

## COMISIÓN DE SANIDAD

### PRESIDENCIA

### DOÑA MARÍA DE LOS ÁNGELES PRIETO SÁNCHEZ

Sesión celebrada el día 5 de diciembre de 2024, en Valladolid

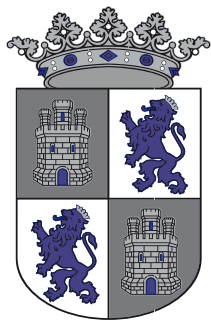
### ORDEN DEL DÍA

1. Pregunta para su respuesta oral, POC/000218, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores D. Eugenio Miguel Hernández Alcojor, D. Jesús Puente Alcaraz, Dña. María Inmaculada García Rioja, D. Javier Campos de la Fuente, Dña. Rosa María Rubio Martín, Dña. Noelia Frutos Rubio, D. José Francisco Martín Martínez y Dña. María Soraya Blázquez Domínguez, relativa a cuáles son las conclusiones del programa desarrollado por la Dirección General de Salud Pública de la Junta de Castilla y León para la vigilancia y detección del gas radón en nuestra Comunidad Autónoma, así como sobre las medidas que, en su caso, se hayan adoptado a raíz de estas conclusiones para la reducción del riesgo de la ciudadanía ante la exposición al gas radón, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 316, de 29 de agosto de 2024.
2. Pregunta para su respuesta oral, POC/000254, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores D. José María Sánchez Martín, Dña. María de los Ángeles Prieto Sánchez, D. Francisco Javier Carpio Guijarro, Dña. Beatriz Coelho Luna, Dña. Lorena de la Fuente Ruiz, D. Raúl Hernández López y Dña. María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a cuál es el balance del programa de inmunización frente al virus respiratorio sincitial en Castilla y León, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 341, de 31 de octubre de 2024.
3. Pregunta para su respuesta oral, POC/000259, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores D. José María Sánchez Martín, Dña. María de los Ángeles Prieto Sánchez, D. Francisco Javier Carpio Guijarro, Dña. Beatriz Coelho Luna, Dña. Lorena de la Fuente Ruiz, D. Raúl Hernández López y Dña. María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a qué política de actualización pretende seguir la Junta de Castilla y León en la denominada "prueba del talón", publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 341, de 31 de octubre de 2024.



## SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos.	19501
La presidenta, Sra. Prieto Sánchez, abre la sesión.	19501
Intervención del procurador Sr. García Fernández (Grupo UPL-SORIA ¡YA!) para comunicar sustituciones.	19501
<b>Primer punto del orden del día. POC/000218.</b>	
La secretaria, Sra. Frutos Rubio, da lectura al primer punto del orden del día.	19501
Intervención del procurador Sr. Hernández Alcojor (Grupo Socialista) para formular la pregunta a la Junta de Castilla y León.	19501
Contestación, en nombre de la Junta, de la Sra. Tamames Gómez, directora general de Salud Pública.	19504
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Hernández Alcojor (Grupo Socialista).	19507
En turno de dúplica, interviene la Sra. Tamames Gómez, directora general de Salud Pública.	19509
<b>Segundo punto del orden del día. POC/000254.</b>	
La secretaria, Sra. Frutos Rubio, da lectura al segundo punto del orden del día.	19510
Intervención del procurador Sr. Sánchez Martín (Grupo Popular) para formular la pregunta a la Junta de Castilla y León.	19510
Contestación, en nombre de la Junta, de la Sra. Tamames Gómez, directora general de Salud Pública.	19512
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Sánchez Martín (Grupo Popular).	19514
En turno de dúplica, interviene la Sra. Tamames Gómez, directora general de Salud Pública.	19515
<b>Tercer punto del orden del día. POC/000259.</b>	
La secretaria, Sra. Frutos Rubio, da lectura al tercer punto del orden del día.	19517
Intervención de la procuradora Sra. Vallejo Quevedo (Grupo Popular) para formular la pregunta a la Junta de Castilla y León.	19517
Contestación, en nombre de la Junta, de la Sra. Tamames Gómez, directora general de Salud Pública.	19518



Año 2024

XI LEGISLATURA

Núm. 470

**Páginas**

En turno de réplica, interviene la procuradora Sra. Vallejo Quevedo (Grupo Popular).

19521

En turno de dúplica, interviene la Sra. Tamames Gómez, directora general de Salud Pública.

19521

La presidenta, Sra. Prieto Sánchez, levanta la sesión.

19522

Se levanta la sesión a las once horas cincuenta minutos.

19522



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

**LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):**

Buenos días. Por la señora secretaria se dará lectura del primer punto... *[Murmillos]*. Ah, las sustituciones. ¿Los grupos parlamentarios han comunicado a esta presidenta alguna sustitución? ¿Sí?

**EL SEÑOR GARCÍA FERNÁNDEZ:**

Sí. José Ramón García Fernández sustituye a don Luis Mariano Santos Reyero.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):**

Muchas gracias. ¿Algún grupo parlamentario...? *[Murmillos]*. ¿Algún grupo parlamentario tiene que comunicar alguna sustitución más? Muchas gracias.

Por la señora secretaria se dará lectura del primer punto del orden del día.

## POC/000218

**LA SECRETARIA (SEÑORA FRUTOS RUBIO):**

Buenos días. Primer punto del orden del día: **Pregunta para su respuesta oral número 218, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores don Eugenio Miguel Hernández Alcojor, don Jesús Puente Alcaraz, doña María Inmaculada García Rioja, don Javier Campos de la Fuente, doña Rosa María Rubio Martín, doña Noelia Frutos Rubio, don José Francisco Martín Martínez y doña María Soraya Blázquez Domínguez, relativa a cuáles son las conclusiones del programa desarrollado por la Dirección General de Salud Pública de la Junta de Castilla y León para la vigilancia y detección del... del gas radón en nuestra Comunidad Autónoma, así como sobre las medidas que, en su caso, se hayan adoptado a raíz de las conclusiones para la reducción del riesgo de la ciudadanía ante la exposición del gas radón, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 316, del veintinueve de agosto de dos mil veinticuatro.**

**LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):**

Para la formulación de la pregunta, por el grupo del Partido Socialista, tiene la palabra don Eugenio Miguel Hernández Alcojor.

**EL SEÑOR HERNÁNDEZ ALCOJOR:**

Muchas... muchas gracias a la presidenta. Muy buenos días, señorías. En primer lugar, quiero dar la bienvenida y agradecerle a la señora directora general de Salud Pública, la señora Tamames Gómez, su asistencia a esta Comisión para contestar, en este caso, a la pregunta que le vamos a formular desde el Grupo Parlamentario Socialista.

Para entrar en contexto de... del origen de la pregunta, comenzaré indicando que el radón es un elemento químico radioactivo de origen natural. Es un gas incoloro,



inodoro, insípido, que forma parte de la cadena radiactiva de origen natural del uranio y, en menor medida, del torio, cuya concentración en suelos y rocas depende de su naturaleza y composición. En los suelos graníticos y muy fracturados, la... la emanación de... de radón se da con más facilidad que otros suelos impermeables. Al ser un gas, tiene cierta movilidad a través del suelo y puede llegar al aire en el interior de los edificios y, mientras en el aire exterior se diluye rápidamente y representa así un riesgo ínfimo para la salud, en el interior de un edificio puede ir acumulándose, aumentando su concentración hasta alcanzar niveles que se recomienda no superar de cara a proteger la salud de la población.

El radón es considerado como un cancerígeno por la Organización Mundial de la Salud, y la exposición a este elemento radioactivo es un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad en función del nivel de exposición. Los estudios en este campo ponen de manifiesto la ausencia de un umbral seguro por debajo del cual el riesgo de padecer cáncer de pulmón debido exclusivamente a la exposición de gas sea nulo; así lo dice la Dirección General de Salud Pública de Castilla y León.

Castilla y León, junto a Galicia y Extremadura, al ser los suelos más graníticos, tienen... son los que cuentan con mayores niveles de gas radón en el medio natural, donde hemos dicho que en el aire no es un problema. El problema se presenta en el interior de las viviendas, en función de su presencia en algunos edificios. Y, en este caso, yo quiero señalar que las provincias con más niveles de radón son, en este caso, Ávila, Salamanca y Segovia, y, en menor medida, Zamora y el sur de León.

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, ya en el año dos mil diecinueve, ha demostrado la clara relación entre respirar este aire en el interior del domicilio y el riesgo de padecer cáncer de pulmón. La exposición al gas radón interior puede provocarlo en personas que nunca han sido fumadoras, según un estudio multicéntrico realizado por un grupo de investigadores de Galicia, Asturias, la Comunidad de Madrid y Castilla y León, siendo esta la investigación mayor hasta ese momento –el año dos mil diecinueve, quiero recordar– sobre esa situación, sobre ese... esa tipología. Su principal conclusión es –aclara–: el radón interior, a altas dosis, duplica el riesgo de... de padecer cáncer de pulmón en no fumadores. El efecto cancerígeno de este elemento se produce a través de exposiciones superiores a los 200 bequerelios. Tras este estudio, el equipo observó que en aquellos sujetos expuestos a más concentración de la citada tienen 1,73 veces más la... la probabilidad de desarrollar cáncer de pulmón. En un informe del dos mil diecinueve también de esta Dirección General de Salud Pública de Castilla y León se aportaban medidas para luchar contra esa concentración de gas radón interior, explicando así que existen multitud de técnicas que permiten reducir de forma efectiva los niveles elevados en los edificios.

Se remitía el informe de esta Dirección General a lo que indicaba el Consejo de Seguridad Nuclear, donde se probaba que los sistemas de ventilación reducen en gran medida la concentración. Y repasa este informe algunas recomendaciones para reducir su presencia, como ventilar los cimientos de las casas con sistemas de extracción natural o mecánica, en sótanos y bodegas, e instalar sistemas de ventilación activos con extractores en las zonas bajas de los edificios. Asimismo, indica que, cuanto más pulida esté la piedra, menor es el riesgo de presencia de este elemento. Aconseja la Dirección General –también porque lo dice el Consejo de Seguridad Nuclear– cerrar fisuras y grietas en los sótanos y practicar aberturas de aireación y ventilar con frecuencia la planta baja y los sótanos de los edificios.



Bueno, bien, dicho un poco este contexto en el que nos encontramos, pues a nosotros, a nuestro juicio... y creo que Castilla y León es además la cuarta Comunidad Autónoma, bien por la extensión, más afectada por esos suelos graníticos y, por tanto, también dentro de... del mapa que el Consejo de Seguridad Nuclear hizo tras estudiar, pues se encuentra, junto con Galicia, que prácticamente es todo su territorio, o Extremadura, pues somos más o menos -repito- la Comunidad que más exponencialmente tenemos suelo a este tipo de gas y, por tanto, a sus consecuencias nocivas para... para nuestra... para nuestra salud.

Tengo que decir -y ese es el motivo de... de esta pregunta- que yo creo que de forma acertada la... la Junta de Castilla y León inició, y así lo publicó, en el año dos mil veintiuno una campaña para medir el gas radón en viviendas y edificios públicos. En aquel momento, lo que se indicaba es que se iba a... a exponer... dice: con el fin de medir y evaluar la exposición al radón natural en Castilla y León, se pone en... en marcha esta campaña de salud pública que prevé el uso de más de 3.000 detectores en viviendas y edificios públicos de toda la Comunidad, con el fin de elaborar un mapa territorial de incidencia de este elemento químico. Los 3.091 medidores -exactamente- se distribuirán por las provincias castellano y leonesas de acuerdo al siguiente reparto: a Ávila -que es mi provincia- le tocaron 365; a Burgos 392; en León se pusieron 487; en Palencia 221; Salamanca, 558; Segovia, 198; Soria, 258; Valladolid, 276; y Zamora, 336. Bueno, el criterio de reparto no sé muy bien en qué medida se hizo, puesto que entiendo que donde se tenía que haber priorizado más quizás hubiera sido proporcionalmente en aquellas provincias donde más suelo granítico tenemos. Pero, bueno, este no es... esta no es la cuestión. Lo que considero es que es importante lo que se hizo. Además, tengo que decir a la señora directora que en mi propio domicilio yo tuve en mi sótano durante casi 3 meses -no llegó a los 3 meses- uno de estos detectores, puesto que, además, bueno, pues mi municipio es Candeleda, que está en la sierra de Gredos, y, por tanto, suelo granítico cien por cien, y en mi vivienda tengo un sótano y, por tanto, creía que era uno de los sitios donde se podía estar para... para obtener ese resultado.

Bien. Yo insisto: lo que sí que hemos podido comprobar desde entonces es que desde la Junta lo que se ha hecho en cuanto a la concienciación e información del gas radón se ha hecho más desde el punto de vista de prevención de riesgos laborales, es decir, iniciativas que ha llevado a cabo la Consejería de Industria, Comercio y Empleo; de hecho, elaboró en una revista que... que hace periódicamente y que se llama *Prevención Castilla y León*, hay un informe -además, que... que invisto a sus señorías a que lo lean- sobre un artículo que dice "Gas radón: riesgo para la salud, entornos laborales y prevención". También se han hecho jornadas en alguna de las Comunidades... en algunas de las provincias en relación a ese asunto, pero desde el punto de vista de esta Consejería de Sanidad no se ha hecho.

Yo lo que considero es que es importante obtener o saber si hay un informe sobre ese estudio, porque el objeto, como... como decía la... la campaña, era que durante los años dos mil veintiuno y dos mil veintidós era cuando se ponían esos detectores, el año dos mil veintitrés iba a ser para recoger esos datos, transformarlos y realizar un informe; y, por tanto, estamos en el dos mil veinticuatro -quiero recordar, además, que esta pregunta fue registrada en febrero del dos mil veinticuatro, hace ya 10 meses- y, bueno, pues ahora, que está acabando este año, entendemos que es tiempo suficiente como para saber si de verdad ya existe un informe a ese respecto. Y, sobre todo, si de ese informe se arrojan algún tipo de actuaciones o





medidas que desde esta Consejería vayan encaminadas pues sobre todo a lo que dice el Plan Nacional contra el Radón, que es el de informar y el de concienciar a la ciudadanía. Y luego, sobre todo, pues saber qué tipo de medidas, con más exactitud, especialmente, no sé si porque, bueno, pues como abulense que soy, me siento más afectado a lo mejor que... que otros paisanos de la Comunidad, pero qué medidas se pueden llevar a cabo o se tiene pensado hacer; o si se están llevando a cabo y que, por desconocimiento mío y de este grupo parlamentario, no tenemos a ese respecto. Como se ha hecho ya por parte de la señora secretaria la lectura de la pregunta, pues omito tenerla que volver a decir. Muchas gracias.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señor Hernández. Damos la bienvenida a la directora de Salud Pública, doña Sonia Tamames, y a todo el equipo que la acompaña, expresando nuestro agradecimiento por acompañarnos esta mañana y resolvernos las diferentes dudas que pueden salir de parte de los grupos parlamentarios. Pues sin más, la contestación de la Junta de Castilla y León por parte de la directora de Salud Pública, doña Sonia Tamames, por un tiempo máximo de diez minutos.

#### LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA (SEÑORA TAMAMES GÓMEZ):

Muchas gracias, señora presidenta. Señores procuradores. Buenos días a todos y muchas gracias por su bienvenida. Quiero también agradecer su pregunta al Grupo Parlamentario Socialista, especialmente en esta ocasión, ya que se enmarca en el ámbito de la salud ambiental. La salud ambiental abarca unas materias que impactan de manera sustancial sobre la salud de las personas, y precisamente porque es bastante desconocida, agradezco especialmente al Grupo Parlamentario Socialista y a esta Comisión su interés en este ámbito.

Por ponerles en contexto –aunque ya lo ha hecho magníficamente el señor procurador–, existen dos planes, el Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente 2022-2026 y el Plan Nacional contra el Radón, que aconsejan a las autoridades sanitarias que realicemos este tipo de actuaciones. En concreto, el PESMA habla simplemente de evaluar la exposición ambiental en la población y su impacto en la salud humana; y el Plan Nacional contra el Radón es más específico, y en su actuación A2 se establece la necesidad de desarrollar y actualizar el mapa potencial de radón y elaborar mapas de radón a escala regional o local. Hasta con... hasta donde conocemos, solo Galicia y Castilla y León hemos avanzado en este sentido, y el objetivo principal del estudio que se llevó a cabo entre dos mil veintiuno y dos mil veintidós fue la elaboración de este mapa predictivo del potencial de radón en Castilla y León.

Como ya se ha dicho también, el gas radón está presente de forma natural en el medio, siendo componente de formaciones geológicas en mayor o menor concentración, y los 3 isótopos que existen de este gas se generan de manera continua, dado que están incluidos en cadenas de desintegración de elementos radiactivos naturales que parten desde el uranio y el torio. La mayor parte de los elementos de estas cadenas se presentan como sólidos y pueden combinarse con otros elementos, sin embargo el radón es un gas que no reacciona químicamente, por lo que escapa con facilidad del lecho rocoso o de los materiales en los que se encuentre, como algunos materiales de construcción y grandes masas de agua provenientes de



acuíferos en contacto con elementos de las cadenas de desintegración mencionadas anteriormente.

La población se expone al gas radón en espacios cerrados en los que el gas es capaz de penetrar y se acumula, y suele tratarse –como bien se ha dicho también– de sótanos o bajos de edificaciones poco recientes en los que no se han seguido las técnicas de construcción incluidas en el Código Técnico de Edificación mediante la actualización por Real Decreto 732/2019. Además, son espacios habitualmente mal ventilados. Estas partículas, al inhalarse, quedan adheridas a la mucosa del árbol respiratorio, por lo que pueden producir alteraciones moleculares en el epitelio pulmonar y, en su caso, terminar desencadenando cáncer de pulmón.

Los estudios que se han realizado muestran la relación entre la exposición al radón y el desarrollo de cáncer, por lo que el radón fue declarado carcinógeno humano tipo 1 por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer. Los organismos internacionales consideran que la exposición al radón constituye la segunda causa de muerte por cáncer de pulmón. Si bien es el tabaco el que lidera ampliamente esta clasificación, el radón sería la primera causa en no fumadores.

La OMS considera que entre el 3 y el 14 % de los casos de cáncer de pulmón en el mundo podrían deberse a la exposición al radón. En España la estimación sitúa al radón como el causante de un 4 % de las muertes por cáncer de pulmón, atribuyéndosele, por tanto, alrededor de 1.500 muertes anuales. Para Castilla y León esta estimación implicaría un rango de entre 80 y 100 casos anuales.

Pero tenemos que matizar que los atlas de mortalidad por cáncer en España nos hacen dudar de la exactitud de estas estimaciones, ya que los mapas de mortalidad por cáncer de pulmón y los de supuesta exposición al radón son discrepantes –si ustedes lo desean, les puedo mostrar sendos mapas para que lo comprueben–. Pero, no obstante, porque creemos que es una causa de enfermedad evitable, con independencia de cuál sea la... la carga de esa enfermedad, seguimos trabajando en su caracterización.

Les cuento un poco que el diseño inicial del mapa de Castilla y León se concretó en un muestreo para obtener celdas homogéneas de 10 por 10 kilómetros, en concordancia con lo que establece el marco de trabajo propuesto por la Comunidad Europea. Las mediciones que se realizaron en viviendas y puestos de trabajo respondieron inicialmente a un mínimo por celda, pero posteriormente sí se corrigieron con más intensidad en aquellas celdas en las que, en base al mapa del Consejo de Seguridad Nuclear, se preveía una mayor... una mayor exposición al radón o en aquellos núcleos de población con más población expuesta. Hubo unas correcciones en el muestreo que sí que intensificaban la... la actividad de muestreo en... en esas... en esas zonas.

La información obtenida precisó de un tratamiento estadístico posterior y los datos se anonimizaron asociándolos a los centroides X e Y de cada una de las celdas indicadas. Así, cualquier medición efectuada dentro de la celda queda estadísticamente ligada a esa celda. Se obtuvieron en las dos campañas –porque fueron dos las campañas de medición– 6.209 mediciones efectivas, de las que solo el 8 % superaban los 300 bequerelios por metro cúbico, que es el límite de seguridad establecido en la normativa.

El señor procurador ha mencionado que no existe un nivel seguro. Esto es cierto desde el punto de vista biológico, porque nuestro organismo tiene mecanismos





de reparación del ADN que actúan reparando el daño y no siempre son totalmente efectivos en reparar ese daño. Por tanto, si existe... vamos a llamarle la mala suerte de que una persona no es capaz de reparar el daño hecho por una radiación, se desencadena un proceso cancerígeno. Pero no son estos efectos que se llaman estocásticos los más importantes; los más importantes son los efectos acumulativos. Y, por eso, en la normativa sí se ha podido establecer que por encima de esos 300 bequerelios/metro cúbico se considera que el riesgo acumulativo es superior, y por debajo no existiría, bueno, pues un riesgo suficientemente significativo como para tomarlo en consideración.

Como cabría esperar, y como también se ha comentado, los valores por encima de los 300 bequerelios/metro cúbico se aglutinan en la sierra de Segovia, en el sur de Ávila, en el sur y el oeste de Salamanca, en el oeste de Zamora y, en menor medida, en el oeste de León. Uno de los logros de este trabajo se materializa en la incorporación de la información a la previa existente en el propio Consejo de Seguridad Nuclear, de modo que, en la actualización que realice este organismo de su mapa del potencial del radón, la nueva información aportada por Castilla y León vendrá a mejorar la definición de dicho mapa y su fortaleza estadística.

Para ilustrar la aportación de nuestra Comunidad, el mapa anterior del Consejo de Seguridad Nuclear se había realizado en base a 13.000 mediciones, y Castilla y León aportará aproximadamente un tercio de las mediciones de... del próximo mapa de este organismo. Dado que Castilla y León es un territorio sensible a la presencia del radón, con esta acción se pretende mejorar la calidad de la información disponible.

Adicionalmente, decirles que es inminente también la publicación del European Indoor Radon Map –el mapa europeo de radón en interiores–, que elabora la Comunidad Europea, y que ha incorporado la información proporcionada por Castilla y León para su elaboración; y esto contribuye también a la toma de decisiones y a la asignación de recursos en el marco de la Unión Europea.

Toda esta información, con mayor profundidad y detalle, fue objeto de la celebración de unas jornadas el pasado año dos mil veintitrés en la que se dieron a conocer los resultados del estudio. No existe –contestando a su pregunta concreta– un informe publicado estructurado, pero sí existió una jornada divulgativa en la que tuvimos oportunidad de debatir aspectos muy complejos, tanto desde el punto de vista técnico como por los diferentes agentes implicados en toda esta materia.

Y este mismo año, el diez de abril, se celebró en el Ministerio de Sanidad la jornada sobre el Plan Nacional contra el Radón, y decirles que la mesa redonda sobre Desarrollos Regionales contra el Radón en España contó con la participación de las Comunidades de Canarias, Galicia y Castilla y León; por ilustrar de alguna manera la posición de liderazgo de nuestra Comunidad en esta materia.

Como ven, los resultados del estudio han sido difundidos en sectores especializados y van a ser públicamente publicados al incluirse en los mapas nacionales y europeos.

Les anuncio también que para el próximo año dos mil veinticinco está previsto que se realice una campaña, en línea con esa actuación E1 del Plan Nacional contra el Radón, de concienciación a la población y grupos específicos, para aumentar la concienciación pública sobre los riesgos para la salud de la exposición al radón, así como las maneras de disminuir estos riesgos. En esta campaña se dará traslado a



la población de las recomendaciones para minimizar el riesgo de exposición al gas radón, que incluyen, básicamente –como ya se ha dicho–, ventilación y reformas en los edificios.

Y les diré también que, aunque no está directamente relacionada con el mapa, en cuanto a la calidad del agua de consumo, el Real Decreto 3/23 mantiene los requisitos de protección sanitaria que estableció ya el 314/2016, y nos dice que se deben controlar también la... la radiactividad en aguas de consumo. En este sentido, decirles que, aunque la probabilidad de exposición de la población por el agua de consumo en un domicilio es prácticamente nula porque se pierde la radiactividad en la... en la distribución del abastecimiento, sí puede tener relevancia desde el punto de vista ocupacional en balnearios o en estaciones de tratamiento de agua de origen subterráneo. El Real Decreto 3/23 indica que los gestores de abastecimientos deberán efectuar medidas de radón en agua cuando la procedencia sea total o parcialmente subterránea y cuando haya niveles de más de 500 bequerelios/litro o la masa de agua no esté caracterizada; y, en este ámbito, la Dirección General de Salud Pública está participando en unas tareas con la Universidad de Salamanca para caracterizar esas masas de agua y ayudar a los operadores obligados a realizar este tipo de medidas a que las hagan cuando tiene sentido y no cuando no es así.

Y hasta aquí las actuaciones previstas en el marco de nuestra Dirección General, ya que otro tipo de cuestiones se escapan de nuestro ámbito competencial. Se ha hablado aquí de la prevención de riesgos laborales ya que, efectivamente, son los empleadores los obligados a proteger a los trabajadores; también la Dirección General de Vivienda ha tenido líneas... vamos, ha establecido líneas de subvención que pueden ayudar a las personas afectadas a reparar estas viviendas o a disminuir la presencia de radón en ellas; la Consejería de Familia trabaja intensamente en la deshabituación del hábito tabáquico porque, aunque se ha dicho que el radón es causa de cáncer de pulmón en no fumadores, en los fumadores es todavía más grave porque tienen dos factores carcinógenos que concurren.

En definitiva, señorías, nuestra Dirección General actúa –dijéramos– de promotor y de análisis del conocimiento en esta materia, aunque las políticas efectivas, realmente, no pertenecen a nuestra Dirección General. Muchas gracias por su atención, y quedo a su disposición para cuantas aclaraciones precisen.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Gracias, señora Tamames. En un turno de réplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra el señor Hernández.

#### EL SEÑOR HERNÁNDEZ ALCOJOR:

Sí. De forma muy breve. Agradecerle a la directora general las explicaciones que ha dicho. No he podido anotar, de las 600... de las 6.909 muestreos que se hicieron, cuál fue el tanto por ciento que superó los 300 bequerelios por metro cúbico. Lo que sí es cierto es que eso hay que extrapolarlo al total de los municipios que están dentro de ese mapa susceptible de estar afectados por el gas radón. Por lo tanto, entiendo que, como bien dice, si el gas radón no es –vamos a decirlo– importante en cuanto a... a lo que puede provocar desde el punto de vista sanitario en relación al cáncer, sí –como bien dice usted– es una causa evitable, y, por tanto, entiendo que



hay que seguir poniendo foco en eso, independientemente de la incidencia que tenga o no en relación a los cáncer de la población.

Por tanto, yo creo que, si ese dato lo extrapolamos, estaríamos hablando de que son muchos los municipios potencialmente a los que habría que poner foco por parte de esta Consejería y, en este caso, por parte de su Dirección para tomar medidas, sobre todo informativas, como usted bien dice, que es una de las medidas que me ha anunciado que van a llevar a cabo a través de una campaña para el año dos mil veinticinco. No ha especificado -entiendo que, quizás, todavía no se sepa con exactitud- en qué consiste dicha campaña, pero yo sí que quiero aquí pues recalcar que es uno de los aspectos que el propio Plan Nacional contra el Radón indica, ¿no?, cuando habla de la concienciación y sensibilización ciudadana. Me parece muy bien que se hayan realizado unas jornadas informativas en Salamanca, pero yo creo que lo importante es que esas provincias, que son -repito- Segovia -como bien ha dicho usted-, Ávila, Salamanca, Zamora y el sur de León, pues entiendo que habrá que... no solo habrá que hacer esas jornadas en lugares ubicados allí, en esas provincias, sino que también cómo llegar a la población que -repito- potencialmente está expuesta al gas radón.

Y eso es lo que dice -como digo- el propio plan, donde dice que las campañas de comunicación sobre el riesgo asociado al radón deben diseñarse partiendo de las percepciones y el nivel de conocimientos sobre el radón de los grupos destinatarios. Y también sigue diciendo: por otro lado, el tener una valoración cuantitativa de partida sobre el grado de concienciación de la sociedad proporciona el nivel de base a partir del cual evaluar la eficacia de las actuaciones. Bueno, pues, en este sentido, insisto en que, bueno, sigo felicitando el que se haya tomado estas iniciativas y que la Junta, como no puede ser de otra manera, siendo -como he dicho al principio en mi intervención- uno de los territorios potencialmente más afectados por este gas, el que se ha... se tomen ese tipo de medidas.

Pero quizás haya que -insisto- concretar más; no solo ya informar, concienciar, sino a lo mejor también habría que... no sé, desde el punto de vista de esos detectores, tomar algún tipo de iniciativa desde la Junta para que en estas poblaciones que nos encontramos -como digo- dentro del mapa de afección, pues se pueda tener en esos domicilios algún tipo de detector que pueda... que pueda tener... que podamos tener los ciudadanos y poder ver si superamos o no esa unidad.

Usted también sabrá que esa unidad pues depende de los países. Es decir, si nos vamos a Norteamérica, la unidad a partir de la cual se encienden todas las alarmas estaríamos hablando de los 150 bequerelios. Es decir, yo creo que es un poco aleatorio. Lo cual quiero decir -insisto- que hay que seguir poniendo foco, que yo creo que ese mapa europeo con la información que ya aporta Castilla y León pues es fantástico. No sabemos cuándo se hará el mapa de nuevo, a nivel nacional, donde se incluya esa información que representa el tercio de Castilla y León lo que va a aportar.

Y sí que también me gustaría pues que ese mapa o ese... haya un informe real de lo que han supuesto esas mediciones en lugar de simplemente la información publicada en mapas; sino que -insisto- yo creo que la Junta, dado su territorio y dada la afección que tiene por esta problemática, debería realizar algún informe que podamos tener no solo los grupos parlamentarios, sino colectivos y asociaciones de enfermos, etcétera, etcétera, para poder trabajar sobre ello. Es una... a modo sugerencia y petición que le hago. Y de nuevo reiterar mi agradecimiento por la información trasladada. Muchas gracias.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):**

Muchas gracias, señor Hernández. Para un turno de dúplica, tiene la palabra la directora de Salud Pública, doña Sonia Tamames, por un tiempo máximo de cinco minutos.

**LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA (SEÑORA TAMAMES GÓMEZ):**

Bien. Muchas gracias de nuevo por su valoración de nuestro trabajo. Verá, le comento algunas cuestiones:

En primer lugar, yo creo que... por contextualizar un poco, yo creo que sí que merece la pena que veamos la magnitud del problema, que, bueno, pues afortunadamente, y esto se ha visto con este mapa, no es una afectación de un número excesivamente importante de personas dentro de nuestra población. Y por supuesto que la campaña irá dirigida al global de la población, porque, evidentemente, es muy complicado hacer campañas dirigidas más allá de la utilización de materiales físicos que se puedan difundir en centros cívicos y en entornos sociales donde la población de los municipios más afectados pueda estar presente; pero la campaña será dirigida a toda la población.

El nivel de la campaña pues lo que procurará esta Administración es que sea asequible a cualquier persona; evidentemente, aquí estamos hablando de aspectos técnicamente complejos, pero no podemos trasladar a las personas estos aspectos tan complejos, pero para la gente es relativamente fácil de entender bueno pues que la radiactividad es un riesgo. Yo creo que no es algo excesivamente complejo de trasladar.

Les comento un poco por áreas. Sí que... el... aclararle que, de las seis mil doscientos y pico mediciones, fue el 8 % las que dieron por encima de los 300. Y le comento un poco los resultados por provincias, porque, como le digo, nosotros sí que tenemos esta información que fue objeto de la jornada: en Ávila dieron por encima de 300 bequerelios/metro cúbico en ámbitos de trabajo el 24 % y ámbitos de viviendas el 15 %; en Burgos, en trabajo el 2, en viviendas el 3; en León, en trabajo el 3, en viviendas el 4; en Palencia, en trabajo ninguno, en viviendas el 3; en Salamanca, en trabajo el 16, en viviendas el 18; en Segovia, en trabajo el 12, en viviendas el 4; en Soria, en trabajo ninguna, en viviendas una... 1 %, no una vivienda -con perdón-, en Valladolid, en trabajo el 1 %, en viviendas el 2 %; y en Zamora, en trabajo ninguna -ninguno de los medidores- y en viviendas el... el 11 %.

Algo que comentaba usted de poder tener un detector particular en la vivienda, bueno, pues, realmente, a mí me cuesta pensar que sea algo eficiente el tener en una vivienda un detector, ya que, cuando esa vivienda tiene las reformas que tiene que tener, no... desaparece el riesgo de que se acumule este gas y, por tanto, no sería necesario tener un aparato que tiene un coste importante, que tiene unas calibraciones y un mantenimiento que no sería simplemente el coste de adquisición. Es mucho más eficiente que la Administración pública ayude a esos propietarios a realizar las reformas adecuadas de sus domicilios para evitar esa exposición.

Y me decía usted también el... el dintel que ha establecido Norteamérica en cuanto a la radiactividad que se permite. Como le decía, no existe un nivel seguro, que eso lo tenemos todo... todos claro, pero lo que falta también en esta materia es



mucha investigación, y estos mapas al final contribuyen a esa... a esa investigación. Al final, lo importante no es tanto los bequerelios/metro cúbico de aire, sino cuánta dosis pasa a nuestro organismo –que no pasa en bequerelios, que pasa en milisiéverts–. Ustedes sabrán que, por ejemplo, los profesionales sanitarios que trabajan en radiología llevan consigo unas plaquitas que son dosímetros personales. Pues, probablemente, lo que sea bueno avanzar también sea en investigación de cómo se corresponden los bequerelios/metro cúbico con los milisiéverts absorbidos. Y, en ese sentido, y aunque no se ha puesto todavía el foco en la radioactividad, sí que se está avanzando a nivel nacional en cuestiones de biomonitorización de diversos parámetros, entre los que podría estar incluida la... la radioactividad. Esto son líneas de investigación abiertas en salud pública que, bueno, pues progresan quizás más lento de lo que a todos nos gustaría –en eso puedo coincidir con usted–.

Y simplemente, y para acabar mi intervención, manifestarle mi compromiso de que toda esta información que le estoy contando será objeto de un informe que pondremos a disposición de todos los castellanos y leoneses.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):**

Muchas gracias, señora Tamames. Por la señora secretaria se dará lectura del segundo punto del orden del día.

**POC/000254**

**LA SECRETARIA (SEÑORA FRUTOS RUBIO):**

Segundo punto del orden del día: **Pregunta para su respuesta oral número 254, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores don José María Sánchez Martín, doña María de los Ángeles Prieto Sánchez, don Francisco Javier Carpio Guijarro, doña Beatriz Coelho Luna, doña Lorena de la Fuente Ruiz, don Raúl Hernández López y doña María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a cuál es el balance del programa de inmunización frente al virus respiratorio sincitial en Castilla y León, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 341, de treinta y uno de octubre de dos mil veinticuatro.**

**LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):**

Para la formulación de la pregunta, en nombre del... del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra don José María Sánchez Martín, por un tiempo máximo de diez minutos.

**EL SEÑOR SÁNCHEZ MARTÍN:**

Pues muchas gracias, presidenta. Buenos días, señorías. Señora directora general de Salud Pública, bienvenida de nuevo a esta Comisión; ya nos pudo deleitar con su intervención hace un tiempo. Y, bueno, pues le damos la bienvenida a usted y al equipo que le acompaña hoy aquí, a esta Comisión, para dar... para dar respuesta a las preguntas... los dos preguntas que le vamos a formular por el Grupo Parlamentario Popular. Felicitarla porque... por su intervención en... en la pregunta anterior, porque nos ha quedado yo creo que a esta Comisión muy claro el tema y hemos aprendido un poco todos también de lo que es el gas radón.





Ahora vamos a hablar del... del virus sincitial, que es una de las principales y causa de enfermedad en... en los niños. Frecuentemente, sabemos que este virus provoca pues síntomas leves, similares pues muchas veces a un... un resfriado común. No obstante, y fundamentalmente en los niños de menor edad, puede provocar infecciones graves, como es la bronquiolitis o neumonía, teniendo su máxima incidencia desde los meses de octubre a marzo. En España también sabemos, según algunos estudios, que más del 90 % de los niños contraen el... el virus respiratorio antes de cumplir los 2 años y muchos de ellos, concretamente el 3 % -digo que según algunos estudios-, requiere una hospitalización. Además, también en adultos mayores el virus respiratorio puede ser tan grave como la gripe, aumentando el riesgo de complicaciones como la neumonía o la insuficiencia respiratoria. Este tipo de patologías pues provoca en nuestro sistema sanitario numerosas consultas médicas, concretamente en Atención Primaria, y la visita de urgencias hospitalarias -muchos de ellos-, que pueden colapsar incluso este servicio.

En Castilla y León hemos estado viendo que, invierno tras invierno, este virus ataca, como he dicho, desde octubre a marzo a los niños menores de 2 años y a esta gente mayor de 65, principalmente, y son la principal causa de hospitalización de los niños menores de 1 año. En picos más severos, las unidades de cuidados intensivos pediátricos, concretamente, pues en mi ciudad y en otras, han podido verse saturados, lo que pone también en riesgo la atención de otros pacientes críticos ingresados en... en el hospital, pudiendo retrasar áreas del hospital, como, por ejemplo, intervenciones quirúrgicas programadas para estos menores, y que a veces, como he dicho, pues han llegado a verdaderamente saturar lo que son las urgencias hospitalarias.

Los lactantes prematuros y los niños con enfermedades crónicas pulmonares, cardiológicas o con algún tipo de déficit del sistema inmune, pues tienen más riesgo en cuanto a las complicaciones que produce este tipo de virus. Y es que ya sabemos que, al ser un virus, pues no existe un fármaco específico para combatir esta enfermedad. Por lo tanto, también decir que el tratamiento pues tiene que ir enfocado pues muchas veces a los síntomas y a un correcto estado de hidratación de los pequeños.

Es un virus que se transmite pues muy fácil entre las personas, de manera similar pues a otros virus respiratorios: a través de las gotitas por los estornudos, contacto con estas personas enfermas o con superficies contaminadas. La prevención -no la vamos a olvidar, y aquí hay que recomendarla- es especialmente clave para que los... en los meses de invierno pues esta gente tenga más cuidado y no esté en contacto con este tipo de personas.

Hoy contamos y sabemos con herramientas inmunizadoras, tanto vacunas como anticuerpos monoclonales, capaces de prevenir este tipo de infecciones graves producidas por el virus respiratorio sincitial. Y estas medidas pues sí que estamos viendo, según algunos estudios, que han demostrado ser muy potentes porque han disminuido en un alto grado la incidencia en la hospitalización y en las complicaciones severas. La Consejería de Sanidad, a través de su Dirección General, puso en marcha esta campaña de inmunización frente a las infecciones graves producidas por el virus respiratorio.

Sí que nos gustaría, y por eso le hacemos esta pregunta, porque sí que hemos visto que han... pues reducido de forma muy considerable, bien por las medidas que vienen en el portal en cuanto a la prevención, y como he dicho que es muy importante, pero también la puesta en marcha de este proceso de inmunización, y queríamos





saber qué balance pues hace de este programa de inmunización su Dirección General, que yo creo que ha dado muy buenos resultados en cuanto a la inmunización frente al virus respiratorio sincitial en Castilla y León. Gracias, presidenta.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):**

Muchísimas gracias, señor Sánchez. Para la contestación, en nombre de la Junta de Castilla y León, tiene la palabra la directora general de Salud Pública, doña Sonia Tamames, por un tiempo máximo de diez minutos.

**LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA (SEÑOR TAMAMES GÓMEZ):**

Muchas gracias. Agradezco profundamente al Grupo Popular la oportunidad de explicarles a ustedes un programa del que estamos profundamente orgullosos, como es el de inmunización frente al virus respiratorio sincitial. Como bien saben, el calendario de vacunación para toda la vida es una prioridad política de primer orden para la Junta de Castilla y León y en este contexto se enmarca la inmunización frente al virus respiratorio sincitial, que motivó incluso el cambio de nombre de nuestro calendario, pasando a llamarse “de vacunaciones e inmunizaciones”. Me van a permitir que les introduzca brevemente cómo se fragua este programa.

La inmunización frente al virus respiratorio sincitial en lactantes era una necesidad no cubierta por la alta carga de enfermedad que acarrea, y las vacunas que se habían ensayado en lactantes produjeron efectos adversos graves, especialmente la denominada “enfermedad aumentada”, que llevaron a una vía muerta a estas líneas de investigación.

La pandemia por COVID-19 aceleró la investigación y el desarrollo de la tecnología de anticuerpos monoclonales de larga vida media y, en aquel momento, el Evusheld fue una herramienta muy útil para la inmunización de personas no respondedoras a vacunas frente a las primeras variantes del virus causante de la COVID-19. El avance científico consistió básicamente en conseguir que los anticuerpos durasen más allá de las pocas semanas que duraban hasta ese momento, que es lo que podía durar la protección, por ejemplo, de suero de convaleciente u otros anticuerpos sintéticos. Se denominan de larga vida media porque su duración es de varios meses.

El pasado año dos mil veintitrés el Nirsevimab, un anticuerpo monoclonal de larga vida media frente a VRS, obtuvo la autorización de la Agencia Europea del Medicamento para la prevención de la infección por este virus en lactantes durante su primera temporada invernal. Algunas Comunidades Autónomas como Galicia y Madrid anunciaron ya en marzo su voluntad de incluir el Nirsevimab en los respectivos calendarios de inmunización y poco después se sometió a la valoración de la Comisión de la Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. A pesar de que la voluntad de introducir esta medida era mayoritariamente a favor, sorprendentemente, ante la falta de unanimidad, la directora general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad no lo sometió a votación –cosa que todavía no nos explicamos–, y varias Comunidades Autónomas tomamos la decisión de incluir el anticuerpo frente al VRS en nuestros calendarios, aunque, finalmente, todas las Comunidades Autónomas incluyeron el Nirsevimab en sus calendarios durante la temporada veintitrés-veinticuatro –algunas de ellas le diré que gracias al cambio de Gobierno posterior a las elecciones autonómicas de dos mil veintitrés, y otras, como



País Vasco, abrumadas por quedarse solas en el no-. Como digo, la inmunización se realizó finalmente en toda España desde la temporada dos mil veintitrés-dos mil veinticuatro, con una magnífica aceptabilidad.

Y ¿por qué hablo en este caso de aceptabilidad? Bueno, pues por dos motivos principalmente. El primero es que sobre el papel existían dudas de que las familias aceptaran la inmunización de sus hijos con un fármaco nuevo que no era estrictamente una vacuna. Otros países del contexto europeo tuvieron dificultades en este sentido. Por tanto, creo que es importante destacar la confianza que las familias tienen todavía en las autoridades sanitarias en materias tan delicadas como la protección de sus hijos; sin duda, esto habla a favor de una sociedad resistente aún a la era de la desinformación. Y también me van a permitir que presuma, en parte, de ello, ya que una autoridad sanitaria que es capaz de mantener el prestigio, tan necesario para hacer efectivas las políticas de salud pública en un Estado de derecho, es una autoridad sanitaria que... que hace bien su trabajo.

El motivo por el que hablo de aceptabilidad y no de cobertura también es porque los profesionales sanitarios se han volcado de tal manera con este programa que se ha ofrecido hasta al último bebé de la Comunidad. El resultado ha sido que el 94 % de los niños nacidos entre el uno de marzo del dos mil veintitrés y el treinta y uno de marzo de dos mil veinticuatro recibieran el anticuerpo frente al virus respiratorio sincitial.

Los datos por meses son bastante homogéneos. Los niños nacidos entre marzo y septiembre a los que se inmunizó en Atención Primaria tuvieron una cobertura del 92 %; los inmunizados al nacimiento nacidos entre octubre y diciembre tuvieron coberturas del 94-95 %; los nacidos en enero, febrero y marzo tuvieron coberturas ligeramente menores, del 93, 92 y 87 %, respectivamente, probablemente debido a la menor percepción de riesgo de las familias en esos meses ya, aunque hay que decir que el virus respiratorio sincitial estuvo circulando todo el invierno.

Por provincias, ninguna tuvo tampoco coberturas por debajo del 90 % -osciló entre el 91 % de Ávila y el 99 % de Zamora-, y el patrón de menor tasa de inmunización al final del invierno, especialmente en el mes de marzo, se repitió también de manera bastante homogénea por provincias.

Por avanzarles un poco las cifras de este año dos mil veinticuatro, los nacidos entre marzo y septiembre a los que se inmunizó en Atención Primaria han alcanzado ya el 92 % de cobertura; los nacidos en octubre, a los que se inmuniza al nacimiento, también tienen una cobertura del 92 %; y en noviembre, tenemos datos del 84 %, aunque la experiencia del año pasado nos dice que se trata de retrasos de registro y no tanto de retrasos de inmunización.

Las primeras estimaciones de la efectividad en vida real del Nirsevimab en España aparecieron en la prestigiosa publicación *Eurosurveillance* en febrero de este mismo año dos mil veinticuatro, y en este artículo colaboraron investigadores de las Comunidades de Murcia, Valencia y Castilla y León. En concreto, en nuestra Comunidad participó en la evaluación el Hospital Clínico Universitario de Valladolid junto con el Centro Nacional de la Gripe, que fueron capaces de constatar en su área de salud una reducción del 97 % en las hospitalizaciones por virus respiratorio sincitial.

Esto es un gran logro de la medicina y de la salud pública, en primer lugar, por lo que ofrece en términos de salud a nuestros niños: una reducción de hospitalizaciones



hasta casi desaparecer el riesgo de hospitalización por esta infección, que, como bien decía usted, era la primera causa de hospitalización en menores de 1 año. Pero esto es solo la punta del iceberg: la propia incidencia de la enfermedad se redujo, evitando la necesidad de aplicar oxígeno, de medicación de soporte en estos bebés, menos sufrimiento para los pequeños y sus familias; y lo que esto conlleva: menor número de visitas al pediatra de Atención Primaria, menor uso de antibióticos, que además, en este caso, sería un uso inapropiado por tratarse de una infección viral... Es que, además, la bronquiolitis en lactantes era causada principalmente por VRS, y ahora no es que haya desaparecido, porque todavía quedan otros virus como el rinovirus o el metaneumovirus que son capaces de producirla, pero prácticamente ha desaparecido esa bronquiolitis en lactantes. Y esperamos que lo hagan también sus secuelas, ya que los niños con bronquiolitis en el primer año de vida padecen con mayor frecuencia infecciones respiratorias, más probabilidad de que estas infecciones cursen con sibilancias -los conocidos pitidos, que indican obstrucción de vías aéreas bajas-, mayor probabilidad de... de padecer asma infantil y más frecuencia de otras infecciones como las otitis. Todas estas secuelas disminuyen muchísimo si la primera bronquiolitis se padece a partir del año de... de edad, por lo que la inmunización con Nirsevimab probablemente sea capacidad... capaz de disminuir también la frecuencia de estas secuelas.

Y, para finalizar, algo que también parece haber quedado en el pasado, que es la sobrecarga asistencial de las UCI pediátricas. Estoy segura de que recordarán el otoño de dos mil veintidós, en el cual la epidemia de esta enfermedad llegó a producir la hospitalización de más de 100 pacientes pediátricos en algunos días de noviembre y diciembre. En aquel momento fue necesaria la reorganización de recursos asistenciales, y, si bien fuimos capaces de dar respuesta a las necesidades, la tensión del sistema fue francamente importante.

En resumen, señorías, les puedo asegurar que pocas medidas en nuestro día a día han sido tan exitosas y en un periodo de tiempo tan corto. Y les agradezco de nuevo la oportunidad de poderles trasladar a ustedes lo satisfechos que estamos con esa decisión que tomó la Junta de Castilla y León ya el año pasado de inmunizar a nuestros bebés. Muchas gracias.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora Tamames. En un turno de réplica, tiene la palabra el señor procurador don Sánchez Martín.

#### EL SEÑOR SÁNCHEZ MARTÍN:

Sí, gracias, presidenta. Gracias, directora general, por su contestación. Y yo creo que la clave también está pues en el alto porcentaje de inmunización que se ha tenido y los grandes resultados pues que ha dado en el dos mil veintitrés. Concretamente en el año dos mil veintidós pues fue un problema sustancialmente importante para muchas de las unidades hospitalarias, como usted ha dicho; incluso se colapsaron las UCI pediátricas para este... para estos niños tan pequeñitos y tuvo que... en muchos hospitales tuvo que haber una reorganización importante de este área, ¿no?

Pero también le quiero decir que en estos últimos años pues también ha cobrado su relevancia importante, también, en la población adulta: hemos visto que ataca especialmente pues a aquellos pacientes con comorbilidades y personas vulnerables,



como son los mayores de 65 años. De hecho, estudios recientes –usted ha mencionado estudios–, también hay estudios recientes que demuestran que el impacto del VRS en esta población es comparable también al porcentaje de incidencia de la gripe estacional, pudiendo también agravar enfermedades como la EPOC o insuficiencia cardíaca o incluso el asma. En personas con estas patologías, el VRS también puede desencadenar complicaciones graves, siendo una causa –como en los niños– de alta hospitalización y también morbilidad. Adultos inmunocomprometidos o con enfermedades crónicas, pues presentan un mayor riesgo de desarrollar complicaciones, y esto aumenta, sin duda, pues un coste importante para el sistema de salud.

El diagnóstico del VRS en adultos también es complicado, ¿no?, porque... y es un desafío para... para los clínicos, porque a menudo se confunde con otros virus, como la gripe e incluso con el COVID, y esto es debido pues a que todas estas... estos virus comparten pues la sintomatología. Y también, concretamente, he leído que se han autorizado vacunas específicas hace muy poquito tiempo en adultos mayores, lo que también puede marcar un avance también en la inmunización en este tipo de personas.

Ya lo dije en mi primera intervención, no hay que olvidar que la prevención es un arma importantísima para... para prevenir esta patología, como puede ser el lavado de manos –tan potenciado por la Consejería de Sanidad–, el uso de mascarillas, la limpieza de superficies y, sobre todo –como dije también–, el evitar el contacto con las personas enfermas. Como he dicho, hace muy muy poquito tiempo se han autorizado ya las vacunas frente al VRS para adultos. Nos gustaría saber su opinión, ya no como directoras, sino también como experta, sobre este tipo de inmunización para... para este tipo de personas.

Agradecemos de antemano su contestación a la pregunta, y felicitarla, y se lo digo sinceramente, felicitarla por su gestión en... en la Dirección General. Creo que es un lujo, y no lo digo por decirlo, lo dicen muchos artículos y entrevistas en los que usted lo ha hecho, donde ha colocado pues a la vanguardia de esta... de España –podría decir– la salud pública de esta Comunidad. Y yo no lo digo, lo dicen... lo dicen muchos expertos, muchos trabajos que avalan pues el trabajo de la Consejería de Sanidad y de su Dirección General. Y, ya digo, esto es una pregunta ya que le hago como experta y a su vez como directora, y qué planificación tiene la Consejería para establecer este tipo de vacunas, si está de acuerdo en planificar un calendario de inmunización también para estas personas. Gracias, presidenta.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señor Sánchez. En un turno de dúplica, tiene la palabra la señora directora general de Salud Pública, la señora Tamames, por un tiempo máximo de cinco minutos.

#### LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA (SEÑORA TAMAMES GÓMEZ):

Muchas gracias, señoría. Bueno, en primer lugar, tengo que decir que le agradezco profundamente sus palabras. Es para mí un honor que la percepción de nuestra Dirección General sea esa. Le aseguro que, evidentemente –como a nadie se le escapa–, no es una cuestión unipersonal. Yo... parte de mi equipo está aquí hoy, otra parte no está aquí, pero les puedo asegurar que es un esfuerzo conjunto de



más de 100 personas en los servicios centrales; prácticamente seremos del orden de 1.000 personas trabajando por la salud pública de los castellanos y leoneses, y cada uno de ellos pues rema a favor de ese objetivo común.

Entrando ya en materia, usted me habla de... de la población adulta, y, efectivamente, ha dado varias claves. Una de ellas es la dificultad del diagnóstico; más que la dificultad quizá le diría que también hay una falta de interés en ese diagnóstico viral, del virus concreto que afecta a las personas, ya que no tenemos herramientas terapéuticas dirigidas específicamente contra los virus. Por... por tanto, el diagnóstico microbiológico no es de interés para los profesionales sanitarios en el sentido de que les vaya a orientar hacia dónde pueden utilizar unas u otras herramientas preventivas. Y, sin embargo, Castilla y León mantiene una vigilancia del virus respiratorio sincitial ya desde hace años, por esa colaboración que existe entre la red centinela sanitaria –que aúna profesionales nuestros de salud pública, médicos de Atención Primaria, pediatras– y el Centro Nacional de la Gripe, que es un referente en esta materia en nuestro país, y que nos ayuda en parte también a ser capaces de evaluar en nuestro entorno particular las necesidades que tenemos de prevención en esta materia.

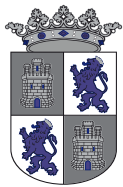
Por supuesto que las medidas no farmacológicas –higiene de manos, higiene respiratoria– tienen un papel –la pandemia por COVID-19 ha demostrado que el uso masivo de estas medidas es capaz de controlar epidemias estacionales–, pero son medidas que a ese nivel son insostenibles de manera permanente; por tanto, cuando esas medidas desaparecen, los virus habituales –el virus respiratorio sincitial, la gripe, los rinovirus– vuelven a nuestro... a nuestro entorno y vuelven a producir estas epidemias. Y ahí, efectivamente, juegan un papel las vacunas, que en el momento actual son 3 las comercializadas ya, una del... son grandes laboratorios: uno es Pfizer, otro es GSK y otro es Moderna. Por tanto, tenemos un arsenal preventivo importante con unos resultados fantásticos: en primera temporada estamos hablando de efectividades por encima del 80 % y una persistencia que ya está demostrado que a 3 años pueden prevenir hasta el 50 % de las infecciones.

Yo les voy a leer rápidamente un párrafo de un documento elaborado por la Ponencia de Vacunas, que dice que la evaluación económica realizada para España estimó que la estrategia de vacunación en personas de 60 o más años obtuvo una razón de coste utilidad incremental de 180.000 euros por AVAC –esto no es coste efectivo–. Pero –sigue más adelante– con el análisis realizado en la población mayor de 75 años para una disponibilidad a pagar de 25.000 euros por AVAC a un precio de la vacuna de 111,20 euros o inferior, la estrategia de vacunación sería coste efectiva para el contexto español, ¿vale? Quiere esto decir que simplemente con un ahorro de costes factible en un contexto de competencia sería posible... y coste efectivo vacunar a toda la población mayor de 75 años española.

Esto tiene un hándicap grande, que es el impacto presupuestario. Las cohortes de 75... de 75 años en Castilla y León son más del doble que las cohortes de recién nacidos, y una vacunación por encima de los 100 euros pues realmente supondría un impacto presupuestario, tanto para la Consejería como en particular para la Dirección General de Salud Pública, pues realmente difícil de asumir. Ahora, yo le avanzo que la opinión de nuestra Comunidad Autónoma respecto a la vacunación frente al virus respiratorio sincitial en adultos es positiva.

La Ponencia de Vacunas propuso a la Comisión de Salud Pública el día veintinueve... veintiuno –perdón– de noviembre de este mismo año que se comenzara





por los grupos institucionalizados. La respuesta mayoritaria en la Comisión de Salud Pública fue de posponer esa decisión para tener más datos respecto a la vacunación, pero en Castilla y León vamos a trabajar por que la vacunación, al menos en institucionalizados, sea una realidad lo más pronto posible.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):**

Muchas gracias, señora Tamames. Por la señora secretaria se dará lectura del tercer punto del orden del día.

**POC/000259**

**LA SEÑORA FRUTOS RUBIO:**

Tercer punto: **Pregunta para su respuesta oral número 259, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores don José María Sánchez Martín, doña María de los Ángeles Prieto Sánchez, don Francisco Javier Carpio Guijarro, doña Beatriz Coelho Luna, doña Lorena de la Fuente Ruiz, don Raúl Hernández López y doña María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a qué política de actualización pretende seguir la Junta de Castilla y León en la denominada “prueba del talón”, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 341, de treinta y uno de octubre de dos mil veinticuatro.**

**LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):**

Muchas gracias, señora Frutos. Para la formulación de la pregunta, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra doña Paloma Vallejo Quevedo, por un tiempo máximo de diez minutos.

**LA SEÑORA VALLEJO QUEVEDO:**

Gracias, presidenta. Señorías, buenos días. Desde el Grupo Parlamentario Popular agradecemos de nuevo la presencia y la información que estamos seguros nos continuará facilitando la ilustrísima señora doña Sonia Tamames Gómez, directora general de Salud Pública, sobre un tema que no es la primera vez que se trata en esta Comisión, que se plantea en esta Comisión de Sanidad, y que no es otro que el catálogo de la prueba del talón.

Cualquier tema que de alguna forma esté relacionado con nuestros recién nacidos es un tema que suscita el interés de todos los titulares de esta Comisión, como lo acabamos de ver en la pregunta que le han formulado anteriormente mi compañero, el portavoz de esta Comisión. Conocer exactamente qué es un cribado... qué es un cribado, qué se puede aportar, qué puede aportar a la salud de la población, profundizar en el programa de detección precoz de enfermedades congénitas a través de la prueba del talón es lo que nos ha llevado a solicitar su presencia en esta Comisión.

Como sabemos, la prueba del talón se realiza mediante una punción en el talón de los recién nacidos a las 48 o 72 horas de su nacimiento para que a través de esas gotas de sangre se puedan realizar determinaciones analíticas necesarias para un diagnóstico precoz de determinadas enfermedades. Señorías, no tendría sentido que me extendiese en el preámbulo de esta pregunta, dado que la persona que de verdad





es experta y conoce y nos puede informar sobre lo que aporta la prueba del talón y el diagnóstico precoz de estas enfermedades a nuestros recién nacidos es evidente que es la directora general y no esta procuradora, por lo que paso a efectuarle algunas preguntas, sin perjuicio de que, por supuesto, nos pueda facilitar la información que tienda... entienda puede interesar a los titulares de esta Comisión.

Señora directora general, están incluidas 15 enfermedades, ¿cómo se evalúan? ¿Qué criterios se siguen para contar con más o menos enfermedades en el catálogo de prueba del talón? Como sabemos, no todas las Comunidades Autónomas evalúan o diagnostican las mismas. Desde la Junta de Castilla y León, concretamente desde la Consejería de Sanidad, ¿tienen previsto ampliar el número de enfermedades para que entren a formar parte de ese catálogo de la prueba del talón? Dependiendo del conocimiento de las evidencias científicas, ¿entienden que es aconsejable incluir el mayor número de enfermedades posibles, o depende de qué? ¿Por qué? De momento, señora Tamames Gómez, a la espera de su respuesta, muchas gracias.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora Vallejo. Para la contestación, en nombre de la Junta de Castilla y León, tiene la palabra la señora directora de Salud Pública, doña Sonia Tamames, por un tiempo máximo de diez minutos.

#### LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA (SEÑORA TAMAMES GÓMEZ):

Muchas gracias. Gracias de nuevo al Grupo Parlamentario Popular y a su señoría por la pregunta y el interés en otro de los ámbitos fundamentales en los que trabaja la Dirección General de Salud Pública, como es el ámbito de los cribados. Me gustaría empezar explicándoles qué es exactamente un cribado y qué aporta a la salud de la población, y cuáles son también los riesgos de realizar cribados de enfermedades de forma indiscriminada. Y, para ello, me voy a remitir al Documento Marco de Cribado Poblacional, elaborado por la Ponencia de esta materia y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el año dos mil diez.

La OMS define el cribado como la aplicación sistemática de una prueba para identificar a individuos con un riesgo lo suficientemente alto de sufrir un determinado problema de salud como para beneficiarse de una investigación más profunda o una acción preventiva directa entre una población que no ha buscado atención médica por síntomas relacionados con esa enfermedad. Y se trata de una actividad de prevención secundaria, es decir, que su objetivo es reducir la morbilidad o la mortalidad prematura asociadas a dicha enfermedad; en definitiva, mejorar su pronóstico.

Los criterios que debe cumplir una enfermedad para someterse a un cribado son de diversa índole. Los hay relativos al propio problema de salud: que sea un problema importante; que la enfermedad esté bien definida y su historia natural sea conocida; que tenga un período de latencia detectable; que las intervenciones de prevención primaria que sean costo efectivas ya estén implantadas; que luego, aparte, la prueba sea simple y segura, fiable, válida, eficiente y aceptable por la población. Y hay algunos otros criterios relativos al diagnóstico de confirmación y al tratamiento: que haya una evidencia científica sobre el proceso diagnóstico y el tratamiento y que exista un tratamiento más efectivo en la fase presintomática, ya que, si no existe un tratamiento



efectivo diagnosticando una enfermedad, lo único que estamos haciendo es generando sufrimiento; la atención sanitaria debe estar optimizada; el programa debe preverse que es eficaz, que los riesgos sean menores que los beneficios; que tengamos una población diana bien definida; un coste equilibrado; y, en definitiva, que podamos hacer una... una planificación con una calidad y una evaluación factible y medible.

En este contexto se enmarca, entre otros, el Programa de Detección Precoz de Enfermedades Congénitas, a través de la llamada “prueba del talón”, que, como bien saben, se denomina así ya que se realiza –como ha dicho su señoría– a través de una punción en el talón de los recién nacidos, transcurridas entre 48 y 72 horas del nacimiento, para obtener unas gotas de sangre que sirven para realizar las determinaciones analíticas necesarias para diagnosticar precozmente las 15 enfermedades que se procesan en el momento actual. Me preguntaba: ¿por qué solo 15? Les voy a contar también un poco el peregrinar de una evaluación en... desde que hay indicios de que podría ser favorable porque aparece un nuevo tratamiento o una nueva técnica: en primer lugar, se asigna a una agencia dentro de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; cuando esta tiene su informe, lo eleva a la Ponencia de Cribados; cuando la Ponencia de Cribados le da el visto bueno, lo eleva a la Comisión de Salud Pública; la Comisión de Salud Pública se lo pasa a la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación; posteriormente, se eleva al Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; después, hay que publicar la orden ministerial que modifica el Real Decreto 1030/2006, de cartera de servicios del SNS; y, por último, hacer efectiva la inclusión de la prueba en la cartera de servicios del sistema de salud de cada Comunidad Autónoma, para lo que se suele dar un plazo de un año.

La última orden publicada –por ilustrar un poco los tiempos– ha sido la Orden SND/606/2024, de trece de junio, que se publicó en el BOE del dieciocho de junio, y esta orden aumentó el número de enfermedades en la cartera básica del Sistema Nacional de Salud de 7 –que había hasta este verano– a 11, y no es de obligado cumplimiento hasta el verano de dos mil veinticinco. La Junta de Castilla y León en los últimos años ha optado por incorporar al catálogo de determinaciones aquellas enfermedades cuya evaluación por la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias ha sido positiva. Y, tan pronto como tenemos conocimiento de que las evidencias científicas actuales aconsejan la detección precoz de una enfermedad, se ponen en marcha el servicio de programas preventivos de nuestra Dirección General y el Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León para realizar las adaptaciones necesarias en los sistemas de información, la puesta a punto de técnicas de laboratorio, la actualización de la documentación y la comunicación a los profesionales sanitarios de las maternidades.

Nuestra Comunidad ha hecho un esfuerzo grande en la actualización de la prueba del talón: en el año dos mil nueve se incluyó la hiperplasia suprarrenal congénita, en el dos mil veinte se incluyeron la deficiencia de biotinidasa, y en el año dos mil veintiuno se incluyeron la enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, la homocistinuria y la acidemia isovalérica. Aquí ya alcanzamos 12, incluidas las 11 que ahora se hacen de obligado cumplimiento; es decir, adelantamos 4 años la prestación a lo que es obligatorio. En junio de dos mil veinticuatro se han incluido también la tirosinemia tipo I, la acidemia metilmalónica y la acidemia propiónica. Las nuevas enfermedades que entrarán a formar parte del catálogo de la prueba del talón a partir



del uno de junio de dos mil veinticinco son la atrofia muscular espinal, la inmunodeficiencia combinada grave, la deficiencia primaria de carnitina y la deficiencia de acetil-coA deshidrogenasa de cadena muy larga.

Para la inclusión de las dos primeras que he mencionado –la atrofia muscular espinal y la inmunodeficiencia combinada grave– ha sido necesario dotar al programa de una técnica de PCR –estoy segura de que la técnica la conocen porque era la que se utilizaba durante la COVID, solo que, en este caso, en lugar de buscarse el gen del SARS-CoV-2, se busca el gen defectuoso en los niños que padecen las enfermedades mencionadas–. Y para la identificación de la deficiencia primaria de carnitina y de la deficiencia de acetil-coA deshidrogenasa de cadena muy larga se utiliza una técnica denominada de tándem masas; esta técnica permite identificar partículas que son residuos que no deberían aparecer en la sangre, o no en tanta cantidad. Y muchas de las enfermedades incluidas en la prueba del talón son de este tipo, son lo que llamamos metabolopatías, es decir, enfermedades del metabolismo: los niños que las padecen, mientras están en el útero, se valen del metabolismo de su madre, que elimina estos residuos; cuando nacen, los residuos que ellos no son capaces de eliminar se acumulan y por eso es necesario esperar esas 48 horas desde el nacimiento para tomar la muestra para que se haya podido acumular a niveles detectables. Y esos acúmulos actúan para estos niños como veneno y es lo que deriva en sintomatologías variables.

¿Por qué les cuento todo esto? Pues porque el... estábamos hablando de si se puede diagnosticar muchas más enfermedades. Pues sí: la espectrometría de tándem masas se puede abrir la... la ventana del... del analizador y podríamos pasar a esas más de 40 enfermedades que tienen otras Comunidades de forma absolutamente gratuita, pero optamos por mantenernos firmes en este equilibrio entre incorporar las últimas evidencias sin descuidar nuestro objetivo, que es mejorar la salud de las personas sin daños colaterales. Porque, bueno, pues creemos que ese sufrimiento adicional sin tener nada que ofrecer a las familias con niños enfermos por el hecho de diagnosticarles antes una patología no aporta nada ni a las familias ni a la sociedad. Y, además, ninguna técnica es infalible y existen lo que se conocen como falsos positivos. Es decir, el resultado de la prueba del talón puede ser negativo, puede ser indeterminado o puede ser falsamente positivo. Esto es relativamente infrecuente, pero es muy frecuente que sea indeterminado y que esas familias se vean sometidas a pruebas adicionales y, sobre todo, a la incertidumbre y el sufrimiento de pensar que tienen un niño enfermo cuando, finalmente, afortunadamente, en los casos en los que resulta indeterminado, casi nunca es así.

Por lo tanto, bueno, pues en... en nuestra Dirección General estamos haciendo todos los esfuerzos por incorporar la tecnología que realmente ha demostrado que merece la pena estar en nuestras carteras de servicios sin perjudicar de manera, bueno, pues infundada al resto de la población de niños de nuestra Comunidad.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora Tamames. En un turno de réplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra la señora procuradora doña Paloma Vallejo Quevedo.

**LA SEÑORA VALLEJO QUEVEDO:**

Gracias de nuevo, presidenta. Gracias de nuevo, señora directora general. Después de escuchar la información que nos ha facilitado, parece... nos ha dejado claro, parece más que evidente que el proceso para incluir nuevas enfermedades en ese catálogo es un proceso largo. En ese proceso largo, que nos haya informado que a partir del próximo uno de junio de dos mil veinticinco enfermedades como la atrofia muscular espinal, la inmunodeficiencia combinada grave, la deficiencia primaria de carnitina, entre otras, solo podemos desear que esa detección precoz de estas enfermedades consiga ayudar a los recién nacidos y a sus familias.

Señora Tamames Gómez, lo ha comentado, bueno, pues muy por encima, pero yo creo que es un caso muy llamativo que en... todos, en nuestro entorno de familia y amigos, habremos tenido alguna vez un caso de esos falsos positivos que angustian tanto a los padres y a las familias hasta que tienen el resultado definitivo. No sé si se está trabajando en alguna dirección para intentar minorar o cómo se puede minorar ese número de falsos positivos, cómo se puede trabajar en esa dirección.

Simplemente, agradecerle tanto su intervención como la información que nos ha facilitado, y animar a que continúen desde su Dirección General y desde la Consejería de Sanidad a seguir mejorando todas las prestaciones de nuestra sanidad, para que continúe siendo pública, universal, gratuita y de calidad. Muchas gracias.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):**

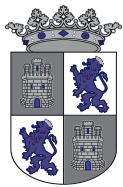
Muchas gracias, señora Vallejo. En un turno de dúplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra la señora directora de Salud Pública, doña Sonia Tamames.

**LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA (SEÑORA TAMAMES GÓMEZ):**

Bien. Efectivamente, lo he comentado un poco por encima, pero uno de los grandes problemas que tienen todas las... todos los programas de cribado son esos indeterminados o esos falsos positivos, que ocurren en todos los ámbitos: ocurren cuando da positivo un test de sangre oculta en heces y realmente esa persona, por fortuna, no padece un cáncer de pulmón; ocurre cuando hay que puncionar la mama de una mujer porque se observa una imagen alterada de la radiología. Que, bueno, pues estoy segura de que todos, quien más, quien menos, tenemos personas o nosotros mismos, nos hemos visto afectados por este tipo de alteraciones.

Evidentemente, cuando esto afecta a la salud de un recién nacido, el sufrimiento y la incertidumbre se multiplican por un importante factor; y, además, estamos hablando de enfermedades que, aunque son de muy baja frecuencia la gran mayor parte de ellas, son enfermedades, también, de una gravedad pues muy seria.

Entonces, nosotros, realmente... el trabajo fundamental que se está llevando a cabo, más allá de incorporar las últimas técnicas, como les decía antes, también, en mi intervención, es el Centro de Hemoterapia y Hemodonación el que realiza las técnicas a... de cribado de la prueba del talón, y lo hace con los mayores estándares de calidad posibles, eso es una garantía que no se cuestiona; pero, además, en lo que estamos trabajando es en mejorar los circuitos de derivación para ser capaces de, bueno, pues de que esa incertidumbre o ese sufrimiento se acorten lo máximo posible.



Como les decía, existe un resultado negativo, un posible resultado negativo, para el cual las familias reciben una carta, y recientemente hemos incorporado también un SMS, en las que... en la que se les comunica que el resultado ha sido negativo.

Existen positivos, más o menos claros, que, bueno, pues raramente no lo son, porque al tratarse de técnicas cuantitativas, cuando se pasan determinados dinteles, el positivo es prácticamente innegable. Y a esas familias se les contacta directamente desde las unidades de referencia, acortando, en la medida que podemos, el tiempo que transcurre para la atención a estos niños.

Y esas dos fases las tenemos bastante optimizadas, tanto la de negativo de certeza y positivo de certeza -para que nos entendamos-.

Y en la que estamos trabajando en el momento actual es en mejorar los circuitos asistenciales para la confirmación de los indeterminados, que en este... en este apartado se contacta con las familias, se les pide que se realicen una muestra adicional, que puede ser repetir la muestra de talón -a veces porque la muestra ha sido insuficiente-, o en ocasiones se hacen otro tipo de determinaciones, que pueden ser de otra naturaleza, incluso extracción de sangre completa cuando se considera necesario.

Y lo que podemos trabajar en ese sentido, que no esté o que entendemos que tenemos más margen de mejora, es en agilizar esos circuitos asistenciales para que, desde el momento en que a la familia se le comunica que el recién nacido ha tenido un resultado indeterminado hasta que finalmente se le comunica si ese indeterminado es finalmente un positivo o un negativo, transcurra el menor tiempo posible; y el número de visitas sea también el menor posible, es decir, que se disminuya en la medida de nuestras capacidades pues el peregrinar de las familias por los diferentes sitios asistenciales.

#### LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora Tamames. Sin más, volvemos a agradecer su intervención en esta Comisión, su ocupación y su preocupación al frente de la Dirección General que usted ostenta.

Y, sin más, se levanta la sesión.

*[Se levanta la sesión a las once horas cincuenta minutos].*