando 2 y 3 años, resulta que solamente lo coge el 16 %. Pues esto señala una cosa clarísima, que tenemos más oferta de trabajo, mucha más oferta de trabajo, que realmente demanda, que profesionales que lo puedan cubrir. Y, además, aquí les voy a contar una anécdota que contó la consejera de La Rioja que... -no sé si ya se lo he contado, bueno, se lo cuento otra vez-, que dijo "a mí me vais a presentar a un consejero", le dijimos, bueno, pues si nos conoces a todos, dice "sí, a ese consejero cuya Consejería se lleva... que paga estupendamente bien y que se lleva todos los profesionales de todos los sitios". Porque no, porque ahora mismo eso no es así, o sea, no es así en ningún sitio, o sea, no es así en ningún sitio. Y podemos seguir diciéndolo "que pongan médicos, que pongan médicos", bueno, pues vale, lo seguiremos diciendo, pero, si no hay, no hay, y no los tenemos ninguno. Navarra, que se supone que es... que es donde más pagan... pagaban pues, si ustedes leen la prensa, denuncian que más de 40 plazas de médico de Atención Primaria sin cubrir. Es decir, que este problema es generalizado y no tiene nada que ver con la economía, sino con las necesidades de formación.

También ha hecho un comentario, que me lo he apuntado: la sanidad la tenemos que resolver entre todos. Eso es así, o sea, eso es así. Yo creo que la unión de las fuerzas, las ideas, el "mira esto no me gusta, pero lo deberíais de hacer así", yo nunca, jamás, he rechazado las ideas, todo lo contrario, todo lo contrario, cualquiera que tenga... Lo que no me vale es la cultura de la queja y esto no está bien y yo no lo quiero. No, bueno, no lo quiero, pero te propongo que hagas esto, esto y esto. Entonces, eso puede ser muy válido, desde luego.

La *app*, bueno, todo lo que es tema de digitalización, es una clara... es una clarísima apuesta, o sea, desde luego, yo creo que hemos tenido importantes avances, y yo quiero agradecer a María Ángeles Cisneros y a todo su equipo, que es la directora general de este tema, todo lo que se ha hecho, porque la verdad es que están trabajando mucho; y se verán en próximas fechas cosas que van a ser importantes para los profesionales, como, por ejemplo, el escritorio profesional.

El trabajar con colectivos expertos para nosotros era fundamental, que nos nutrieran de cuáles eran las medidas más correctas, pero con planteamientos reales



y... y factibles, es decir, que es importante el ir... el ir, bueno, pues adecuando nuestras actuaciones.

Al señor Alejandro Vázquez, también muchísimas gracias por la bienvenida, por su agradecimiento a la información, por recoger esa primera comparecencia del cinco de septiembre, que es que parece que fue allá por el Pleistoceno, el que me diga que, evidentemente, pues yo no sabía la que me caía encima. Pero, independientemente de todo, yo creo que ha sido mucho trabajo, pero ha sido un reto auténtico; no sé si volvería a decir que sí, pero, desde luego, no me arrepiento para nada de ello. Es verdad que hemos tenido la crisis sanitaria, social y económica más terrible de este país; yo siempre he comparado esto a una guerra, es decir, una guerra te deja la guerra y luego te deja la posguerra, que es igual o más terrible, y, por lo tanto, tenemos que prepararnos para ello.

El trabajo que se ha hecho en Atención Primaria, el trabajo que se han hecho en Emergencias, el trabajo que se han hecho en Urgencias, el trabajo que se han hecho en las plantas y en cuidados críticos ha sido absolutamente... absolutamente espectacular. Le agradezco, y me uno, a las condolencias a los familiares, han sido muchas personas que han perdido a sus seres queridos en esta pandemia. Y, de alguna manera, también nos induce a la reflexión, como usted decía, que tenemos que cambiar el modo de prestar asistencia.

Me ha encantado su análisis porque, evidentemente, eso es así, es decir, aquí hay dos connotaciones que son muy importantes, que es: la pandemia, que fija un antes y un después; y la falta de profesionales. Son quizá ahora mismo las dos grandes amenazas del sistema. La pandemia no tanto, porque ya parece que va bien, sino la pospandemia, es decir, el no COVID, eso que hemos dejado de diagnosticar, que lo sabemos. Aquí hay una cosa que se... algún profesional en el hospital me decía “no nos dábamos cuenta de la cantidad de trabajo que hacen los compañeros de Atención Primaria hasta que hemos empezado a ver que hay menos diagnósticos de cánceres, que lo que nos llega está mucho más evolucionado”, etcétera, porque era patología que se estaba controlando en Atención Primaria y que tenemos que volver a... a hacer.

Luego, bueno, lo del 20 % en Atención Primaria es algo que tenemos que hacer, el seguir incrementando el presupuesto en salud pública y, sobre todo, también los profesionales en salud pública. O sea, no solamente es decir “uy qué importante es la salud pública”; no, la salud pública es importante y... y necesitamos trabajar en ella preventivistas. Y ¿para qué? Pues necesitamos incrementar el número de plazas de formación de medicina preventiva.

En cuanto a que necesitamos recursos propios y, cuando vemos que hay un problema estructural, buscar recursos ajenos, evidentemente. El Plan POLE lo que hace es eso, o sea, el Plan POLE, para intentar ordenar las listas de espera, lo primero que hace es: lo hacemos con recursos propios y ordenándolo bien, y trabajando perfectamente y analizando la situación y viendo cómo lo podemos hacer; segundo, si no lo... si lo puedo hacer con recursos propios, pero necesito incrementar tardes, incrementar recursos diagnósticos, etcétera, pues eso se tiene que hacer y se tiene que organizar; y el tercero, si el problema es estructural, pues, evidentemente, no podemos no mirar que tenemos recursos que nos pueden ayudar.



Le agradezco los comentarios sobre el portal de transparencia, ha sido... Uno, cuando ve los datos, pues dice: pues ya está. Pero es que detrás de los datos hay personas con nombres y apellidos que están tecleando datos todo el santo día, que están recabando información y, desde luego, yo a todos ellos les quiero agradecer, tanto a los que pertenecen a mi Consejería como a la Consejería de Transparencia, todo el esfuerzo que se ha hecho, porque es verdad que nuestro portal ha sido muy leído, muy estudiado y, desde luego, extendido en otras Comunidades Autónomas.

Faltan profesionales médicos y enfermeras, no es exclusivo de Castilla y León, es evidente. Las medidas tienen que ser a corto, medio y largo plazo. A corto plazo, hasta que no tengamos esas salidas de profesionales que necesitamos, lo que tenemos es que ordenar, pero ordenar no significa renunciar a que pueda haber profesionales que, en un momento determinado, cuando los tengamos, les utilicemos, eso tiene que ser... tiene que ser así. La homologación de... en títulos seguimos teniéndola bloqueada, y es algo que también reitero muchísimo al Ministerio. También es verdad que han tenido muchísimo trabajo, o sea que... pero que sí les pido que homologuen títulos. Y que estoy totalmente de acuerdo que es un problema nacional, o sea, esto o lo resolvemos todos juntos o tenemos un problema; y me gustó que... que, bueno, que la actitud es de intentar resolverlo desde el Ministerio de Sanidad.

Y, desde luego, no puedo estar más de acuerdo con su última reflexión de la coordinación, diálogo y pacto, porque, si no, de esta lo tenemos complicado para salir.

En relación a la intervención del señor Jesús Puente Alcaraz, le doy las gracias. Yo creo que la ciencia y la política van juntos. Y, de hecho, yo me acuerdo... -cuando yo era técnico en... allá por el Pleistoceno, en la Junta de Castilla y León- yo me acuerdo que un jefe de gabinete yo le decía "no, no, es que la política a mí... aquí lo que me interesa son los datos, la técnica y tal". Y me dijo: "No, no te confundas; los técnicos hacen la política, y eso es lo que diferencia una política buena de una política mala. Una política sanitaria con mayúsculas tiene que tener técnica, tiene que tener indicadores, tiene que tener datos porque, si no, es otra cosa". Entonces, yo creo que en eso estaremos de acuerdo; no es que una pueda a la otra, sino que las dos tienen que... tiene que ir juntos.

Yo creo que estoy totalmente de acuerdo con usted. Yo creo que ha habido... hemos tenido un éxito de vacunación, totalmente. Yo creo que el éxito de vacunación ha sido por una estrategia correcta, que la estrategia correcta ha nacido desde Europa, que la estrategia correcta ha nacido a nivel nacional con la coordinación del Ministerio de Sanidad para intentar tener una estrategia nacional de vacunas. Hubiera sido una jaula de grillos auténtica y absoluta si cada uno hubiéramos decidido "ah, pues yo empiezo por los profesionales de 40 años, pues yo empiezo...". No, el hecho de decir primero vamos a empezar todos por los... por las personas que están a riesgo, personal socio... personas que están en residencias, personas mayores o los profesionales que están más expuestos. Entonces, yo creo que esa estrategia de coordinación, que no puede ser de otra manera, porque el problema de salud pública tiene que ser nacional. Por lo tanto, yo creo que el Ministerio ha hecho... ha hecho una buena labor, yo creo que tomó una buena decisión de ajustar las vacunas a las... a las necesidades que teníamos. Hemos tenido algún que otro debate sobre si ponemos, no ponemos o dejamos de poner. Pero, vamos, lo cierto es que el resultado final es muy bueno. Y yo creo que ha sido un resultado



bueno porque ha sido un resultado coordinado, en el que tanto la Ponencia de Vacunas como la Comisión de Salud Pública, como el Consejo Interterritorial, como el Ministerio y como Europa han sido capaces de trabajar en un entorno. Y esto sitúa a España como el mejor... -yo creo que habrán visto las estadísticas- pero es el país donde mejor se ha vacunado; o sea, donde más pronto hemos llegado a ese 70 %, y donde la vacunación ha sido un éxito.

Y no es un fácil en una Comunidad como la nuestra, porque no es lo mismo tener una Comunidad con una sola área de salud, o dos, a tener una Comunidad con 11 áreas de salud y 9. Y, evidentemente, las tres estrategias que hemos utilizado para la vacuna nos han funcionado. ¿Cuáles han sido las tres estrategias? Utilizar la capilaridad que dice usted, es decir, la base que tenemos, pero también los equipos itinerantes de vacunación y, también, la vacunación masiva. Es bastante curioso, porque ahora están descubriendo en otras Comunidades Autónomas lo bueno que es hacer llamamientos sin cita, y están pues haciéndolo, cuando nosotros es algo que hemos hecho desde el principio, y yo creo que ha sido parte del éxito de convocatoria. Es decir, hemos tenido una población que ha estado absolutamente alineada a la necesidad de vacunarse, y eso ha sido muy bueno, hemos tenido unos profesionales que han estado absolutamente en la línea de ayudar a vacunar, y, por lo tanto, ha sido bien. Pero hemos tenido tres estrategias para vacunar, y yo creo que ha sido el... parte de que hayamos podido llegar con estos... con estas cifras.

Quiero deshacer un entuerto que no es verdad y que lo he dicho antes: 60 % en el medio rural, 40 % en el medio urbano es bueno. O sea, yo no he dicho en ningún momento que yo iba a llevar profesionales de un lado a otro. Lo que sí que puede suceder es que esos mismos profesionales pueden ir a núcleos rurales que son más grandes, o ese núcleo rural prácticamente ha disminuido. Pero en ningún momento se ha planteado, ni se ha planteado como... Porque es que además es que coincido con usted, porque... y además ya se lo he dicho varias veces en alguna interpelación, es que este modelo que nosotros tenemos no está en ningún sitio, o sea, no hay países del mundo que estén haciendo esto, o sea... y nosotros lo hemos conseguido. Y es una gran virtud que tenemos en nuestro sistema: el tener a muchos profesionales en el medio rural atendiendo a población dispersa. O sea, no seré yo... y por eso quiero que quede este tema claro, porque no se va a hacer ese tipo de cambios. Y además no se va a hacer de quitar a uno cuando está. Es decir, vamos a tener, porque es que se está produciendo ya, poblaciones de 40 habitantes, poblaciones de 50 habitantes, en el que se ha jubilado el profesional, en un contexto de necesidad de competencia, pero sobre todo de no tener profesionales, no va a haber un profesional que vaya a ese pueblo. Por lo tanto, eso hay que reordenarlo y hay que decirles a esos 40 habitantes, fulanito de tal y menganito de tal son tu médico de familia y tu enfermera, y están obligados a venir.

Ahora mismo estamos haciendo un análisis. A mí me consta que la mayor parte de los médicos están haciendo muy bien su trabajo, pero puede haber alguno que lleve un tiempo sin hacer lo que tiene que hacer. Y entonces, eso es lo que estamos intentando ahora identificar con las diferentes Gerencias, si ese problema se está dando y si hay algún problema de... para dar cita previa y demás. Pero la duda es atender a todos nuestros... nuestros problemas.

El plan de reordenación, evidentemente, se apoya sobre... sobre todo esto. El plan de reordenación se ha estado haciendo, pero no ahora desde que estoy... que



estoy yo, sino que ya, afortunadamente, por determinados motivos, hay algunas provincias que ya tienen el plan de reordenación, que tienen muy pocas cosas que hacer, porque las han ido haciendo, como ha pasado en Salamanca o ha pasado en Valladolid; porque, por necesidades, lo han ido reorganizando. Es que da la impresión de que ahora mismo nosotros nos estamos... estamos haciendo cosas que son... que son muy raras. No, estas cosas de determinadas zonas que se quedan sin profesional porque se jubila, y la población ha pasado de tener 800 a 40, pues se hace la... se hacen los reajustes. O sea, que no estamos tampoco planteando nada... nada de eso.

Las plazas no desaparecen, las plazas se queda el cómputo a nivel global, y se irán poniendo donde se necesitan y se irán poniendo de manera ordenada. Pero también es verdad que ahora, en la fase en la que... en la que estamos, ya, afortunadamente, empezamos ya a tener... a tener la posibilidad, gracias a que el COVID nos deja más tranquilos, para poder empezar a trabajar. Y, como les decía, el día trece me parece que es cuando tenemos una reunión con los presidentes de diputación, con la Federación de Municipios y Provincias, con los delegados territoriales y con los gerentes para contar, desde luego, en profundidad qué es lo que vamos a hacer. Pero lo que vamos a hacer también es reuniones área por área. Porque tenemos una Comunidad que es tan heterogénea que no valen las mismas soluciones para todos los sitios. O sea, en algunos sitios habrá muy poco que hacer porque está todo hecho y en otros sitios pues habrá que ver cómo hacemos la reordenación. Por lo tanto, unimos la ciencia, que es la técnica, que son los datos, con la política, y ahí es cuando lo vamos a empezar a desarrollar.

Bueno, no sé qué me dicen del Bierzo y la privada, pero, desde luego, lo que estamos haciendo son alianzas estratégicas en el Bierzo. Una de las maneras que nosotros hacemos para hacer alianzas estratégicas es que el CAULE ayude al Hospital del Bierzo, igual que Salamanca ayuda a Zamora o Burgos ayuda a Soria; o sea, eso es algo que se ha hecho toda la vida. Por lo tanto, se hacen alianzas... alianzas estratégicas.

¿Que siguen faltando servicios? Pues hay que seguirlo haciendo. ¿Que la Atención Primaria hay que reforzarla? Esto es lo que quiero hacer. O sea, yo necesito más profesionales, necesito más inversión, y, desde luego, no es una política de recorte, ni muchísimo menos, sino todo lo contrario. Porque lo que está claro es que, lo que hay, hay que tomar decisiones; no podemos taparnos los ojos y decir: hala, más dinero y más profesionales. Ya, ya, pero lo que hay es lo que hay. Entonces, vamos a ver cómo lo reordenamos entre todos, pero es que yo creo que entre todos. Yo todavía no he entendido la salida de ustedes del último día, después de 4 meses de trabajo, en un consenso político, con 122 medidas absolutamente magníficas, dijeran que no; pero sin proponer. Bueno, decimos que no en este punto, porque este punto queremos que sea así. Y no fue así. Entonces, yo, de verdad, les sigo pidiendo la colaboración, les sigo pidiendo el consenso, porque... porque es que lo necesitamos.

Pero es que yo no sé si ustedes ven la prensa [*la oradora muestra un documento*], pero es que la prensa de toda... de toda España es una prensa que nos está diciendo que está pasando esto en todos los sitios. Aquí tenemos noticias, que vienen de Aragón, "la Atención Primaria rural falta de personal y saturación de servicios". Médicos de Atención Primaria aragoneses: "Si seguimos así, nos ahogamos". Navarra, "más de 40 plazas de médico de Atención Primaria sin cubrir". Una plataforma de Cáceres diciendo que necesitan... que la Atención Primaria está fatal.



Una de cada... Es decir, todo esto nos está pasando en todos los sitios. Entonces, podemos taparnos los ojos y decir "va, a ver qué pasa", o podemos tomar decisiones, reordenar y organizar, y además todos juntos, porque yo creo que es responsabilidad de todos nosotros.

Nos decía... bueno, las listas de espera, vamos a hacer... estamos haciendo un trabajo intenso. Esta última ola en algún sitio produce impacto, porque, en el momento que tú tienes una ola que te obliga a cerrar quirófanos, es algo que va a tener impacto. Pero yo creo que, con el inmenso trabajo que se está haciendo, creo que lo vamos a poner a la situación previa, y mejor que la situación previa, y luego seguir trabajando para... para mejorarlo.

La tele dermatología. Pues, evidentemente, no podemos esperar un año. Hombre, un quiste epidermoide, por mucho que duela, pues es un quiste epidermoide, no es grave, pero evidentemente, si... esto debe de ser mucho más fácilmente resuelto. Y, precisamente por eso, apostamos por extender la tele dermatología; no que aparezca como un... como un proyecto en un sitio determinado, sino extenderlo.

Las enfermeras que emigran. Las enfermeras emigran a un sitio, vienen a otro. Yo creo que ahora mismo el problema que tenemos es un problema generalizado. Y lo mismo le digo con respecto a los... a los médicos. A todos los médicos mir, ¿eh?, se les ha ofrecido plaza de 2 más 3... de 2 más 1, perdón, y algunos lo han cogido y otros no. Entonces, ¿dónde está la reflexión? Pues es que la reflexión hay que partir desde la EBAU. Yo sigo pensando que tenemos que tener una EBAU determinada, que tiene que estar centralizada, porque aquí formamos magníficamente bien a nuestros estudiantes, pero que por el punto de corte que tenemos aquí tan alto, pues no van. Y aquí somos muy buenos a la hora de formar a la gente, pero se nos va. Si alguien de Andalucía o Canarias viene a formarse a Castilla y León, cuando acaban no se quedan en el Bierzo, se lo garantizo, se van a Andalucía o a Canarias. Entonces, es muy importante que la reestructuración empiece desde fases muy... desde fases previas.

Por lo tanto, tenemos que retener el talento haciendo esta... este tipo de cosas, pero hay muchas más iniciativas que tenemos en este momento: potenciar a la gente que hace investigación, darles mejores contratos. Pero vuelvo a lo mismo, cuando tú tienes un problema de oferta y demanda, si yo oferto muchas más plazas y tengo menos gente, las personas van a optar por lo que mejor les va... les venga; y entonces, hemos tenido cosas curiosas como a personas que les ofreces contratos de 2 más 1 y, sin embargo, prefieren seguir haciendo guardias en contratos mensuales, porque saben que les vamos a contratar, saben que les necesitamos, y no lo cogen. Y de esos tengo un montón de ejemplos que les podríamos... que les podríamos dar.

Por lo tanto, necesitamos hacer los concursos de traslado, los concursos-oposición, formar a muchos más profesionales y conseguir hacer buenas ofertas laborales. Y, sobre todo, si hacemos concursos de... oposición, no hay nada que fidelice más que una plaza en propiedad; y eso, nos guste o no, eso es así.

Yo mantengo la misma estrategia, es decir, no puedo cambiar de estrategia, pero a mí de verdad que me parece que es una estrategia muy sólida, muy estudiada, en el que ponemos mucho más dinero, hacemos mucha más inversión, planificamos lo... lo más posible y invertimos en recursos humanos; y trabajamos para tener... esos recursos que nos faltan, tenerles más.



Entonces, que me digan que no tenemos una propuesta, casi estoy por empezar otra vez a contarles la... [murmullos] ... no, que ya ha sido muy larga. Venga. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Muchas gracias, señora consejera. Y, a continuación, se abre un turno de réplica para los distintos portavoces de los distintos grupos parlamentarios, y, en primer lugar, por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, el señor Pascual Muñoz.

EL SEÑOR PASCUAL MUÑOZ:

Bueno, pues muchas gracias por sus respuestas, consejera. Voy a intentar ser breve porque ya llevamos aquí mucho tiempo. Y solo una pincelada sobre la Atención Hospitalaria y listas de espera, aunque parece que el coronavirus ha servido para reducirlas, algo que nunca había sucedido hasta ahora, y eso con un sistema semiparalizado por la pandemia. Pero resulta que, si atendemos a los datos, nos encontramos con que la demora media para una consulta externa se reduce, y, además, con tendencia a seguir bajando. Resulta que no ha habido casi consultas presenciales, muchas de las que hay son por vía telefónica, pero la lista de espera se reduce. Hemos mejorado mucho con las consultas semiparalizadas, como le digo; o sea, que el coronavirus ha beneficiado, sin duda a las listas de espera.

Le decía al principio que todo depende del color del cristal con el que se mire, y así es, porque también en este caso la realidad es que las listas de espera están empeorando y hay muchos expertos que aseguran que esto se debe al deterioro de la Atención Primaria. [Murmullos]. ¿Qué? No, no, yo también; yo voy el segundo, usted la primera, yo el segundo.

Quisiera preguntarle, consejera, ya para... ya que tengo cinco minutillos, por la proposición no de ley que se aprobó en esta misma Comisión para poner en marcha residencias sociohospitalarias, que todos los aquí presentes votaron a favor, pero, al igual que con la iniciativa para mejorar el transporte sanitario, que le decía, y la enmienda del helipuerto, pues se quedan en el limbo. ¿Vale?

También me gustaría saber, ya que... aprovechando, cómo va la obra de la radioterapia en Ávila, si nos puede dar algún plazo o cómo van los avances, porque yo, que vivo allí, no veo mucho movimiento.

Y también otra pregunta: ¿sabe si se va a hacer algo para poner en marcha la proposición no de ley también que se aprobó, también por unanimidad, en Castilla y León para que fuera una Comunidad cardioprottegida? Yo presenté una enmienda a los Presupuestos que se rechazó, no entiendo por qué...

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Disculpe, señor Pascual, ¿puede hacer...? [Murmullos].

EL SEÑOR PASCUAL MUÑOZ:

Lo de... No, que había una PNL que se aprobó, que era residencias sociohospitalarias, a ver cómo se podía compaginar el que Familia, a raíz de la pandemia... Se



aprobó aquí una proposición no de ley, que se aprobó por unanimidad, además, que había que considerar el hacer un pilotaje de residencias sociohospitalarias. *[Murmurillos]*. No, no, no, no, no.

Y, luego, lo de... le decía, Comunidad cardioprottegida, no sé si me puede decir algo sobre este asunto. También se aprobó en el Pleno por unanimidad.

Y, bueno, termino diciéndole que entiendo, de verdad que entiendo, ¿eh?, y bueno. Y antes de terminar, sí es verdad que, efectivamente -es que se me... ha venido ahora a la cabeza-, que hay un convenio activo, como decía, de transporte sanitario, pero que vuelvo a decir lo mismo, que hay que exigir y exijo a la... a la Junta y a la Consejería controles de las condiciones de prestación de ese servicio, de ese convenio activo que hay. Vale que el próximo va a ser mucho mejor, fenomenal, pero que el que tenemos que se... que haya controles de las condiciones de prestación del servicio, estrictos y rigurosos.

Y, bueno, ya sí que termino. Que le digo de verdad que entiendo que... el enorme trabajo que está realizando su Consejería, y más con la situación que nos ha tocado vivir. Y que, aunque lo habrá oído en muchas ocasiones, y se lo digo, ¿eh?, y es la verdad, que los profesionales médicos estamos muy cansados, señora consejera, muy cansados. No hay profesionales suficientes, como bien se ha dicho aquí por parte de todos los grupos políticos, para cubrir las vacaciones y las bajas. Y, en concreto, le digo, en Emergencias estamos trabajando a destajo, y los principales afectados, consejera, aparte de nosotros y nuestras familias, son los pacientes.

Y estoy totalmente de acuerdo con usted en que no podemos seguir así. Y ahora, si dejamos pasar esta oportunidad, este momento, de reestructurar todo, no lo deberíamos ni perdonar, ni las generaciones venideras nos deberían perdonar a nosotros por estar aquí, ni nosotros mismos deberíamos perdonarnos. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Gracias, señor Pascual. En segundo lugar, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra, por un tiempo máximo también de cinco minutos, el señor Delgado Palacios.

EL SEÑOR DELGADO PALACIOS:

Muchas gracias, señora presidenta. Efectivamente, agradecer nuevamente a la consejera su presencia. Y es que hay que recordar que yo creo que es la consejera que más veces ha venido a la... a las Cortes de Castilla y León a comparecer, y siempre es de agradecer pues esa disposición.

Sí que, en esta segunda parte, incidir en que, desde luego, tenemos que incrementar en todo lo posible, y así lo ha dicho, el tema de personal. Desde luego, las nuevas tecnologías son fundamentales, y esa capacidad resolutoria de los centros de salud. Y toda esa cuestión es fundamental, vuelvo a decir, vuelvo a recordar, entre todas las Administraciones. La conectividad, como sabemos, es una competencia del Gobierno de España, y eso no es óbice para que la Junta de Castilla y León, por supuesto, haga todo lo posible en esa situación.

Recordar también y agradecer esa disposición. Nos ha adelantado que va a hablar con todos los presidentes de las... con todas las diputaciones de... de Castilla



y León; con la Federación Regional de Municipios y Provincias sabemos que también tiene contactos, es decir, con los ayuntamientos, porque es fundamental que también participen, lógicamente, de esta reorganización y de este refuerzo sanitario. Yo creo que es una cuestión ineludible, que entre todos tenemos que aportar todas las medidas.

Y agradecer, además, ese consenso por su parte, que compartimos desde el Grupo Ciudadanos, como bien sabe, porque, efectivamente, hay que intentar atraer todas las propuestas mayores y, efectivamente, pues cuando no funcionan, porque a veces pasa, es decir, todo se hace con la mejor intención, pues reconducir de nuevo esas medidas, y aquellas que van aportando pues adaptarlas y sumar, sumar a estas iniciativas. Es una cuestión fundamental.

Yo sí que me gustaría agradecerla que, efectivamente, nos ha dicho esos Fondos COVID que nunca son suficientes, pero bueno, nos acaba de decir un dato, yo creo que... recordar creo casi eran 85 millones de euros los que va a la Gerencia de Salud, pues entre otras cosas, por ejemplo, hay unos 37 millones, que yo creo recordar, pues para los TAC, los PET-TAC, que se están instaurando y que, desde luego, dan mucha garantía sanitaria y mucha precisión a los pacientes por todo Castilla y León. Sabemos que siempre sería bueno en todos los lugares y en todos los sitios, pero, en fin, yo creo que hay que reorganizarse con los medios que se tiene.

También decir esas 5 unidades de radioterapia, que, lógicamente la de Ávila es la que más avanzada está, pero hay que recordar también la de Soria, Segovia, el Bierzo y Palencia; que desde luego que es una cuestión ineludible por parte de la Junta de Castilla y León pues en estas cuestiones prioritarias, como es el cáncer, lógicamente, que se vaya lo más rápidamente posible a todos los lugares.

También, por cierto, ayudaría que las infraestructuras en Castilla y León también mejoraran, y no es por nada, ¿eh?, pero es que esa autovía del Duero, esa A-60, entre Valladolid y León y... Valladolid y León, etcétera, y tantas infraestructuras, nos acercaría mucho más rápidamente, ¿eh?, en cuestiones prioritarias, como son las sanitarias, en cuestiones a veces de minutos, como es la vida. Y, por supuesto, facilitaría también y mucho esa trazabilidad de los profesionales, que se tienen que desplazar. Como bien sabemos, no todo el mundo vive donde puede vivir, vive a veces donde puede. Pero, lógicamente, se puede acudir a los puestos de trabajo más fácilmente si las infraestructuras... sobre todo esa falta de autovías en Castilla y León, que es manifiesta. Esperemos que también estos fondos europeos también sirvan, esperemos, sinceramente, para ello.

Y hay que resaltar también pues como algo positivo esa próxima inauguración del Hospital de Salamanca. Y, claro, yo, como burgalés, no puedo nada más que también agradecerle que... y esperemos que se implemente de una vez por todas, que se está redactando el proyecto de ejecución del Hospital de Aranda de Duero, que esperemos que sea... Ha dicho que a ver si podemos tener un proyecto completo del Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero este año. Pues yo, sinceramente, le animo a seguir trabajando. Vemos que las cuestiones, digamos, de contratos son a veces son complicadas, pero, ¿no?, por parte de la Administración tenemos que intentar agilizar lo máximo posible.

Y, sinceramente, yo creo que se está haciendo, vuelvo a decir, un gran trabajo. Todas las medidas a veces son insuficientes; todos queremos que la sanidad sea lo mejor, lo más cercana posible, y ojalá pudiéramos tener un médico pues iba a decir



a la puerta de casa, pero la realidad es contundente y tenaz. Castilla y León está conformada por la cuestión de más de 2.400 municipios, 5.500 núcleos de población. Vivimos donde vivimos, y estamos muy orgullosos de ello, y desde luego... pero está claro que tenemos que ponernos mano a la obra a reorganizar, a reforzar de una vez por todas la sanidad. Porque lo vamos a decir por enésima vez, esto no es un problema de Castilla y León por nuestra mala cabeza o la mala gestión, esto es un problema de España, incluso europeo. Ahora que parece que el precio de la luz no es un problema ya nuestro, sino que es europeo, o del *sursum corda*, qué casualidad que parece que la sanidad en Castilla y León sí, es solamente de Castilla y León. Pues no, es un problema de Navarra, es un problema de Extremadura, es un problema de Castilla y León, de Castilla-La Mancha, de Aragón, etcétera. Es un problema, lógicamente, de esta diversidad y de esta dispersión geográfica en muchas Comunidades Autónomas, donde, lógicamente, tenemos graves problemas, pero que tenemos que acometer ineludiblemente. Y no se puede mirar, vuelvo a decir, a otro lado. Todos somos necesarios para solucionar este problema y todos tenemos que aportar aquello que seamos capaces de ello. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Gracias, señor Delgado. En tercer lugar, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, el señor Vázquez.

EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Gracias, señora presidenta. Señora consejera, voy a empezar con un agradecimiento intenso y profundo. Es decir, lo que ha dicho usted aquí de que no va a detraer recursos del medio rural para llevarlos al medio urbano. Yo lo... me permito repetirlo, ¿eh?, porque verdaderamente pues es una... una afirmación que es bueno repetir y que en esta sede parlamentaria se diga, como también ha dicho usted muchísimas veces, no ahora, hoy, en muchas preguntas que se le ha hecho por parte de la Oposición y por muchas intervenciones que ha tenido usted, que va a mantener la asistencia en todos los consultorios locales. Y quiero agradecerle esta última... esta última afirmación.

Evidentemente, ¿por qué es importante esto? Bueno, pues porque estamos con el 60 y el 40 % y, desde luego, el ámbito rural de Castilla y León -y usted lo conoce bien porque vive en Castilla y León, no vive en Madrid, vive en Castilla y León- pues es muy importante el medio rural en Castilla y León. A pesar de que es un medio rural que ha perdido población, y, a pesar de eso, el 18,5 % de los castellanos y leoneses están censados en municipios menores de 1.000 habitantes, frente a una... frente a una media nacional del 3,2 %. He ahí la importancia del medio rural de Castilla y León y he ahí la importancia del... y he ahí el por qué el 60 % de los recursos en Atención Primaria se emplean para el 40 % de la población. Y esto a mí me parece muy importante, y agradezco nuevamente el que usted lo haya dicho.

E igual que agradezco una pregunta, y no... sé que no se va... no se va a dar por aludido, y ni voy a entrar en confrontación con él, que ha hecho el... el señor portavoz del Grupo Socialista, es por qué los especialistas... por qué Castilla y León no es atractivo para los especialistas. Y es un problema complejo, es un problema complejo, porque en esto de los especialistas dos y dos no son cuatro; hay muchas variables; y ustedes las conoce muy bien, y ahora seguro que recordará el por qué es esto.



En primer lugar, como ha dicho usted muy bien, el problema está en la EBAU. Es decir, aquí tenemos una EBAU pues que es mucho más exigente –digámoslo así por ser generosos– que en otros sitios, y, evidentemente, para hacer Medicina se necesita ya casi 14 puntos sobre 14. Es decir, eso es lo primero. Entonces, solo hay dos opciones, o tenemos una EBAU nacional o bajamos el nivel de nuestra EBAU, porque, si no, no va a haber castellanos y leoneses que sean capaces de entrar en la Facultad de Medicina. Bien.

Segundo punto: el problema de *numerus clausus*. Es un problema muy importante, porque resulta que con esos *numerus clausus* estamos metiendo a la gente que más sabe estudiar; ahora no sé si estamos metiendo a los mejores médicos o a los más vocacionales. Entonces, evidentemente, cuando hay un problema de vocación, nadie va donde tiene que ir, porque, claro, ¿por qué me voy a ir yo al pueblo como inicio de mi carrera? No, no, yo he sacado el 14, y yo me quedo en el mejor sitio, en el mejor hospital o en el mejor tal.

Tercero, y los que hemos... los que somos... tenemos formación mir sabemos cómo se elige el mir. El mir solo se elige de dos maneras: una, porque tengas un número muy bueno, y entonces te vas a un hospital de alto nivel a formarte, y lo segundo que miras es qué hay en tu Comunidad y qué hay en tu zona para quedarte. Los terceros, que ya no son tan buenos números, que son de otra Comunidad y vienen a esta Comunidad, resulta que cuando terminan se van; se van porque tienen vínculos familiares o, simplemente, conocen mejor la tierra.

Por lo tanto, es un problema muy complejo. Y es un problema complejo porque también estamos formando aquello que no necesitamos. Evidentemente, somos el país del mundo con más médicos... perdón, de Europa con más médicos por habitante, y resulta que tenemos déficit en 18 especialidades médicas. ¿Por qué razón? Pues ahí entran... claro, resulta que aquí estamos teniendo una tasa de reposición en médicos de familia de 0,48, o de cirujanos de 0,60, que nadie habla de ellos, pero van a caer en picado, mientras que tenemos especialidades que tienen una tasa de reposición de 6,40 o 6,50. Es decir, quien paga la fiesta no puede utilizar el producto de la fiesta. Es decir, la Administración pública no tiene... tiene las manos... Y eso, que usted ha sido presidenta de la Comisión Nacional de una Especialidad, sabe cómo funciona el tema y cuál es el negociado que hay entre el Ministerio, sea cual sea y sea el color político que sea el Ministerio, y las Comisiones Nacionales de la especialidad.

Por lo tanto, se entra en una reforma radical. Y por eso ahí que se requiera que el Ministerio –que es el que puede, porque, claro, Castilla y León, Madrid, Cataluña o el País Vasco no pueden por sí mismo hacerlos– o se entra en una reforma... o sea, una reforma total del sistema y se forma aquello que se requiere, o en Comunidades como Castilla y León, Castilla-La Mancha y Aragón –y lo va a ver usted bien– dentro de veinte años no tenemos especialistas de casi nada. Y eso es así, y es así de duro, y, o tomamos esto y lo tomamos hoy, porque, si no, dentro de veinte años va a ser muy difícil dar asistencia sanitaria aquí.

Entonces, verdaderamente, yo creo –y desde aquí, desde... como representante del Grupo Parlamentario Popular, y usted que está en la... –sé que lo hace, ¿eh?, pero se lo vuelvo a repetir aquí, ¿eh?– dentro del Consejo Interterritorial, o, una vez pasada la pandemia, y ya parece que está, o nos metemos en el segundo punto importante de la asistencia, o se acabó, porque empezamos a hacer la guerra por su cuenta, y, como ha dicho bien usted, ya ni siquiera nos robamos los especialistas de unas Comunidades a otras, porque no hay. Nada más. Y muchas gracias.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):**

Muchas gracias, señor Vázquez. Finalmente, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, el señor Puente Alcaraz.

EL SEÑOR PUENTE ALCARAZ:

Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias al portavoz del Partido Popular, porque aquí se dice en alto, y quedará registrado, que hay un compromiso de no distraer recursos del medio rural y transvasarlos al medio urbano; porque, a partir de entonces, vamos a poder ir señalando todos aquellos trasvases que se van produciendo. Y se producen, no digamos que no se producen. A las amortizaciones de plazas médicas en medio rural, que se emergen en el medio urbano, se producen. En mi provincia se han producido más de cinco en el último año, si mal no recuerdo. Se producen, hay trasvase de recursos del medio rural al medio urbano.

Otro ejemplo, el centro de salud de especialidades de Villarcayo está cerrado, y creo, espero, que se abra alguna vez. Y, curiosamente, el número de especialistas que atendían ese centro de especialidades, que venían de Miranda de Ebro, son los mismos en número. Es decir, no ha habido un detrimento –según mis datos– de que haya menos especialistas, y por eso dejamos y cerramos el centro de especialidades de Villarcayo. Se está detrayendo. Y esa es nuestra preocupación. Y nos preocupa cuando leemos la organización de la Atención Primaria rural en el área de Segovia, por ejemplo –que he leído detenidamente–, analizo la estrategia –que la ha esbozado hace unos minutos–, donde la única variable es eliminar, bloquear todos los distritos médicos de menos de 400 cartillas; esa es el objetivo y la táctica. Es que aquí está escrito.

Y le he hecho una pregunta que no... que se la ha debido olvidar de responderme: ¿qué pasa si dos partidos médicos colindantes no suman el número de cartillas mínimo y se quedan vacíos –en la isócrona se van más allá de la media hora–? ¿Qué pasará? ¿Vamos a meter una ambulancia enfermerizada para cubrir ese espacio de Atención Primaria que se nos pierde? No. Bien. Pero es que eso son las cosas que nos preocupan. Porque podemos estar de acuerdo, y lo estamos, en el plano teórico de que se necesita una reorganización de los recursos sanitario; totalmente de acuerdo. Pero, si el único criterio que hay es eliminar todas las partidas médicos, todos los médicos que tengan menos de 400 cartillas, vamos mal, porque al final sí que vamos a dejar territorio sin cubrir, vamos a dejar territorio necrosado, que se va a quedar sin atención. Y ese es el miedo. Por lo tanto, nuestra crítica y nuestra vigilancia permanente a que sí que se está produciendo un trasvase de recursos de la sanidad pública del medio rural al medio urbano. Y consultorios que llevan 540 días sin recibir la visita de un médico. Usted dice que es un problema casi personal del médico que no hace bien lo que tiene que hacer. Hombre, algo tendrá que decir también la Consejería si esto realmente se señala, y se apunta y se dice lo que hay ¿no? Por eso ahí nuestra... nuestra preocupación y nuestra vigilancia, y por eso también, seremos pesados, pero seguiremos diciéndolo, cada vez que veamos un caso donde haya un trasvase, lo vamos a denunciar, y esa... porque ese es nuestro compromiso, ¿no?

Quería también... me preocupa lo de la EBAU, porque si nuestra única... ya sé, ha hecho un análisis muy pormenorizado de por qué no se nos quedan los... los médicos especialistas nada más acabar. Pues habrá que tomar una decisión, ¿no? No vamos a... Habrá que hacer algo, ¿no? No vale con decir, bueno, es que... es que nos vienen de fuera, nos invaden, ¿no?, entonces nos quitan recursos a nosotros.



Hombre, hagamos algo un... vamos a hacer una propuesta. No se puede decir que la única propuesta para mejorar esto es... es mejorar... o la estrategia de EBAU de la Comunidad, ¿no? Eso es una cosa que nos preocupa.

Hay otro elemento que hemos pasado por encima de ello, ¿no? Yo entiendo que en momentos puntuales, en momentos estratégicos, como ha sido el del COVID, podemos echar mano de recursos privados. Son recursos que además están ahí y tienen que utilizarse. Pero a veces –y esto lo voy a decir con mucho cuidado– en la mayoría de los casos compartimos a los profesionales sanitarios. No vayamos a estar haciéndonos la competencia a nosotros mismos. Entonces, ahí es donde también vamos a estar muy vigilantes para evitar que precisamente el sector privado se fagocite poco a poco al sector público. Y esto creo que es un tema que no hay que perder de vista.

Me ha preocupado lo que ha dicho el portavoz del Grupo Mixto, que la lista de espera ha disminuido por el COVID. ¡Ostras! No, lo que hay es una ocultación de la lista de espera, y que va a aflorar en cualquier momento, ¿eh?, va a aflorar masivamente, va a haber... va a emerger, va a emerger. Hay servicios y unidades, y no... que han estado cerrados durante el COVID, que todavía no se han abierto, como las unidades de continuidad asistencial, que siguen estando cerrados, y que son tan necesarios para ello.

Y no quiero acabar... –ya acabo, que se me acaba el tiempo– una pregunta muy puntual: 221 refugiados afganos, con... dentro de 38 familias, van a llegar a la Comunidad, según nos dice el señor Igea. La Ley de Extranjería y la actual legislación sanitaria de dos mil trece habla de que se tiene que esperar tres meses para poder y tener disponer de una tarjeta sanitaria de acceso pleno a los servicios sanitarios. ¿Tiene prevista la Consejería acelerar estos procesos y ampliar estos servicios más allá de la atención de urgencias y de obstetricia?

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Muchas gracias, señor Puente. Y ahora, en turno de dúplica, para contestar a las últimas intervenciones de los distintos señores portavoces de los grupos parlamentarios, tiene la palabra la señora consejera de Sanidad.

LA CONSEJERA DE SANIDAD (SEÑORA CASADO VICENTE):

(Perdón, perdón). *[Murmullos]*. Al señor Pascual. Vamos a ver, es evidente que ha podido tener influencia el no diagnóstico de determinadas patologías a la hora de diagnosticar. Eso es así. Es decir, cuando estamos centrados en una sola patología, no diagnosticamos otras cosas, y lo hemos reconocido desde el principio. Es decir, a mí lo que me ha preocupado y por lo que hemos creado grupos de expertos es porque sabemos que hay patología no COVID que tenemos que reforzar ahora mismo su abordaje. Y es muy importante el que lo pongamos en marcha.

Pero yo le quiero decir que lo que realmente ha disminuido sí que ha podido ser el acceso, pero, desde que hemos puesto el Plan POLE –es decir, el Plan POLE se ha puesto en marcha con el objetivo de disminuir las listas de espera– no han sido por el efecto de la pandemia, porque ha sido... ha sido después; o sea, lo hemos puesto en marcha cuando ya la pandemia tenía menos efectos, y, por lo tanto, los números absolutos disminuyen. Pero, evidentemente, las listas de espera han sido, igual



que todo el sistema, absolutamente machacado por la presencia de la pandemia. Y que vamos a tener ahora nuevas necesidades, por supuesto. O sea, van a aflorar patologías que no estaban, que no estaban o porque los pacientes tenían miedo de ir, o porque los profesionales estaban centrados en resolver otros problemas, o simplemente pues porque tenemos una pandemia que se estaba comiendo todos nuestros... nuestros recursos.

Las residencias hospitalarias, que por eso le he pedido que esto... porque yo iba a las residencias de mir, es decir... No, estamos trabajando desde hace semanas con la Consejería de Familia para el proyecto que ya anunciamos en su momento de definición del nuevo modelo. Es decir, necesitamos un nuevo modelo. Es importante que lo hagamos, es importante que lo hagamos entre las dos Consejerías, y en ello estamos, lo que pasa es que estas cosas, pues evidentemente, hay que debatirlas y discutir las mucho.

La radioterapia de Ávila está en marcha. Y, desde luego, hasta ahora no hay ninguna razón para no pensar que va a ser acabada en el plazo que está fijado. Por lo tanto, está en marcha.

El helicóptero está... la licitación estamos ya apunto de licitarla.

El tema de la cardioprotección. Los proyectos que estamos haciendo de cardioprotección pues se han... se han visto frenados por el... pero, evidentemente, su propuesta, desde luego, no ha caído ni muchísimo menos en saco roto.

Estoy total... no puedo estar más de acuerdo con su petición de exigir control estricto y riguroso a las ambulancias, eso es evidente. Vamos a tener un nuevo... un nuevo proyecto. Y, desde luego, ahí hay que hacer un cambio profundo. No hemos podido hacerlo porque no podíamos denunciar el convenio, pero ahora, que ya sabemos, que hemos identificado con ustedes cuáles son los problemas, cuáles son las orientaciones, tenemos claro hacia donde tenemos que ir. Yo, de verdad, les agradezco el trabajo. A usted también personalmente, como he dicho antes, porque, bueno, ser procurador y médico de emergencias tiene su grado de complejidad, y seguir... y estar hoy aquí pues yo se lo agradezco mucho. Sé que nuestros profesionales están muy cansados, sé que tenemos las bolsas a cero, es decir, que no... que hemos contratado todo lo que podíamos contratar, y ahora mismo no podemos contratar más. Por lo tanto, sé que en el momento de vacaciones hay muchas personas que no las han podido coger, pero porque se han visto impedidos. Desde luego, nosotros no... yo no he dado nunca la orden de que se retiraran vacaciones a los profesionales. En otras Consejerías sí se ha hecho, de otras Comunidades Autónomas, pero aquí no lo hemos hecho. Sé que hay bajas, sé, bueno, pues sé que estamos todos muy cansados, ¿eh?, nosotros... nosotros también, pero eso no quita para que, evidentemente, pues sigamos trabajando y, desde luego, trabajando para que esto no vuelva a suceder y, desde luego, que tengamos recursos suficientes para dar mejor respuesta de la que podemos estar dando. Porque, como bien dice usted, mi último propósito no solamente son los profesionales, sino los pacientes, las personas. Y entonces es importante que seamos capaces de... de hacerlo.

Me agrada mucho que usted se adhiera a la... a la propuesta de que no podemos seguir así, que hay que reestructurarlo todo. Y, desde luego, va a ser ambicioso el proyecto y vamos a intentarlo poner en marcha. Y es grande el proyecto. Y yo creo que... creo... lo que pasa es que, como todos los proyectos nuevos, pues tiene sus resistencias al cambio, y que, cuando empecemos a ver el impacto que puede tener,



pues no va a ser a corto plazo, va a ser a medio plazo. Pero el objetivo, desde luego, es conseguir los objetivos que nos planteábamos.

Al señor Delgado. Pues, efectivamente, la apuesta de nuestras inversiones, tanto las propias como las de... las que nos han venido por fondos europeos, desde luego, ha tenido mucho que ver con los proyectos de renovación de nuestra alta tecnología, porque tenemos alta tecnología, tenemos mucha, pero obsoleta. Entonces, había un grado de obsolescencia que no podíamos seguir manteniendo. Y esto ha sido... ha sido muy bueno, y hemos hecho una apuesta, una apuesta muy muy importante en altas tecnologías, en parte con el dinero de los fondos, pero también, en parte, con el dinero propio de la Comunidad.

Las cinco unidades de radioterapia van adelante. Nos hemos comprometido a ellas, y van adelante; irán con sus ritmos, pero, evidentemente, van adelante.

Las infraestructuras de Castilla y León tienen que mejorar. Yo estoy segura. Y, desde luego, si hubiera fondos europeos para seguir ayudando que nuestra conectividad, no solamente la conectividad digital, sino la conectividad por carretera mejor nos puede ayudar; y también nos ayuda a la trazabilidad, a ver cómo son los flujos y demás. En esto de la reordenación ha sido... ha sido importante, porque el conocer esto es básico, porque nos permite... no podemos seguir haciendo el mismo mapa sanitario cuando en algunos sitios las carreteras han cambiado del todo; es decir, lo que antes era media hora ahora son diez minutos, o sigue siendo media hora porque no ha habido... no ha habido nada. Entonces, esto sí que es importante para ver cómo... cómo se... se hace.

Salamanca es un gran proyecto y la verdad es que yo estoy muy agradecida al trabajo que está haciendo todo el equipo directivo de Salamanca para hacer que este proyecto... es un macroproyecto, es... es grande y no es fácil hacer un traslado de un hospital como... como este, es muy... muy complicado.

Aranda de Duero va adelante, va a adelante. Y Aranda de Duero lo... lo bueno que tiene de este... de este hospital es que ha sido muy participado, es decir, todos los jefes de servicio... Yo me acuerdo, cuando yo era gerente de Atención Primaria, una de las veces pues había... se estaba construyendo un centro de salud aquí, en Valladolid, y entonces las paredes eran redondas. Y yo le dije al... al arquitecto: bueno, ¿esto? Y entonces me dijo: no tienes ni idea, porque a mí me han dado un premio en Alemania. Digo: ya, pues no tendré ni idea, pero no sé dónde poner la camilla, porque con una pared redonda es complicado. Es decir, que esté participado por los profesionales es fundamental, porque saben lo que necesitan. Nadie mejor que ellos saben lo que... lo que necesitan.

Y luego, pues efectivamente, tenemos una Comunidad compleja, con 2.400 municipios y 5.000 núcleos de población. Es así. Yo he... he participado dando una ponencia hace muy pocos días en Brasil, y es en Brasil, con... no sé si 200 millones de habitantes, pero una barbaridad, tiene 600 municipios. Y, además, me decían que, claro, es que... que ellos vaya problema que tenían para los municipios de 10.000 habitantes. Y yo decía: ¡madre del amor hermoso!, ¡por Dios! Es decir, que, bueno, que yo creo que muchas de las veces cuando no... lo bueno de salir fuera y... y de viajar es que a veces te... te permite el ver que estamos muy bien, que evidentemente tenemos que mejorar, es evidente que tenemos que mejorar, pero que no tiene nada que ver unas situaciones con... con las otras.

Y la última frase que usted ha... ha dicho pues estoy totalmente de acuerdo. Todos somos necesarios; todos, todos, todos, todos, todos en este... en este proceso.



El 60/40, evidentemente, se va a seguir manteniendo y se ha mantenido, a pesar de que haya podido haber alguna... en algún momento una plaza que está vacía porque se ha jubilado ese... ese profesional. Pero nadie dice que vaya al medio urbano, es que a lo mejor se está quedando en el medio rural, pero se está quedando en el núcleo de cabecera o en otros núcleos de cabecera. Entonces, desde luego, nuestra... nuestra voluntad es seguir teniendo muchos recursos en el medio... en el medio rural. Y lo tienen que reconocer, y tienen que reconocer que tenemos muchos recursos en el medio rural.

Pero a mí hay una cosa que sí que me preocupa y es lo que me hace pensar que tenemos que hacer algo. Si yo tengo la sensación que tenemos a la población sobreprotegida, pero la población tiene una sensación de que está abandonada, tenemos un problema, y ese problema es el que tenemos que abordar, y por eso tenemos que hacer reformas. Si hay un núcleo que cree que... que tiene 40 habitantes y que llevan... dicen que muchos... 500 días. Eso hay que resolverlo porque eso no puede ser así; no puede ser así porque tenemos a un médico, con nombres y apellidos, que es el responsable de esas 40. Entonces, si realmente lleva mucho tiempo sin ir, tendremos que ver si es razonable o no es razonable. Pero, desde luego, si son muchos días empieza a no ser razonable el que no haya ido ni enfermera ni médico... es algo que no... que no puede ser, y eso es lo que tenemos...

Pero a mí lo que me preocupa es que generalicemos, porque a veces la anécdota se convierte en lo que estamos... en lo que se está produciendo, y no es verdad; y no es verdad, y yo creo que por respeto a muchos profesionales que lo están haciendo muy bien, hay que identificar dónde tenemos el problema para poner las medidas correctoras.

Sí, estaba contestando al señor Vázquez. Yo creo que... y el debate que se ha producido con... A ver, ¿cuáles son las... las soluciones? Él las ha planteado. O sea, una de las soluciones sería la nacional. Es decir, ¿qué hace el mir? El mir es, probablemente, de los... de los actos democráticos más importantes que ha habido en este país en formación especializada. Es decir, yo ya no me formo porque mi padre sea no sé qué o esté en la universidad no sé dónde, sino por mis capacidades y mis méritos, y además voy a una... a un proyecto nacional y ese proyecto nacional nos distribuye a todos y decidimos la especialidad que queremos hacer. Y la EBAU, ese... esa yo creo que sería una buena apuesta. Pero, probablemente, las Comunidades, que son las que nos mandan a su gente y que luego las... las recogen bien formadas, pues probablemente no estén de acuerdo.

Entonces, este es un tema en el que tenemos todos que entrar para buscar una... una decisión. Entonces, yo estoy... estoy de acuerdo y, además, estoy total... no puedo estar más de acuerdo con el análisis que ha hecho Alejandro Vázquez, que es...

Los *numerus clausus* tienen sus ventajas y sus desventajas, pero el *numerus clausus* lo que te hace es detectar a la persona que mejor estudia o que más conocimientos puede llegar a atesorar. ¿Pero ese es el mejor médico o es la mejor enfermera? Es que yo creo que la competencia tiene que ver con los conocimientos, con las habilidades y con las actitudes. Y un catorce a lo mejor se siente absolutamente obligado a ser neurocirujano, porque, de hecho, muchos te lo dicen: "Es que, claro, he hecho Medicina porque, como he sacado un catorce y me daba la nota, pues hago Medicina", pero no le interesan las personas para nada. Entonces, yo creo que esta es una reflexión profunda en la que tenemos que entrar... entrar todos.



Y el otro día, bueno, pues después de... de hablar mucho en el Consejo Interterritorial sobre este tema, la... el director general de Ordenación Profesional dijo que íbamos a intentar hacer una reunión. Pero no solamente el... el análisis, si el análisis lo tenemos perfectamente hecho, sino las propuestas, qué propuestas podemos tener de soluciones.

Pero también no puedo estar más de acuerdo que... y esto lo comentamos con los rectores, necesitamos orientar las vocaciones a las necesidades que tiene el sistema sanitario, porque no podemos estar en... no formando al... a los que necesitamos, y es que necesitamos dermatólogos, necesitamos cardiólogos, necesitamos... Entonces, algunas especialidades no... no hay problema, pero en otras, como puede ser medicina de familia, hay que orientar la... la vocación, y, desde luego, tiene que haber unos números que sean similares.

O sea, ¿cómo se ha hecho hasta ahora? Pues hasta ahora se le pide a un jefe de servicio, ¿cuántos residentes quieres? “¡Buf!, pues yo quiero tantos”. ¿Para qué? “Bueno, pues para controlar las guardias y para la planta”. Ya, ¿pero se necesitan o no se necesitan? Entonces esa es una obligación que tenemos las diferentes Consejerías de Sanidad de ver realmente qué necesitamos. Y... y tenemos muy claro que ahora mismo son esas 18 especialidades.

Por lo tanto, hay que ir a por ello, y no podemos perder ya ni un segundo más. O sea, tenemos que conseguir que en esta próxima... o sea, no podemos estar pues eso, como las vacas mirando al... “¡Huy! nos hemos... necesitando... quedando sin médicos”. No. Nos estamos quedando sin médicos, formemos médicos, formemos médicos y homologuemos a los que tenemos que homologar.

Bien, yo... a mí me encanta que estén pendientes. Si están pendientes, además, no con afán de críticas, sino crítica constructiva, es decir, oye, aquí hay un problema y tal, yo estaré absolutamente encantada, no tengo ningún... ningún problema.

Con los centros de... de especialidades ha habido un problema de especialistas, es decir, que la mayor parte de los sitios que teníamos centros de especialidades y durante la pandemia lo hemos tenido que centralizar, como hemos tenido que centralizar muchas cosas. Esperemos, que si hay médicos suficientes, poder ir normalizando en ese centro de especialidades y en todos.

No eliminamos ni bloqueamos ninguna plaza por debajo de 400. Lo que decimos es que los cupos óptimos son en torno a 400 y en... y en torno a 1.500 en el medio urbano; eso es lo que decimos. Pero tenemos varias zonas que tienen menos de 400, porque juntando las dos pues, evidentemente, no... no vamos a llegar. Y si la isocrona se me va, pues tendrán 300. No sé si me explico. Es decir, que lo importante es seguir manteniendo la enorme accesibilidad que... que tenemos. Pero de lo que nosotros hablamos es de cupo óptimo.

Cuidado con mezclar cosas. Cuando decimos que hacemos esto, no se sustituye por una... por una ambulancia enfermerizada. Ojo, las SVAE dependen del Centro de Coordinación de Urgencias, y están... las SVAE, están para resolver un problema de urgencias. Yo tengo un ictus, me conecto a teleictus, me está viendo el... el neuro... el neurólogo que está de guardia en la unidad de ictus de Salamanca y me dice... a alguien que es absolutamente experta en este tema -porque es que, además, hemos tenido unas experiencias magníficas- le dice “tómame las constantes,



dime... dime cómo está, vete poniéndole esto, vete haciendo esto”, y está estableciendo al paciente alguien que tiene una experiencia magnífica; y lo está haciendo alguien que tiene muchísima experiencia en el tema. Entonces, eso para nosotros es clave. Pero una cosa son los SVAE, que van para las emergencias, y otra cosa es que pongamos en un pueblo de 40 habitantes una enfermera. Bueno, pues... pues se pondrán en algunos PAC que sean los secundarios, pero una cosa es la jornada ordinaria y otra cosa es la jornada extraordinaria. Es conveniente que no... que no lo mezclemos.

Bueno, la lista de espera. Yo le pediría que seamos cuidadosos con las palabras. Ocultación de las listas de espera no es la... la frase. Nosotros no estamos ocultando nada. De hecho, siempre... sí, sí, bueno, lo he apuntado... [murmullos]. Sí. No, pero la... la frase ha sido “ocultación de las listas de espera”. Entonces, lo que está claro... -vale, pues entonces nos entendemos a la perfección- lo que está claro es que un problema como este, un problema como este, lo que ha hecho es que haya determinadas listas de espera que no se han visto. Es decir, y eso lo estamos viendo, ¿dónde? Pues lo estamos viendo en los cánceres, que han disminuido el número de cánceres. ¿Ha disminuido el número de cánceres? Seguro que no, seguro que no, y empezaremos ahora otra vez a diagnosticarlo. Por lo tanto, es muy importante normalizar toda... todas nuestras... nuestras actuaciones.

Y en cuanto a los... a lo que me preguntaba de las familias, las 38 familias afganas, lo que está claro es que se está... se está trabajando para que tengan acceso... el acceso pleno, pero sobre todo ya, ahora mismo, ya se está viendo cuál es la situación en la que están, su situación de salud, se está viendo los... bueno, hacen PCR o pruebas diagnósticas a todos ellos y se les... se les hace una... porque hay muchos niños, ¿eh?, afortunadamente, vienen muchos niños en esta... en esta población, y se está mirando tanto en niños o en adultos su calendario vacunal. Por lo tanto, se está ahora trabajando mucho para normalizar. Y... y el tema es que ellos, por la situación en la que van, tienen derecho a toda la sanidad. Entonces, bueno, vamos a... a dar la mejor respuesta posible porque, evidentemente, en el momento que decimos que los queremos aquí, los queremos con todas las consecuencias y haciendo todo lo que tenemos que hacer. Yo creo que nada más.

LA PRESIDENTA (SEÑORA BERMEJO SANTOS):

Muchas gracias, señora consejera. Terminado el turno de los portavoces, ya saben que se procede a la apertura de un turno para que el resto de los procuradores que no hayan intervenido puedan actuar y escuetamente formular alguna pregunta o pedir aclaraciones a... sobre la información facilitada por la señora consejera. No sé si alguno de los procuradores aquí presentes quiere hacer alguna pregunta. ¿No? Pues, estupendo. Damos por concluida la comparecencia de la excelentísima señora consejera.

Se levanta la sesión. Y buenas tardes.

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