



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DOÑA MARÍA LOURDES VILLORIA LÓPEZ

Sesión celebrada el día 25 de abril de 2016, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000033, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre:
 - Situación actual en las listas de espera quirúrgica, de consultas a especialistas y de pruebas diagnósticas en Castilla y León.
2. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000076, a solicitud del Grupo Parlamentario Ciudadanos, para informar a la Comisión sobre:
 - Situación de las listas de espera y Plan de reducción de las mismas.

SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las once horas cinco minutos.	4312
La presidenta, Sra. Villoria López, abre la sesión y comunica que, por acuerdo de los grupos parlamentarios, se unifican los dos puntos del orden del día.	4312
Intervención de la procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista) para comunicar que no hay sustituciones en su grupo.	4312
Intervención del procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular) para comunicar sustituciones.	4312
Primer y segundo puntos del orden del día. SC/000033 y SC/000076.	
El secretario, Sr. Hernández Martínez, da lectura al primer y segundo puntos del orden del día.	4312



	<u>Páginas</u>
Intervención del Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad, para informar a la Comisión.	4313
La presidenta, Sra. Villoria López, suspende la sesión.	4325
Se suspende la sesión a las doce horas cinco minutos y se reanuda a las doce horas veinte minutos.	4325
La presidenta, Sra. Villoria López, reanuda la sesión y abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los portavoces de los grupos parlamentarios.	4325
En turno de portavoces, interviene la procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	4325
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos).	4329
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Sarrión Andaluz (Grupo Mixto).	4332
En turno de portavoces, interviene la procuradora Sra. Muñoz Sánchez (Grupo Podemos CyL).	4335
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular).	4338
Intervención del Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad, para responder a las cuestiones planteadas.	4343
En turno de réplica, interviene la procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	4349
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos).	4351
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Sarrión Andaluz (Grupo Mixto).	4352
En turno de réplica, interviene la procuradora Sra. Muñoz Sánchez (Grupo Podemos CyL).	4354
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular).	4355
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sáez Aguado, consejero de Sanidad.	4357
La presidenta, Sra. Villoria López, levanta la sesión.	4361
Se levanta la sesión a las catorce horas cuarenta y cinco minutos.	4361



[Se inicia la sesión a las once horas cinco minutos].

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Buenos días. Se abre la sesión. Y, en primer lugar, quería darle la bienvenida al excelentísimo señor consejero, Antonio María, que va a comparecer en esta Comisión de Sanidad con respecto a dos comparecencias orales solicitadas por el Grupo Socialista y también solicitada por el Grupo Ciudadanos. Sí que quiero decir e indicar que, por acuerdo y a petición de todos los grupos, y de una forma excepcional, se van a unificar las dos comparecencias en una sola, en la cual, bueno, pues intervendremos todos los grupos políticos.

¿Los grupos parlamentarios tienen que comunicar algún cambio? ¿Grupo Socialista?

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Buenos días. No. Gracias, señora presidenta. No hay ninguna.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

¿Grupo Podemos? No. Grupo Mixto tampoco. ¿Grupo Popular?

EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Sí. Buenos días, señora presidenta. En el Grupo Popular, don Emilio Cabadas Cifuentes sustituye a doña María Ángeles García Herrero.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Bien. Gracias. Pasamos, por todo ello, a comenzar esta sesión. Y, por parte del señor secretario, dará lectura al primer punto del orden... primero y segundo, unificados, según hemos acordado todos los grupos políticos.

SC/000033 y SC/000076

EL SECRETARIO (SEÑOR HERNÁNDEZ MARTÍNEZ):

Muchas gracias, señora presidenta. Buenos días a... a todos y a todas. Primer punto del orden del día: **Comparecencia del excelentísimo señor consejero de Sanidad, número 33, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre la situación actual en las listas de espera quirúrgica, de consultas a especialistas y de pruebas diagnósticas en Castilla y León.**

Y también, el segundo punto del orden del día: **Comparecencia del excelentísimo señor consejero de Sanidad, número 76, a solicitud del Grupo Parlamentario Ciudadanos, para informar a la Comisión sobre la situación de las listas de espera y el plan de reducción de las mismas.**

**LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):**

Gracias, señor secretario. Tiene la palabra el excelentísimo señor consejero de Sanidad, don Antonio María Sáez.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, señora presidenta. Buenos días, señoras y señores procuradores. En la comparecencia solicitada por el Grupo Parlamentario Socialista y por el Grupo Ciudadanos, me gustaría referirme fundamentalmente a cuatro cuestiones, tal y como se plantean: en primer lugar, a la descripción de la situación de las demoras y listas de espera; en segundo lugar, al contexto en el que se produce esta... esta... la situación de las demoras en Castilla y León; en tercer lugar, la evolución en estos últimos años; y, en cuarto lugar, las propuestas que forman parte del Plan de reducción de las demoras y listas de espera en el Sistema de Salud de Castilla y León, que hemos elaborado en la Consejería de Sanidad, y que pretenden, tal como nos habíamos comprometido, plantear un programa de actuación a cuatro años, con evaluaciones anuales respecto a... a la situación de las demoras y, naturalmente, su reducción y su mejora.

En lo que respecta a la situación de las demoras y listas de espera, los datos son yo creo suficientemente conocidos, fundamentalmente en lo que respecta a las listas de espera quirúrgicas. Forman parte de un compromiso de... de información y de publicación de los datos trimestralmente, de tal manera que, desde hace ya bastantes años, la Consejería de Sanidad viene informando puntualmente de su evolución, de su situación y, desde hace dos años, incorporando, además, un nuevo indicador, que es el de los datos de demoras en función de las prioridades clínicas, en el sentido que después señalaré. Los últimos datos publicados se refieren al treinta y uno de marzo del año dos mil dieciséis, y, desde el punto de vista de la lista de espera quirúrgica, suponen que en esa lista... de esa lista forman parte 33.212 pacientes; que la demora media, a treinta y uno de marzo, son 85 días. Y, a partir de ahí, las tasas del número de pacientes en relación con la población y también los datos de demora media son variables en los distintos centros hospitalarios.

Hay cinco hospitales que tienen buenos datos, algunos yo diría que excelentes, con demoras medias entre 29 y 59 días, y, concretamente, el Complejo Universitario de Palencia, con una demora media de 29 días; el Complejo de Soria, con una demora media de 34; el Hospital de Medina del Campo, con 39 días de demora media; el Complejo Hospitalario de Zamora, 55 días; y el Complejo Hospitalario de León, con 59 días de demora media. Creo que son datos razonables, naturalmente mejorables.

Hay, además, otros siete hospitales que tienen cifras aceptables, entre 66 y 84 días. Concretamente, el Hospital de Segovia, con 66 días; el Complejo Hospitalario de Ávila, 66 días; el Hospital de Miranda de Ebro, con 68 días; el Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero, con 72 días; el Hospital del Río Hortega, 81 días; y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, con 84 días.

Y hay dos hospitales que han presentado, a treinta y uno de marzo, datos preocupantes, como son el Complejo Universitario de Salamanca, con 119 días, y el Hospital del Bierzo, con 135 días de demora media.



Por lo tanto, una situación, en cuanto al número de pacientes y la demora, heterogénea, que responde a distintos condicionantes, de una parte a la distinta complejidad que tienen los centros hospitalarios. Los hospitales de mayores dimensiones y con mayor número de especialidades complejas y de referencia tienen mayores dificultades por estar atendiendo a poblaciones de otras áreas de salud y, precisamente, por la complejidad de alguna de las intervenciones quirúrgicas; a esto se añaden algunas otras circunstancias que tienen que ver con... con las dificultades que en algunos momentos hemos tenido a la hora de completar las plantillas, desde la perspectiva de algunos puestos vacantes en algunos hospitales que han incidido en este trimestre, desde luego, en la... en la... empeoramiento en... en algunos de esos hospitales de las demoras quirúrgicas; también ha influido en alguna medida la... la coyuntura de las vacaciones en... a lo largo del mes de enero, fundamentalmente, y el incremento de los días de libre disposición de los profesionales, que, de alguna manera, ha reducido algunas jornadas laborales, por el ejercicio de ese derecho de nuestros trabajadores, y, desde luego, que a lo largo de un trimestre se utilicen más o menos días de libre disposición tiene también algún impacto en la actividad quirúrgica y, por lo tanto, en las demoras quirúrgicas.

En segundo lugar, y con carácter general, podemos presentar datos, como hacemos desde hace dos años, de las demoras en función de las prioridades clínicas. Y aquí, yo quiero insistir en ello, porque me parece que es un dato fundamental, Castilla y León es una de las pocas Comunidades que ha orientado la información sobre las demoras en función de las prioridades clínicas, vinculadas, por lo tanto, a la gravedad de los procesos. Y, a treinta y uno de marzo, el... el 99,2 % de los pacientes que estaban calificados por nuestros médicos como prioridad 1 han sido o están en una demora inferior a 30 días. La espera media, es decir, el tiempo medio real que esperan hasta su intervención, ha sido en... en este trimestre de 21 días. Es decir, los casos prioridad 1 no solamente... prácticamente en su totalidad, esperan menos de 30 días, su demora es menor de 30 días, sino que la efectividad de la intervención quirúrgica se produce, como digo, a los 22 días.

En segundo lugar, los pacientes calificados como prioridad 2, es decir, aquellos en los que es recomendable... recomendable la intervención quirúrgica en un plazo inferior a 90 días, se han mantenido en esos términos en un 74,5 %.

Y los pacientes con prioridad 3, es decir, pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes, se han intervenido antes de 180 días en un 87,6 %.

Junto a eso, en el... en el momento de este corte, al treinta y uno de marzo, a lo largo del trimestre, como ha ocurrido en el año dos mil quince, las intervenciones quirúrgicas concertadas se han limitado a un 3,6 % de las que se han realizado. Dicho de otra manera, el 96,4 % de las intervenciones quirúrgicas se realizan en los hospitales públicos y con medios públicos, y solamente el 3,6 % se remiten o se derivan a concertación.

La utilización de quirófanos... el tiempo de utilización ha sido de un 75,9 % del tiempo disponible. Y la proporción de cirugía ambulatoria -estos son datos del último año dos mil quince- ha sido del 52,06 %, es decir, algo más de la mitad de las intervenciones quirúrgicas se realizan sin ingreso en los hospitales de Castilla y León.



En lo que respecta a la lista de espera para consultas externas, estaba conformada, a treinta y uno de diciembre, por 94.150 pacientes; y la lista de espera de pruebas diagnósticas por 13.723 pacientes. Debo señalar que en ambos casos, tanto en la lista de espera de consulta externa como de pruebas diagnósticas, existe también importante variabilidad entre hospitales, y que, si podemos afirmar que la lista de espera quirúrgica, las demoras quirúrgicas, reflejan de forma homogénea y de forma directa la situación en todos los hospitales, aún el sistema de información del que disponemos y los criterios de inclusión, como ocurre para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, presentan mayor variabilidad en los registros, tanto en lista de espera para consulta de especialistas como para pruebas diagnósticas. Esto explica por qué los datos de lista de espera quirúrgica son comparables con los del Sistema Nacional de Salud y por qué no son tan comparables: porque no se ofrecen a nivel nacional los de lista de espera para consultas y para pruebas diagnósticas.

En este contexto, los datos que nos facilita el Ministerio de Sanidad, aportados por las Comunidades Autónomas, se refieren -como... como acabo de señalar- fundamentalmente a los de lista de espera quirúrgica, y los últimos, recién publicados, hace apenas 15 días, se refieren a diciembre del año... a treinta y uno de diciembre del año dos mil quince. La información, por lo tanto, comparable se refiere -insisto- a diciembre del año dos mil quince.

Lo que podemos señalar en términos comparativos -como digo- es que en los últimos años la situación de las demoras en Castilla y León es relativamente mejor que la del conjunto del Sistema Nacional de Salud. Esto no es ningún consuelo, simplemente es un dato objetivo. En términos de demora media, por ejemplo, en estos últimos años, siempre la demora media para intervenciones quirúrgicas ha sido inferior a la que se presenta para el conjunto de las Comunidades Autónomas. En estos últimos datos, que corresponden a diciembre de dos mil quince, nuestra demora media era de 80 días; la demora media en el Sistema Nacional de Salud era de 89 días.

La tasa de pacientes por mil habitantes -un término homogéneo para comparar no ya la demora, que, como les decía, es inferior en nuestro caso, sino la tasa por mil habitantes- es similar a la del Sistema Nacional de Salud: 12,2 pacientes en demora quirúrgica por mil habitantes, frente a 12,3 por mil habitantes.

En términos de los... la espera -la demora media, como digo, es inferior-, la proporción de pacientes que esperan más de 180 días también en nuestro caso es mejor; concretamente, en Castilla y León, del conjunto de pacientes que esperan más de 180 días su intervención quirúrgica es del 8,8 %, y para el conjunto del Sistema Nacional de Salud es del 11 %. Por lo tanto, ahí también, en la estructura interna del tiempo que esperan los pacientes antes de la intervención, nuestros datos son relativamente mejores.

Por lo tanto, tenemos una demora media un 10 % inferior a la del Sistema Nacional de Salud, y una proporción de pacientes, los que esperan más tiempo, más de 180 días, que es un 17 % inferior a la media del Sistema Nacional de Salud. Insisto en que esto... -supongo que lo valorarán los grupos parlamentarios y sus portavoces- no es consuelo el hecho de que dispongamos de estos datos relativamente o comparativamente más favorables, porque el problema de las listas de espera es un problema importante, que tenemos que afrontar, pero a mí me gustaría destacar



esas dos consideraciones: primero, que somos una de las pocas Comunidades que ofrecemos datos por prioridades clínicas, y que estos datos se han mantenido con buenos parámetros en estos dos últimos años, de manera que la práctica totalidad de los pacientes en prioridad 1, con procesos graves -insisto-, son intervenidos antes de 30 días, como se establece en ese procedimiento (el 99,2 % de los casos), y eso yo creo que es una... es una cuestión importante; y, en segundo lugar, que, en términos comparativos con el conjunto del Sistema Nacional de Salud, nuestros datos son comparativamente -insisto- más favorables.

Nos interesa -yo creo- analizar la demora media en las distintas especialidades, en las 14 especialidades quirúrgicas, para poder identificar, de alguna manera, algunas posibles necesidades. Globalmente, de las 14 especialidades quirúrgicas, nuestra demora media es inferior en 11 de ellas; solamente en urología, ginecología y cirugía maxilofacial es ligeramente superior a la media del conjunto de las Comunidades Autónomas. Esto nos tiene que hacer pensar, naturalmente, en la manera de actuar en estas tres especialidades y analizar por qué se produce esta circunstancia; porque, por contra, en 11 de las especialidades, nuestra demora es inferior, en algunos casos sensiblemente inferior, a la media del Sistema Nacional de Salud, especialmente en las... en dos más relevantes, en las dos que absorben mayor número de pacientes en espera, como son traumatología y cirugía general y digestiva. Concretamente, en traumatología, frente a una media del Sistema Nacional de Salud de 112 días, en Castilla y León la media es 94; o en cirugía general y digestiva, que absorbe un número relevante de pacientes, la media en el Sistema Nacional de Salud es de 84 días, y en el Sistema de Salud de Castilla y León de 72; en las restantes -como digo-, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, cirugía plástica, cirugía pediátrica, neurocirugía, cirugía cardiaca, cirugía torácica y cirugía vascular y angiología, nuestra demora media es inferior a la que se produce en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

También es difícil la comparación más directa con otras Comunidades Autónomas. Como conocen sus señorías, no todas las Comunidades Autónomas facilitan todos los datos, de la manera que lo hacemos en Castilla y León, de las demoras quirúrgicas en relación con la demora media global. Hay Comunidades en las que no conocemos o no se publica la demora media global, por lo tanto, no la podemos comparar; concretamente, Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha o Murcia, los datos de demora solo se realizan, o bien en relación con procesos con garantía, o bien por especialidades, pero no la demora media global. Por lo tanto, ahí no nos podemos comparar. En las que aportan datos comparables o más homogéneos, pues estamos sustancialmente -insisto, en términos comparativos- mejor que Comunidades como Cataluña, que tiene una demora media de 211 días; Canarias, 164 días; Extremadura, 144 días; Baleares, 117 días; Cantabria, 100 días; o Navarra, 100 días de demora media. Y estamos comparativamente peor y por encima de las demoras medias del País Vasco, 50 días; la Rioja, 45; Galicia, 64; o Madrid, 42.

En términos de consultas externas, nuestra demora es inferior a la media nacional, y no existen datos homogéneos -como les decía antes- que nos permitan comparar las circunstancias en lo que respecta a las demoras para pruebas diagnósticas.

¿Qué ha ocurrido en los últimos años en nuestra Comunidad desde el punto de vista de la evolución de las demoras? Pues, de una manera resumida -yo creo



que es conocido y ha sido objeto ya de debate en esta Comisión-, se ha producido en... a partir del año dos mil doce se produjo un incremento de la lista de espera quirúrgica, fundamentalmente vinculado a tres... a dos criterios: en primer lugar, a la supresión de la autoconcertación, y, en segundo lugar, a la importante reducción de los conciertos para actividad quirúrgica en centros privados concertados. Ello supuso inicialmente un intento de absorber, a través del incremento de jornada que se había producido ese mismo año, absorber, en la medida de lo posible, aquellas intervenciones quirúrgicas que se realizaban mediante autoconcertación -las denominadas peonadas- o por derivación a centros privados concertados. Y yo quiero destacar aquí el importante esfuerzo que han hecho nuestros centros hospitalarios y nuestros profesionales porque en estos últimos años, entre el año dos mil once y el año dos mil quince, la actividad quirúrgica concertada ha pasado de representar el 6,5 % de todas las intervenciones quirúrgicas a representar el 3,6 %; y la autoconcertación, que representaba el 11 % de las intervenciones quirúrgicas que se realizaron en el año dos mil once, cuatro años después, en dos mil quince, se redujo a cero. ¿Qué quiere decir esto? Que hemos absorbido 23.000 intervenciones quirúrgicas que se realizaban, o bien mediante conciertos con el sector privado, o bien mediante autoconcertación, las hemos absorbido en nuestra organización y en la jornada ordinaria de nuestros profesionales. Y este es un esfuerzo que yo creo que es importante destacarlo.

De igual forma, respecto a las pruebas diagnósticas, bien por reducción de la... de los conciertos con centros privados, o bien por supresión de la autoconcertación, hemos absorbido 23.000 pruebas de TAC o... o casi 30.000 resonancias nucleares magnéticas con los recursos ordinarios de nuestros centros hospitalarios.

En estos años además se ha incrementado la actividad quirúrgica vespertina: todos los hospitales funcionan, no al cien por cien, pero de una manera variable los... las áreas quirúrgicas en jornada vespertina. Y en estos años, además, la cirugía ambulatoria ha pasado de representar el 48 % de... de nuestra actividad quirúrgica, ha pasado a representar el 52 %. También aquí se ha producido un incremento de la cirugía ambulatoria, de la cirugía sin ingreso.

Uno de los indicadores que yo creo que analizamos y monitorizamos es el denominado índice de sustitución de los grupos relacionados con el diagnóstico básicos, un criterio técnico que nos viene a decir qué tipo de diagnósticos... de grupos diagnósticos es recomendable que se realicen mediante cirugía ambulatoria, sin ingreso. Hemos... en estos años hemos... lo hemos incrementado de manera tímida, de tal manera que del total de procesos que se recomienda que se realicen mediante cirugía ambulatoria hemos... en el año dos mil once incorporábamos el 68 %, en el año dos mil quince estamos en el 70 %. Aquí tenemos una cierta capacidad de mejora porque todavía en algunos procesos tenemos índices bajos de sustitución, es decir, todavía hacemos con ingreso algunas intervenciones que podríamos hacer mediante cirugía ambulatoria.

Y esto pone de manifiesto la complejidad y la multiplicidad de factores que intervienen en las demoras y en los resultados de las demoras, globalmente. Son de carácter... en ocasiones tienen que ver con los recursos, en ocasiones tienen que ver con cuestiones organizativas, y en otras ocasiones tienen que ver con criterios profesionales. Entre ellos, me gustaría destacar dos. Uno de ellos es el de las indicaciones quirúrgicas, que son variables, que tienen una importante variabilidad todavía,



y que llegan a multiplicarse por dos entre unos y otros hospitales, y esto es algo en el que debemos preguntarnos por qué el hospital A indica el doble de intervenciones para cataratas que el hospital B, cuando sus poblaciones de referencia son de características similares; esta es una cuestión que estamos trasladando a los centros hospitalarios, a los servicios quirúrgicos, a las sociedades científicas, intentando reducir esa variabilidad. Y, en segundo lugar, la evolución del índice de sustitución: por qué en algunos hospitales... o por qué algunos procesos que pudieran hacerse mediante cirugía ambulatoria se siguen realizando con cirugía con ingreso de los pacientes.

Hay tres... tres procesos que especialmente... en los que especialmente tenemos que seguir trabajando. Pero, insisto, esto no son decisiones que podamos adoptar los responsables políticos, ni siquiera los directivos de los hospitales, sino que tienen una directa implicación en las decisiones y en la... en los criterios profesionales. Por ejemplo, tenemos un bajo índice de sustitución, todavía muy bajo, de las amigdalectomías, de las hernias inguinales, o incluso de las vasectomías, en ocasiones. Y, por lo tanto, ahí tenemos que seguir trabajando con los criterios profesionales para incrementar su sustitución por cirugía sin ingreso en estos y en algunos otros procesos. En alguno de los procesos indicados prácticamente estamos cercanos al cien por cien, pero, insisto, en otros todavía estamos en un bajo nivel de indicación de la cirugía sin ingreso.

Estas son alguna de las... de los datos de la evolución del contexto en el que se plantean nuestra... nuestras demoras, tanto en consultas como en intervenciones quirúrgicas, fundamentalmente, y en pruebas diagnósticas.

Y, a partir de ahí, me gustaría resumirles los... las propuestas que hemos realizado muy recientemente de mejora de las demoras, agrupadas en un plan que hemos denominado de reducción y control de las listas de espera en el Sistema de Salud de Castilla y León, que alguno de nuestros técnicos ha bautizado como plan... como acrónimo, como Plan Perycles, para el periodo dos mil dieciséis-dos mil diecinueve. Estamos hablando de cuatro años en los que queremos incorporar progresivamente distintas medidas para mejorar la eficiencia de nuestro sistema, partiendo de la idea de que este no es un plan de choque, no es un plan que pretenda incorporar recursos que reduzcan de una manera mayor o menor las demoras quirúrgicas, sino transformar una organización que sea más eficiente y que, por lo tanto, de una manera estructural reduzca las demoras y las esperas para atención sanitaria, tanto en intervenciones quirúrgicas como en consultas con pruebas diagnósticas.

El plan se sustenta en algunos criterios, que algunos ya los hemos señalado. En una parte, en la heterogeneidad en el funcionamiento de los centros y en sus resultados; esto tiene muchos condicionantes.

En segundo lugar, en la existencia de ineficiencias que son abordables con una estrategia de mejora, y esto es lo nuclear del plan: identificar aquellos aspectos en los que podamos mejorar, desde el punto de vista de recursos, desde el punto de vista de la organización, desde el punto de vista de la gestión y desde el punto de vista de las decisiones profesionales, cómo podemos mejorar nuestros resultados.

En tercer lugar, una constatación, y es que la financiación no garantiza la reducción de demoras necesariamente; naturalmente que puede contribuir a ello, pero no



es el propósito fundamental de este plan. El propósito fundamental es mejorar la eficiencia en los márgenes –que les tenemos– de mejora que presentan nuestros centros.

En cuarto lugar, la constatación también de que el compromiso y la implicación de los profesionales es la llave de estas mejoras, sin ninguna duda.

En quinto lugar, la gran variabilidad clínica que todavía tenemos en las actuaciones diagnósticas y terapéuticas.

En sexto lugar, la posibilidad de mejorar de forma objetiva, progresiva y mantenida en el tiempo las demoras con medios propios. Este es un plan que pretende, con medios propios, y el actual nivel de concertación, que en términos quirúrgicos –como les decía– es ligeramente superior al 3 %, en este escenario pretende mejorar en los próximos cuatro años sustancialmente las... las demoras quirúrgicas de pruebas diagnósticas y de consultas.

En séptimo lugar, la... el planteamiento que viene cada vez siendo más amplio en el... en el conjunto de la sanidad pública, de que lo que tenemos que hacer es desinvertir en todo lo que no ofrezca resultados en salud, y esto me parece que es una cuestión muy importante. Existen ya –y estamos promoviendo, y vamos a utilizarlo, desde luego, en este plan de reducción– posicionamientos relevantes de sociedades científicas en documentos que incluso se titulan o se denominan “lo que no debe hacerse en el ámbito de la... del radiodiagnóstico”, “lo que no debe hacerse en el ámbito de la Atención Primaria”, “lo que no debe hacerse en el ámbito de los análisis clínicos o en otras especialidades”. Y esto es fundamental, porque –como saben sus señorías– hay algunos estudios que vienen a decir que una parte sustancial de las decisiones sanitarias, de las decisiones médicas, no aportan nada en términos de salud de los pacientes. Y esto se produce porque sigue existiendo una importante variabilidad en las decisiones clínicas, y, por lo tanto, podríamos hacer el siguiente esquema. Frente a una situación en la que se pretende garantizar la sostenibilidad de la sanidad pública, en situación de crisis se han adoptado medidas de ajuste –medidas que son lineales, iguales para todos–, y que lo que pretenden es reducir el coste de los factores que condicionan la sanidad: reducir los costes salariales, por la vía, en su momento, de reducción de sueldos, después de congelación, de eliminación de la paga extra, etcétera –con eso se pretendió contener el crecimiento del gasto o de los costes salariales en la sanidad pública–; o reduciendo el coste de los productos, de los suministros, de los medicamentos, de una manera más o menos generalista. Cada vez hay más voces que lo que plantean es que esas medidas generalistas tal vez fueron necesarias en el peor momento de la crisis, pero que, desde luego, la garantía de la sostenibilidad viene... debe venir fundamentalmente de desinvertir en aquello que no aporta nada a la salud de los pacientes.

Y si la Sociedad Española de Radiología, o de Radiodiagnóstico, no recomienda no repetir una radiografía simple o una resonancia magnética en un paciente con este proceso, si no se produce variación en su situación clínica... cuando lo dice esta sociedad científica es porque hay una tendencia a hacerlo, y la propia sociedad científica establece un estándar; o cuando se nos dice que no deben solicitarse pruebas de laboratorio, de hormona tiroidea, salvo que en la evolución del paciente, desde el punto de vista clínico, se produzcan estas otras circunstancias; o así sucesivamente.



Hay diez sociedades científicas que han planteado recomendaciones limitadas. Dos sociedades, la de Biopatología –que tiene que ver con las pruebas de laboratorio– y la Sociedad Española de Radiodiagnóstico, que han planteado, en un caso, veintinueve recomendaciones de lo que no hay que hacer, y en otro caso veintisiete, que debemos trasladar y que debemos, progresivamente, llevarlas a la cultura de nuestros profesionales, a sus criterios de actuación, a sus protocolos, etcétera.

Y finalmente, en este pequeño diagnóstico de... de conclusiones previas a las propuestas de este Plan de Reducción de las Demoras, hemos observado –como ya he señalado– también heterogeneidad en el registro de información y en la medición de resultados, y eso supone la necesidad –como después señalaré– de mejorar los sistemas de información, especialmente en lo que respecta a los registros de pruebas diagnósticas y de consultas de especialistas.

Con ese propósito, este plan tiene cinco objetivos globales y más de 25 indicadores.

El primer objetivo –como es lógico– es disminuir las demoras y las listas de espera. Para ello se plantean distintas iniciativas; una de ellas, la elaboración de planes de contingencia, tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria, especialmente en las circunstancias de mayor demanda o de mayor presión asistencial. Ya lo hemos ensayado con... con motivo de la difusión de la gripe, en las primeras semanas de este año, monitorizando la presión de las consultas en Atención Primaria, de las Urgencias en Primaria, de las Urgencias en los hospitales, la ocupación de las camas hospitalarias, el posible impacto en la... en las suspensiones quirúrgicas, y esto lo vamos a mantener monitorizándolo –como digo– en las situaciones, fundamentalmente invernales, de una mayor demanda asistencial para que no tenga impacto. Como no ha sido así, debo señalarles que en la... en la campaña y en la evolución de la gripe en este año se han producido con menos intensidad que en la pasada temporada algunos picos de demanda importantes, y que, en esa monitorización, hemos detectado que no se ha suspendido ninguna intervención quirúrgica por falta de camas en ninguno de nuestros centros hospitalarios.

En segundo lugar, desde un punto de vista de la disminución de las demoras, se ha planificado con cada uno de los centros hospitalarios el funcionamiento de las comisiones de programación quirúrgica –fundamentalmente integradas por responsables de los servicios quirúrgicos de anestesiología y reanimación y de enfermería– y las direcciones médicas de los centros para mejorar e incidir en la programación quirúrgica de cada uno de los hospitales.

En tercer lugar, el impulso y el refuerzo de las consultas de alta resolución.

En tercer lugar, la disminución de las suspensiones quirúrgicas. Estamos en unos niveles todavía mejorables, pero... pero todavía existen, y... y, por lo tanto, los hospitales están trabajando ya para reducir, especialmente en lo que respecta a las causas organizativas, las suspensiones quirúrgicas y, por lo tanto, rentabilizar mejor la disposición de los tiempos quirúrgicos.

En quinto lugar, evitar la actividad sin resultados en salud –como antes señalaba–, que tiene también un efecto de... –en algunos aspectos– de prevención cuaternaria –dicen algunos expertos–, en el sentido de no hacer lo que no debemos hacer; no hacer más radiología o pruebas radiológicas si no deben hacerse, porque también tiene esto un impacto en la... en los riesgos para los pacientes.



En sexto lugar, este objetivo de disminución de las demoras tiene que ver con el incremento de rendimientos, desde el punto de vista de la... el número y la comparación de los procesos de... y las intervenciones que se realizan en cada uno de los servicios por cada uno de los facultativos, etcétera.

Y, finalmente, tiene iniciativas para la reorientación de algunas especialidades, fundamentalmente vinculadas a la medicina interna, el impulso y el refuerzo de las unidades de diagnóstico rápido. El año pasado ya atendieron casi 6.000 nuevos pacientes, con una resolución en una atención inferior a las 72 horas de este tipo de consultas de casos potencialmente graves y con un circuito de resolución más rápido que el de las consultas que no son o que no obedecen a procesos potencialmente graves. Como después señalaré, esta será el germen del... de la priorización clínica más ajustada también en lo que respecta a las consultas externas y las pruebas diagnósticas.

El segundo de los grandes objetivos es el de la gestión de la demanda. Y, a partir de ahí, reforzaremos y mejoraremos el funcionamiento de las comisiones de continuidad asistencial y el papel de la enfermería en los cuidados de los crónicos.

En segundo lugar, avanzaremos en la integración efectiva de las áreas de salud. Ya se han dado algunos pasos importantes en seis de las áreas... de las once áreas de salud de la Comunidad Autónoma, también para la integración desde el punto de vista de la gestión.

En tercer lugar, vamos a elaborar un mapa de variabilidad, desde el punto de vista de... fundamentalmente de las indicaciones y también de la actividad, que nos permita poner sobre la mesa, en el debate profesional, las razones por las que se produce esta variabilidad, fundamentalmente en las indicaciones clínicas.

En cuarto lugar, estamos desarrollando y trabajando en una revisión –que podríamos denominar administrativa– de las listas de espera y de las demoras, porque en ocasiones se detectan inclusiones en la lista de espera, fundamentalmente en la quirúrgica, de procesos que, de acuerdo con los criterios de inclusión, no deberían estar. Les puedo poner como ejemplo que cuando nosotros, al monitorizar la evolución de las demoras, detectamos que algún centro hospitalario existen algunos pacientes que, estando calificados en prioridad 1, están a punto o han pasado ya de los 30 días, advertimos a ese centro hospitalario y en ocasiones ese hospital nos dice: es que en realidad no debería estar porque, por criterios clínicos, porque el paciente se ha complicado o porque hay razones clínicas para posponer la intervención y, sin embargo, no se ha extraído de la lista... de la lista de espera quirúrgica, a pesar de esas indicaciones clínicas, por una cuestión de tramitación o por una cuestión administrativa.

En quinto lugar, desde un punto de vista de la gestión de la demanda, avanzaremos también en una línea que no es específica de... de este plan, pero que... pero que contribuye a... a conseguir esos objetivos, como es el incremento del poder resolutivo de la Atención Primaria.

Y, en sexto lugar, hay otra serie de... de indicadores para facilitar y promover la comunicación entre profesionales. Y aquí, en particular, en lo que respecta a las consultas externas de especialistas hospitalarios, sí que se detectan algunas ineficiencias desde el punto de vista de un sistema tradicional de derivación y no de



continuidad asistencial. En ocasiones, por esa menor comunicación entre los especialistas de Primaria, los médicos de familia y los de... y los de hospital, se producen consultas redundantes, que se podrían reducir si se produce... si se facilitan las vías y los procedimientos de comunicación entre médico de familia y médico de hospital.

El tercer objetivo es el de la priorización de pacientes. Ya está sistematizada en el ámbito de las... de las intervenciones quirúrgicas, como antes le señalaba, y queremos avanzar también en lo que respecta a las consultas de especialistas hospitalarios y de las pruebas diagnósticas. El ejemplo es el de las unidades de diagnóstico rápido, que... cuya actividad correspondería, y tenemos que generalizar a los casos prioridad 1, los casos potencialmente graves, y, por ello, vamos a reforzar, como antes les decía, las unidades de diagnóstico rápido y ampliar la sistemática de atención que han presentado estas... estas unidades en los dos últimos años de su funcionamiento.

Al mismo tiempo, vamos a establecer un pilotaje para analizar la trazabilidad de procesos oncológicos, concretamente en lo que respecta al cáncer de mama, con una... en fin, reconociendo una cierta dificultad. Esta es una cuestión que no se ha planteado en... no conocemos experiencias de este tipo en el Sistema Nacional de Salud español, de analizar la trazabilidad tanto en los dos circuitos que existen, en aquellos que tienen que ver con el *screening* universal de cáncer de mama, como en el... las sospechas que se puedan producir en el ámbito de la Atención Primaria o de la Atención Especializada. En ambos casos analizaremos y monitorizaremos la evolución, los tiempos, tanto -insisto- en... en los casos de sospecha como de *screening*, desde las primeras actuaciones diagnósticas, las primeras actuaciones terapéuticas, monitorizando y estableciendo por parte de los expertos los tiempos asumibles en la trazabilidad de cáncer de mama, la sospecha, el diagnóstico y el tratamiento.

Y, lógicamente, desde el punto de vista de la priorización, trasladaremos criterios similares a las... a los que ya tenemos en la priorización de intervenciones quirúrgicas a las consultas externas y a las pruebas diagnósticas.

El cuarto gran objetivo es el del compromiso y la implicación de los profesionales. Tiene un conjunto de indicadores vinculados a los pactos de eficiencia con los servicios clínicos, desde el punto de vista de su... el establecimiento de compromisos concretos, no solamente de actividad sino también de demoras en la atención, de incentivación de eficiencia y de cumplimiento de esos... de esos compromisos y de esos objetivos; y, en cuarto lugar, de desarrollo competencial de la enfermería, un aspecto importante desde el punto de vista de la mejora en... en el funcionamiento de nuestros centros y de la eficiencia.

Y, finalmente, desde la perspectiva de estos... el quinto gran objetivo es el de mejorar y hacer más transparente la información sobre demoras. Para ello, iniciaremos algo a lo que ya nos hemos comprometido, de acuerdo con una proposición no de ley aprobada en esta Comisión, que es la inclusión dentro de nuestro portal de salud de un plan... de un portal de transparencia que incluya datos de los recursos, de la actividad, en la medida de lo posible de los resultados y de las... y de las demoras. Y también queremos avanzar en la identificación de las mejores prácticas entre centros sanitarios y su generalización en el conjunto del... del sistema.



Con estos criterios, las previsiones de nuestro plan es que en los próximos cuatro años, en términos de espera quirúrgica, pasemos de los actuales 33.212 pacientes en espera quirúrgica a 22.500 en diciembre del año dos mil diecinueve. Está cuantificada la reducción por prioridades quirúrgicas: la prioridad 1 supondría pasar de 834 pacientes en prioridad 1, en demora, en... en el pasado trimestre, a 518 al finalizar el año dos mil diecinueve; en prioridad 2, reducirlo hasta 2.700 pacientes; y en prioridad 3, de 28.167 reducirlo a 19.283 pacientes. Esto supone pasar de una tasa del 13,9 pacientes por 1.000 habitantes a una tasa de 9,4 pacientes por 1.000 habitantes al finalizar el año diecinueve. En definitiva, reducir el número de pacientes en demora quirúrgica en un 32 % en estos cuatro años.

Desde el punto de vista de las... lista y de las demoras para consulta y pruebas diagnósticas, el propósito del... y el objetivo del plan es, en primer lugar, establecer esas prioridades -como antes les señalaba-; en el caso de la sospecha o de la... casos potencialmente graves, al finalizar el plan la atención se produciría con una demora máxima de... máxima de 72 horas; los casos calificados como prioridad 2, o preferentes, con una demora máxima de 15 días; y los casos de consulta ordinaria, con una demora media entre 30 y 40 días.

Desde el punto de vista de las pruebas diagnósticas, tienen que acompañar, lógicamente, a estos tiempos, y por lo tanto tendrían un circuito específico; en el caso de sospecha de gravedad, en el caso de los pacientes calificados como preferentes, una demora máxima para las pruebas diagnósticas inferior a 15 días, y, en el caso de las consultas ordinarias -de las pruebas diagnósticas calificadas como ordinarias-, una demora media inferior a 30 o 40 días.

Al mismo tiempo, queremos mejorar el sistema de información, que es heterogéneo; que, además, en este momento está en transformación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud; se está haciendo una transición de todos los sistemas de codificación diagnóstica del Sistema CIE-9 a CIE-10; se están codificando con criterios nuevos a partir de las... informes de la Sociedad Española de... de Radiodiagnóstico, etcétera, y queremos disponer de un sistema de información más completo.

Tradicionalmente, se ha asociado... se ha asociado la... la evolución de... de las demoras a la disposición de recursos. Yo quiero señalar dos cuestiones sobre esto antes de terminar:

En primer lugar, que no siempre la disposición de recursos genera un mejor funcionamiento de la... de las demoras; la actividad valorada de manera exclusiva no garantiza unas demoras más o menos razonables necesariamente; y el problema no es solamente de hacer más actividad; en algunas ocasiones debemos preguntarnos si eso es necesario, si eso es congruente y si eso responde a las recomendaciones de las sociedades científicas, de los expertos y del conocimiento.

En segundo lugar, que en la evolución en los últimos años de nuestros recursos yo solo quiero poner dos ejemplos. En el año dos mil trece, que fue nuestro momento de... de peor evolución de las demoras -las demoras quirúrgicas se llegaron a situar en 39.000 pacientes-, adoptamos algunas iniciativas. No pretendían ser un plan de choque, pero incorporaron nuevos recursos; concretamente, incorporaron 57 licenciados especialistas, 58 enfermeros, 35 técnicos de cuidados y 10 profesionales más. Pues bien, estos recursos se han mantenido y se han incrementado: hemos pasado, en los contratos para estabilizar las listas de espera, de 57 especialistas a 80; de 58 a



53 enfermeros; de 35 TCAE a 39; y de 10 profesionales de otras categorías a 29. Por lo tanto, estos recursos se han mantenido.

Con frecuencia, algunos grupos –especialmente de la Oposición– vienen a... a plantear, en un discurso muy generalista, que han sido los recortes, que ha sido la... la reducción de personal el responsable, en ocasiones, del empeoramiento de las listas de espera. Bueno, esto yo insisto que es una lectura muy parcial de las cosas. Les puedo decir, por ejemplo, que, en lo que respecta a las... a las especialidades quirúrgicas –que incluyen los catorce servicios quirúrgicos más anestesiología y reanimación–, en diciembre de dos mil doce disponíamos de 1.663 facultativos; en diciembre... en marzo del dos mil dieciséis disponemos de 1.674; solo son 14 más, pero, desde luego, trabajan más cirujanos y anestesistas –14 más– en marzo de dos mil dieciséis que en diciembre del año dos mil doce. Con ello quiero decir que tampoco es... no responde a la realidad de los datos esas afirmaciones que a veces se realizan de que, al haber reducido mucho los recursos humanos, eso trae como consecuencia el incremento de las listas de espera. En el caso de las especialidades quirúrgicas no es así, y, como digo, entre el año doce y el año dieciséis... y marzo del dieciséis, hemos pasado de 1.663 facultativos a 1.674 en nuestros hospitales. Ya sé que es poco el incremento, que es reducido –que solo son... perdón, son 11 facultativos más–, pero, desde luego, eso no es una reducción de efectivos que explique por qué por esa vía se han condicionado empeoramientos de las listas de espera, o... o se haga esa vinculación de una manera tan directa.

En definitiva, y en resumen, señorías, nuestra situación en términos de demoras a nosotros nos preocupa; es el principal problema, seguramente, de nuestra... de nuestro Sistema Público de Salud, es la fuente de mayor disconformidad de los pacientes –esto es una constatación objetiva, es por lo que más nos reclaman y nos piden que cambiemos las cosas–; y, dicho eso, nuestra situación, en términos comparativos, no es mala; en términos de número de pacientes, o en términos de demora media, nuestra evolución y nuestros datos actuales son mejores que los de la media de la sanidad pública española, pero, desde luego, es una obligación por parte de la Junta de Castilla y León mejorar esta situación y ofrecer alternativas que supongan reducir el número de pacientes y reducir el tiempo de espera para recibir atención sanitaria.

Que lo vamos a hacer estableciendo algo más... algo que va más allá de un debate que a veces yo he escuchado –muy simplista–, un debate generalista de las cifras globales; yo no quiero hacer referencia aquí a los juanetes que tanto me achacan alguna de las portavoces de los grupos de la Oposición, pero sí decir que nuestro compromiso es priorizar en términos de gravedad –y esto es así–, y unos procesos son más graves que otros, y, por lo tanto, tenemos la obligación de atenderles con mayor rapidez que otros procesos. Y en ese debate a mí me gustaría que también de ese debate participaran todos los grupos, porque yo creo que es una mejora que se ha producido en la gestión de las demoras quirúrgicas, que ahora tenemos que trasladar a las demoras en las consultas de especialistas y a las demoras en la realización de pruebas diagnósticas. Y que el plan que hemos presentado –y del que he dado cuenta a sus señorías de manera resumida– pretende, fundamentalmente, garantizar, por la vía de la mejora de la eficiencia, mejores resultados, de manera estable, para el conjunto de nuestra organización sanitaria.



Y, a partir de ahí, pues estoy, como es lógico, a... a disposición de los portavoces de los grupos para atender a sus propuestas, a sus valoraciones, en el sentido que consideren más oportuno. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas... perdón, muchas gracias, excelentísimo señor consejero, por sus informaciones. Y, a petición de los portavoces de los Grupos Parlamentarios Partido Socialista y Ciudadanos, suspendemos la sesión por cinco minutos. La reanudamos a los cinco minutos.

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

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Se reanuda la sesión. Para fijar posiciones, formular preguntas o hacer observaciones, se procede a la apertura de un turno de portavoces de los distintos grupos parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra, por un tiempo máximo de doce minutos, la señora procuradora doña Mercedes Martín Juárez. Cuando quiera.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Pues muchas gracias, señora presidenta. Buenos días a todos. Quiero agradecer también en nombre de mi grupo al señor consejero y a los miembros de su equipo su comparecencia y la presencia en esta Comisión, así como las explicaciones que nos ha formulado en esa primera intervención. Sí es verdad que, aparentemente, es una descripción bastante amable, con visos... como si esto fueran visos de normalidad o de algo inevitable. Ahora ya casi temo hacer reflexiones por parte de nuestro grupo, que, sin ninguna duda... o hay muchas posibilidades de que lo califiquen de equivocado, de imprudente, de oportunista o de innecesario; pero, en fin, esto es así, y nosotros, modestamente, no vamos a desistir si... y menos hoy, que se cumplen treinta años de la Ley General de Sanidad; aquel paso importantísimo en la construcción del Sistema Nacional de Salud.

Yo quiero recordar a Ernest Lluch, aquel ministro socialista que puso las bases para un sistema de salud público, universal, de calidad, accesible y gratuito; y, cuando decimos gratuito, pues es con esa financiación solidaria para pagar en función de lo que se tiene y utilizarlo en igualdad en función de lo que se necesite. Yo creo que hoy debemos seguir reivindicando esos valores, de los que nos enorgullecemos, y de ese gran logro de toda la sociedad española para haber construido un sistema público de salud del que todos nos hemos sentido muy orgullosos, y que ahora es inevitable esa lectura pública, que no es que la hagamos nosotros, sino la hace gran parte de la ciudadanía, que en parte se ha desprestigiado y se ha debilitado.

Hoy, pues hay este nuevo debate de listas de espera, y, en esa línea, pues cabe recordar ese principio básico de un sistema público de salud, como es la accesibilidad; es decir, la ciudadanía tiene derecho a acceder sin trabas, sin barreras y sin inconvenientes, cuando tienen un problema de salud, o, por lo menos, en tiempos razonables.



Yo celebro, señor consejero, usted lo ha reconocido al final de la intervención, porque yo iba a preguntarle si usted estaba de acuerdo en que la ciudadanía vive las listas de espera como un problema serio de la sanidad pública. Usted, ahí, al final de la intervención, ha dicho que así es. Por lo tanto, estamos de acuerdo en eso. Estamos de acuerdo en que la evolución, fundamentalmente a partir de dos mil doce hasta hoy, ha sido muy negativa; en que las listas de espera son indicadores evidentes de la calidad asistencial y de la eficiencia del sistema. Entiendo que podríamos estar de acuerdo en que ha habido, en estos últimos cinco años, una evolución preocupante, y que las listas de espera han sido sensibles a las decisiones, a los cambios –que llama usted–. Nosotros vamos a seguir diciendo que han sido sensibles a los recortes económicos. Y que, de alguna forma, pues no han sido efectivas las decisiones que se han ido adoptando. Porque está claro que estamos pues mucho peor que en el inicio de aquella anterior legislatura, en el año dos mil once. Y deberíamos estar de acuerdo también en que las personas tienen derecho a una respuesta ágil –como digo–, y en plazos razonables y con todas las garantías desde el propio sistema público sanitario, cuando tienen un problema. Y... porque eso lo garantiza, no solo, como decíamos el otro día, el Artículo 43 de la Constitución, sino la propia Ley de Ordenación Sanitaria del año dos mil diez de Castilla y León, que dice una atención sanitaria de acuerdo a las necesidades individuales de las personas.

Por lo tanto, yo creo que usted también comprenderá que la gente se inquiete y se angustie cuando pasan dos o tres años de peregrinaje entre esperar para la consulta de un especialista, volver a esperar para una prueba diagnóstica, y, si la indicación de su tratamiento es quirúrgico, cuando han pasado estos dos filtros, pues vuelven a esperar en la lista de espera quirúrgica. Y todo esto, hasta ahora por lo menos, sin ningún tipo de información ni de explicaciones. Y yo le garantizo, señor consejero, que nuestro grupo no discute que los criterios tienen que ser médicos; que las urgencias son urgencias; que los casos graves son casos graves. Y, por lo tanto, las prioridades en las que ya se viene trabajando, por lo menos en la lista de espera quirúrgica, que sepamos, desde hace dos-tres años, pues las prioridades, como su nombre indica, tienen que ser prioridades establecidas con criterios clínicos, de acuerdo.

Pero también se puede entender la preocupación, la inseguridad o la falta de confianza que se va generando cuando la situación no es prioritaria, o se incluye en esas prioridad 3, que a mucha gente le está disminuyendo su calidad de vida, o alterándole sus capacidades funcionales, o les dificulta llevar a cabo con normalidad una vida laboral o social o familiar, y eso para ellos es muy importante. Y resulta que *sine die* pueden tener una respuesta, si es que la tienen. Esos 28.000 enfermos en prioridad 3, en este momento, y los 94.000 esperando la consulta de un especialista, aunque se establezcan prioridades para los graves en 72 horas, para los que se caracterizaran o se incluyeran en prioridad 2 en 15 días, o para los ordinarios entre 30 y 40, yo me pregunto, con los mismos recursos, cómo se van a absorber, agilizar, estos 24.000 que esperan la consulta con un especialista, sin olvidar que la demanda existe diariamente. Por lo tanto, ojalá sea así. Pero a mí me parece muy difícil.

Sí es verdad que en estos 28.000 que esperan en la prioridad 3 una intervención quirúrgica, pues a nosotros nos preocupa que la salida que tengan, si pueden permitírselo, es hacerse un seguro privado o pagar una intervención quirúrgica. Pero nosotros le preguntamos: ¿y los que no pueden?, ¿y los que, además, no solo no



pueden, sino no tienen por qué hacerlo, porque tienen pleno derecho a que desde la sanidad pública se les dé una respuesta? Porque hay muchísimos ejemplos, señor consejero, pero yo, desde luego, conozco algunos significativos: pues hay gente que, harta de esperar por una resonancia magnética meses y meses, pues se van a una entidad privada, lo pagan, o se han hecho previamente un seguro privado, y la tienen pues en una semana. Pero hay muchísima gente que ni tiene por qué, ni tiene disponibilidad, y no pueden hacer eso. O cuando están ya hartos de esperar en el sistema público para la intervención de una hernia discal... una conocida mía ha desembolsado el dinero y se ha ido a operar a una clínica privada. Pero eso es un muy injusto, y muy inseguro, y muy triste para el sistema público de salud. O el otro día, otro caso conocí, con una obesidad mórbida, un chico joven, esperando y esperando y esperando, y harto de esperar en el sistema público de salud, con dolores de rodillas y casi con dificultad para respirar, de la propia obesidad, y le decimos en el sistema público que va para otros ocho o nueve meses. Bueno, han desembolsado una cantidad importante de dinero, y ya está en su casa y operado en una clínica privada.

Yo... estoy segura que no, pero se lo pregunto: ¿usted se siente orgulloso de eso?, ¿usted cree que eso realmente, en este momento, no desacredita y genera desconfianza y desigualdad en el propio sistema público? Está claro que ahí el dispositivo privado pues está manteniendo su negocio, pero, desde luego, yo quisiera, por lo menos nuestro grupo, claramente, estamos mucho más cerca de los que, teniendo esos mismos problemas, están muy lejos de las posibilidades económicas para poder permitirse esas soluciones. Y, además de no poder permitirselas, desde luego, aplaudimos que no recurran a eso. Porque nosotros, señor consejero, vamos a seguir insistiendo en la equidad, en la igualdad y en el derecho irrenunciable a ser atendidos en el sistema sanitario público.

Y si usted cree que estos ejemplos, que son muchos más, con estas pocas posibilidades de salida, la ciudadanía puede seguir confiando en este sistema sanitario público, que era el orgullo de todos, y que era el servicio público más apreciado por la población, y que lo sigue siendo, a pesar de todas estas dificultades; o si usted cree que realmente es verdad que, aunque usted no lo quiera llamar recortes, pues se ha deteriorado y se ha debilitado. Y eso será por algo, digo yo. Será... si usted no lo quiere llamar recortes, pues será porque... porque ha habido mala gestión, o porque se ha descapitalizado lo público, o por... ¿o usted cree que la gente es caprichosa?, y si tienen una hernia discal, una catarata, o una hernia inguinal, o una coleditiasis, o unas varices, y es un camarero y tiene que estar durante horas de pie, o ese *hallux valgus* -que a usted y a mí nos gusta tanto; es que era usted el que lo inventó, porque usted es el que ponía el ejemplo, pero ahora yo le voy a poner también-, pues eso también la gente quiere que se le solucione.

Porque yo quiero confiar en que aquí no hay otros intereses por parte de usted, de que todo vaya a la privada, o por colaborar a mantener negocios a costa de la salud. Yo, en el fondo, estoy convencida que usted no defiende eso, pero tendría que explicárnoslo un poco mejor, a ver si lo entiendo. Porque yo, a veces, también desespero. Y es verdad que tenemos problemas, que no se les ha dado respuesta. Y, mientras tanto -si me permite-, pues ustedes un poco a lo suyo. Ahora esta estrategia Perycles, que es que tiene un nombre larguísimo, por eso ahora... luego... lo voy a decir, un Plan de Eficiencia, de Reducción... de no sé qué. Pero aquí ha habido planes, más planes, ha habido de todo. Porque ha habido planes de reducción, ha habido planes de choque -que a mí tampoco me gusta esos planes de choque-.



Pero aquí hay unos datos, que son los suyos, los de su propia Consejería: diciembre de dos mil once, 19.013 enfermos en lista de espera quirúrgica, 52 días de demora media; ahora mismo, pues estamos en 33.212, y en 85 días de demora media; en dos mil doce, que hubo ya un plan de choque, un plan de reducción, teníamos 36.842, y 97 días de demora media; en dos mil trece, 28.306, y 84 días de demora media. Y aquí hubo planes de choque, de reducción, llámelo como quiera. En dos mil catorce, 28.708, 79; en el quince, 29.233, y 80 días. Si vamos a las consultas de especialistas: en dos mil once, 52.369 y 2.338 para unas pruebas diagnósticas; en dos mil doce, 57.061 esperaban consulta con un especialista, 3.521 una prueba diagnóstica; en dos mil trece, 70.786 esperaban la consulta con un especialista, 12.466 una prueba diagnóstica; en dos mil catorce, 86.590 esperaban la consulta con un especialista, 15.284 una prueba diagnóstica; en dos mil quince, 94.150 esperaban la consulta con un especialista, 15.808 una prueba diagnóstica. Son los datos de la Consejería de su... de Sanidad, y han ido creciendo continuamente, señor consejero -esto es muy preocupante-, pero no creciendo de forma moderada, creciendo de forma escandalosa, de 52.000 a 94.000, de 2.388 a 15.808; yo, por eso, me pregunto cómo se va a dar respuesta en 72 horas, en 15 días o entre 30 y 40 días, a 94.000 enfermos o a 15.808 enfermos, porque está claro que todas estas cifras, pues no son números, son personas con nombres, con apellidos y con circunstancias de vida.

Y -repito-, es verdad, lo urgente es urgente, indiscutible, las patologías graves son prioritarias, pero el sistema público de salud, dando prioridad absoluta a todos esos casos, tiene que responder también a todos estos problemas de salud que tiene la población, y para nosotros, pues estos resultados -que no nos los inventamos, que estamos limitándonos a decir aquí, en alto y públicamente, los datos que facilita la propia Consejería de Sanidad-, pues son, de alguna forma, inaceptables. Y, mientras tanto -pues modestamente, pero con... con crítica se lo digo-, ustedes no han tenido nunca en cuenta ni en consideración las propuestas que ha hecho nuestro grupo; y estaremos muy equivocados, seremos muy oportunistas o muy poco acertados, pero hemos hecho interpelaciones, hemos presentado mociones, hemos hecho proposiciones no de ley, en el Pleno anterior una proposición de ley, y todas y cada una, siempre y sistemáticamente, se rechazan.

Y es verdad que usted siempre achaca estas subidas espectaculares en los datos de la lista de espera a la supresión de la autoconcertación, incluso, algunas veces, dice que si yo soy partidaria de las peonadas; no, no, no, no, yo nunca he sido partidaria de las peonadas, sí soy partidaria de que todo lo que se pueda absorber en el sistema sanitario público prefiero que se haga aquí antes que remitirlo a la Ruber. Pero las peonadas, si estaban pervertidas, ustedes lo permitieron, o los gerentes, salvo honrosas excepciones, hicieron dejación de sus funciones y, supuestamente, redujeron...

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Señora procuradora...

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

(Termino ahora mismo...



LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

... ¿puede ir ya terminando?

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

... ¡Uy!, pues yo creí que doce minutos daban para más, pero bueno, voy a acabar). ... que supuestamente se redujo el volumen de las derivaciones a la privada. Bueno, pues en dos mil quince casi 8.000 procesos quirúrgicos se han derivado a la privada (7.843, según los datos que ustedes nos han dado; si no sumé mal, unos 12 millones de euros); pero también en dos mil catorce y en dos mil trece, aquel plan de choque de otros 12 millones de euros, pues 9.000.000 fueron a conciertos con la privada y unos 2,9 a esos 156 contratos a mayores para reducir las listas de espera –a los que usted ha hecho referencia– en la pública.

Bueno, como no me da tiempo a acabar, yo luego le haré unas preguntas respecto a estos 5 objetivos que ha presentado usted, con las 25 medidas, en esa nueva estrategia, porque es verdad que está todo inventado, y es de manual, pero, si hasta entonces... hasta ahora no hemos tenido resultados, ¿qué le hace pensar a usted que exactamente con las mismas medidas a partir de ahora sí que va a haber resultados? Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señora procuradora. Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra, por un tiempo máximo de doce minutos, el procurador don Manuel Mitadiel Martínez.

EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:

Muchas gracias, presidenta. Voy a intentar organizar las ideas en función del esquema que presentó el consejero en su intervención.

El consejero describe una situación que no tiene demasiado que ver con lo que padecen buena parte de los pacientes de Castilla y León, y me explico. Bueno, en primer lugar, le da toda la trascendencia a la lista de espera quirúrgica, algo menciona con respecto a las... a la lista de espera en consultas y prácticamente nada a las pruebas diagnósticas. Y, claro, todo forma parte de un proceso, es decir, la lista de espera quirúrgica es el final de un proceso.

Y le voy a poner un ejemplo que, vistas las listas de espera existentes, es bastante común en nuestra Comunidad. Es un paciente con problemas... con dolores en la... en la rodilla, unos dolores que han ido aumentando con el transcurso del tiempo, y que va a su médico de cabecera, que le envía a la consulta de traumatología. En el mejor de los casos, y dependiendo de qué época del año estemos hablando, le dan la consulta en un mes. A partir de ahí, el médico solicitará pruebas, solicitará una resonancia magnética, si no solicita una ecografía, una electromiografía; en el caso de la resonancia magnética, podemos estar hablando entre dos y tres meses. Una vez que se haya realizado todas esas pruebas, el paciente volverá nuevamente a la consulta del especialista, que le verá en un plazo, habitualmente, en torno a un mes. Pero ahí no acaba la cosa, porque este le va dirigir a la consulta del hospital apropiada para esa materia; entiéndase, en el caso, la unidad de rodilla o la unidad de columna. En



función de cómo se le... se le dé la circunstancia, esperará cinco meses o, incluso –en el caso de alguno de... que puedo dar nombres, aunque, quizá, aquí mejor no dar nombres–, podíamos estar hablando de ocho meses; en columna algo menos. El resultado es que, cuando a ese hombre, a esa mujer, se le incluye en lista de espera quirúrgica, que, después, en el caso de la rodilla... dice usted, 72 días; bueno, bueno, conozco casos mayores, ¿eh?, y no necesito esforzarme mucho. Bueno, el resultado de todo esto es que ese paciente, cuando entra en el quirófano, ha pasado en torno a quince meses, dieciséis meses –no estoy exagerando, ¿eh?, le podía llevar, digamos, situaciones más extremas–, y durante esos quince o dieciséis meses... Es verdad que no estamos hablando de algo de riesgo vital, no, estamos hablando de... simplemente, de que ha convivido con el dolor durante todos esos meses; de que, además, en función de cuál sea su trabajo, posiblemente no ha podido ejercer su trabajo durante un cierto tiempo, pues porque puede ser que la lesión sea lo suficientemente importante como para impedirlo. Y, ya le digo, no estamos hablando de riesgo vital.

Es decir, con este ejemplo... podíamos hacerlo con el cáncer de colon, aunque en el caso del cáncer de colon, desde hace poco, hay en funcionamiento el Programa de Detección, el programa de cribado, que ha permitido que algunas... bueno, pues que, en algunas circunstancias, todo sea mucho más rápido, pero, si no, estamos hablando –que, además, es otra de las... de las especialidades en las que existe una espera muy importante en columna; es más, me parece que en casi todos o en todos los hospitales– de que habrá esperado, desde que el médico de familia tiene... tiene sospechas, dos meses para... para realizarse... para que lo vea el digestivo, la colonoscopia le habrá llevado otros... otros dos meses, y así sucesivamente. Después, es verdad que, cuando ya se ha detectado, todo transcurre mucho más rápido, pero, mientras tanto, ha habido un periodo de tres, cuatro, cinco meses, en el que la angustia de saber qué es lo que tengo, o, simplemente, si realmente está extendido o no, porque todas las pruebas dicen que está todo controlado, pero, hasta que no abren, eso no se identifica. Es decir, le estoy contando casos reales donde eso no lo mide la lista de espera quirúrgica.

Y también tengo que decirle una cosa: salvo los fallos del sistema, en general no se da el riesgo vital. Es decir, eso, evidentemente... bueno, evidentemente... salvo los casos, que no sé si son muchos o pocos, no... no se da la situación de riesgo vital, pero sí se da las situaciones de convivir con el dolor, de convivir con la angustia; en el caso de... de las cataratas, de convivir con una calidad de vida deteriorada. También podíamos hacer una... un análisis pormenorizado de cuánto se tarda en... en una catarata.

Y vuelvo al... al principio. Estamos hablando de lista de espera quirúrgica, pero ¿qué ha pasado hasta llegar... hasta que un médico decide incluirte en lista de espera quirúrgica? Creo que eso es algo importante, y que hay que... cuando queremos mejorar el sistema, esto hay que analizarlo. Esto con respecto a la situación.

Con respecto al... al contexto y a la evolución, pues... bien, seguramente estamos mejor que... que el resto de España, seguramente vamos muy bien, salvo las de régimen foral, que, como tienen... van en... en otro coche más importante que el nuestro, pues siempre están mejor que nosotros en todo. Pero bueno... Pero lo cierto es que... que tenemos unas listas de espera que usted decía que las... lo más importante... me parece que lo... lo decía... no, no recuerdo cuáles eran las... ah, urología, ginecología y cirugía maxilofacial, que eran las que estábamos peor que... que en el



resto. Bueno, pues creo que tenemos recursos, por lo menos en estas especialidades, como para estar mucho mejor. Que después hablaremos de los recursos, porque el... el plan que... que plantea es magnífico, es una declaración de intenciones magnífico, pero comparto un poco la inquietud de la compañera que me ha precedido; es decir, estamos de acuerdo en... en muchas de las cosas que... que ha planteado -y si me da tiempo lo comentaremos posteriormente-, pero, primero, es insuficiente, y digo que es insuficiente porque... y le daba un ejemplo. Es decir, Salamanca o el Hospital del Bierzo no solo es cuestión de reorganización. O sea, tengo toda la sensación de que sobre todo tienen pocos recursos para los servicios que deben prestar.

Pero, además, esto se traduce también en... en otras cuestiones. Estamos hablando, por ejemplo, de pruebas diagnósticas. Cuando un ecógrafo está funcionando desde las ocho y cuarto de la mañana hasta las nueve menos cuarto de... de la noche, y aun así una ecografía te la dan para dentro de dos o tres meses, es algo más que... que un problema de reorganización. Seguramente dirá usted: ¿pero estaban indicadas todas las ecografías? Pero aquí entramos en otra... en otra cuestión que también se ha mencionado, y que además va a tener una batalla difícil, que es la *lex artis*, ¿no? Es decir, que... que cada... cada médico decide de una forma más o menos autónoma qué es lo que necesita hacer al paciente; y, sobre todo, en una situación que llevamos muchos años conviviendo con ella, como es la de la medicina defensiva, la verdad es que es muy difícil convencer a los médicos... como planteaba usted, que... que tiene toda la razón, que hay una buena parte de la medicina que no ofrece resultados en salud, pero convénczale a... a ese médico, que ya pasó una vez por el juzgado porque no había hecho no sé qué cosas que el juez y los técnicos del juez estimaron que era necesario hacer, solamente se resuelva con protocolos de las sociedades científicas y con mucho convencimiento. Pero, aun así, es una batalla que me parece muy complicada.

En cuanto a la... a la reorganización -y voy a ir resumiendo, porque solamente me queda...-, reorganización, evidentemente, hay muchas cosas que mejorar; en principio, la relación entre Primaria y Especializada. Es decir, que, efectivamente, no pasar del concepto de derivación al de continuidad asistencial. Totalmente... totalmente de acuerdo, pero también esto significa no solo que se diga "hay que hacerlo", sino voluntad. Se necesita conseguir tener el tiempo para sentar a los médicos de Primaria y a los médicos de Especializada, para que los médicos de Especializada den una serie de protocolos de cómo se... se derivan o cómo se tratan determinadas... determinadas enfermedades, que, desde luego, los médicos de familia están absolutamente capacitados para controlar.

¿Qué más? Con respecto a las cosas que ha planteado, consultas de... de alta resolución, pues... pues magnífico; unidades de diagnóstico rápido; pero sigo insistiendo en... en que me parece una expresión de deseos magnífica. La verdad es que la literatura sobre gestión habla sobre todo esto y que... sí, que... que es por donde hay que ir, pero se trata de transformar deseos en realidades, y eso es un... es complejo, lo cual no quiere decir que usted se tenga que resignar al presupuesto incrementalista, es decir, que cada vez echamos más de todo. No. Pero también tiene que... que analizar cuándo no es suficiente una reorganización, y yo entiendo que se pueden sacar muchas cosas con... con una reorganización, pero tenemos falta de medios. Y no... no le iba a hacer un repaso, sobre todo de... de la situación de consultas externas, que ya digo que después tienen mucha importancia en la



quirúrgica, porque además me da la impresión de que no todas las enfermedades graves son... tienen una resolución quirúrgica, y, por lo tanto, digamos que estamos dejando... obviando al... una parte de... de enfermedades que deberíamos intentar medir por la lista de espera de consultas externas.

¿Prioridades? Naturalmente hay prioridades, pero vamos a atender también la vida cotidiana, la vida de... de todos esos pacientes que conviven con una situación personal complicada -cuando no de angustia- que no corren riesgo vital, pero a ver quién se lo explica, o sea... y quién les... les calma esa... esa ansiedad. Y nada más. En la... en la contestación ya le... le intentaré contar lo que no me ha quedado para la primera intervención. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señor procurador, don Manuel Mitadiel. Por el Grupo Parlamentario Mixto, tiene la palabra, por un tiempo máximo de doce minutos, el señor procurador don José Sarrión Andaluz.

EL SEÑOR SARRIÓN ANDALUZ:

Bien. Muchas gracias, presidenta. Bueno, ante el problema de las listas de espera hay varios elementos que es importante situar sobre la mesa. En primer lugar, no solamente un problema sanitario, si bien, efectivamente, como se ha señalado desde el consejero, es el problema principal de la sanidad pública en Castilla y León, y en ese aspecto nos alegra que al menos se reconozca el problema, pero es un problema evidente, un problema que lleva acumulándose ya muchos años, y que además tiene una consecuencia extraordinaria y enormemente grande en un contexto de crisis socioeconómica como la que estamos viviendo en los últimos años.

¿Por qué? Porque, a día de hoy, un problema de listas de espera quirúrgicas no tiene solamente un efecto sanitario de dolor o de malestar o de pérdida de calidad de vida en los pacientes -que también, evidentemente, es un problema serio-, sino que, además, en las condiciones sociolaborales que hoy tenemos, que están marcadas por una enorme precariedad en el mercado, significa que las listas de espera lo que generan es que personas no puedan trabajar; no solo no puedan trabajar, sino que además pueden perder su puesto de trabajo, porque cuando una persona tiene una situación de precariedad laboral pierde automáticamente el derecho a baja en la gran mayoría de los casos, porque, sencillamente, le aplican la extinción de contrato normal y, sencillamente, no le renuevan, ¿no?

Lo cual significa que las listas de espera, siendo un problema que en una sociedad que funcionara con normalidad socioeconómica ya en sí mismo sería un problema grave y sería un problema a atajar por las consecuencias que tiene en cuanto a la calidad de vida y en cuanto a la salud natural de las personas, yo creo que en condiciones de crisis como estamos viviendo y de precarización del mercado de trabajo son enorme y extremadamente graves. Yo los casos que conozco -a decenas- no es solamente de personas que tengan problemas de bienestar, evidentemente derivados del hecho de estar meses y meses esperando una intervención, sino que el problema es que eso genera un auténtico problema en casos de familias que dependen de sueldos que no son de carácter indefinido o que no tienen los derechos laborales que se reconocerían de manera natural en una sociedad normal, ¿no?



Como digo, problemas que además, precisamente, son aquellos que se señalan como los problemas principales de las listas de espera, sí tienen un efecto en torno a la vida socioeconómica, ¿no?, de las personas. Precisamente en este aspecto es de señalar que se hable precisamente de que el... de los 15 diagnósticos más frecuentes, según conocíamos, a datos de la semana pasada, de diecinueve de abril, la gran mayoría de los diagnósticos frecuentes están relacionados con enfermedades que dificultan mucho la tarea laboral de una persona, ¿no? Es decir, cuando hablábamos de las cataratas, cuando se hablaba de la osteoartritis, de las hernias inguinales, de las varices, de las hernias abdominales, de las amígdalas, de los juanetes -perdóneme por sacarlos, pero tienen su aquel-, tiene, por lo tanto... yo creo que cabría añadir una dimensión social y socioeconómica al problema de las listas de espera. Luego, más allá del problema sanitario, yo creo que en las condiciones en las que está viviendo la sociedad hoy, hay que prestarle una atención necesaria. Y por eso yo creo que lo lógico y lo razonable sería hacer un esfuerzo extraordinario, precisamente, para evitar este tipo de listas de espera, que generan, como digo, unas consecuencias más allá de la mera consecuencia sanitaria.

En ese aspecto, a nosotros lo que nos parece chocante es... -que es lo que se ha planteado, y aquí coincido en buena medida con lo que plantea el señor Mitadiel en su intervención- es que se nos plantea un plan, el Plan Perycles, el cual plantea objetivos, que en su inmensa mayoría son objetivos de carácter reorganizativo, se nos plantea básicamente una reorganización del sistema sanitario, lo cual, en sí mismo, no nos parece criticable, porque, en sí misma, una reorganización no es ni buena ni mala, puede estar bien hecha y puede estar mal hecha, evidentemente. Pero lo que nos parece sorprendente es que se hable de las listas de espera, se acepte, además, que es el principal problema, y que no planteemos paralelamente a esto un aumento de dotación presupuestaria y un aumento de los efectivos. Porque nosotros entendemos que la lista de espera tiene que solucionarse esencialmente a través de una mayor contratación de personal; de personal médico, de personal quirúrgico y de enfermería.

Entendemos que, al final, el problema central de las listas de espera, por más que una reorganización pueda siempre ser bienvenida, si se realiza correctamente y con los correctos criterios técnicos que tenga que llevar, pero tiene que ir acompañado, evidentemente, de un debate económico, de un debate de financiación, un debate de recursos, ¿no? A mí me ha parecido algo preocupante que se plantee, precisamente, como uno de los planteamientos previos del Plan Perycles -como aquí se ha expresado-, precisamente se ha dicho que la financiación no es garantía de la baja en las listas de espera. Hombre, esto, pudiendo ser una verdad a medias, es algo que hay que... hay que explicar muy bien. Porque lo que no nos vale es que ya, de principio, se nos plantee un plan que, desde el primer momento, esté planteando dudas acerca de la importancia de la financiación, partiendo de que la financiación no lo es todo, evidentemente, en los procesos de gestión, pero que tiene un peso importante, ¿no?, y así nos parece que tiene que ser entendido, ¿no?

Plan Perycles que... cuyo nombre pues ya nos convence bastante. Porque Pericles era un orador ateniense, que era conocido, entre otras cosas, por su escepticismo ante la divinidad, ante aquello que no podía verse, ¿no? Y, por lo tanto, así de escépticos salimos nosotros con esta intervención.



En todo caso, lo que sí estamos de acuerdo es que, efectivamente, es un problema de primera categoría, ¿no? No solamente por los efectos sanitarios, sino por los efectos sociales, ¿no?, como señalaba en las... en las familias, ¿no? Se plantea como preocupante la situación de los complejos hospitalarios de Ávila, de Burgos, de Miranda de Ebro y de Aranda de Duero, así como el de Segovia, el Río Hortega y el Clínico, estos dos últimos de Valladolid; y como excepcionalmente graves la situación de los complejos hospitalarios del Bierzo y de Salamanca, con 135 días de tiempo medio de espera, y de 119 tiempo medio de espera. Es decir, yo creo que estamos ante un problema de gravedad, ante un problema que lo que exige es una inversión que no puede basarse solamente en una reorganización, sin ser esta misma criticable en sí, sino que tiene que ir acompañada de una inversión económica que aumente la dotación de efectivos de la sanidad pública.

Y, por lo tanto, este es nuestro... nuestro planteamiento, ¿no? Sí que creemos que puede ser positivo todo lo que sea aumentar en transparencia, la cuestión de las unidades de diagnóstico rápido, etcétera. Pero lo fundamental tiene que ser un aumento de dotación, tiene que ser un aumento de quirófanos. No podemos comprender, por ejemplo, datos como el Complejo Hospitalario de Salamanca, que, según nos denunciaba uno de los sindicatos presentes en la Junta de Personal del hospital, nos explicaba como habían sido externalizadas cientos de operaciones en oftalmología al mismo tiempo que había dos quirófanos cerrados. Y que, a pesar de esta externalización puntual de cientos de operaciones en oftalmología, las listas de espera habían aumentado de un año para otro. Es decir, estos son fenómenos que lo que nos indica es que algo no está funcionando, y que, por lo tanto, hay que plantear algún tipo de solución.

Y, por lo tanto, este sería nuestro... nuestro planteamiento, ¿no?, el reconocimiento de que... de que es un problema central, que tiene consecuencias serias, y que una mera reorganización nos parece pues, como poco, poco ambiciosa, ¿no? Por más que pueda ser razonable entrar en un proceso de discusión de este tipo, lo que sí nos habría gustado es que en el pasado Pleno, cuando hubo la oportunidad de iniciar un proceso de tramitación de un proyecto de ley en torno, precisamente, a la cuestión de las listas de espera, nos parece que, si hoy se reconoce que, precisamente, estamos ante el primer problema de la sanidad en Castilla y León, nos habría parecido muy razonable haber iniciado, precisamente, un inicio de tramitación de un proyecto de ley. Precisamente, porque lo que haría, como mínimo, es aumentar el debate público. Es decir, si bien la existencia de una ley autonómica sobre listas de espera no garantiza en sí mismo que vayan a ser solucionadas, porque el derecho no tiene nunca un carácter taumatúrgico que transforme la realidad por sí mismo, lo que sí nos parece es que habría sido enormemente interesante que durante el próximo año se hubiera iniciado un proceso de debate, entre todos los grupos parlamentarios y también con el conjunto de la sociedad civil, en torno a este problema, habida cuenta de que, como ha señalado en su exposición, se trata del principal problema de la sanidad en Castilla y León. Y en eso, efectivamente, nosotros coincidimos. Por mi parte nada más. Muchas gracias por la comparecencia. Y esperamos la réplica.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor procurador, don José Sarrión. Pasamos al Grupo Parlamentario Podemos Castilla y León, que tiene la palabra, también por un tiempo máximo de doce minutos, la señora procuradora doña Isabel Muñoz Sánchez.



LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Gracias, presidenta. Señorías, buenos días. Agradecerle también al señor consejero la comparecencia esta mañana en la Comisión de Sanidad. Y, además, agradecerle también el esfuerzo que ha hecho para explicarnos... para explicarnos el plan, y para, bueno, concretarnos la situación de las listas de espera. Siento decirle, señor consejero, que, desde luego, desde nuestro punto de vista, desde el punto de vista de Podemos, y el mío personal también, pues creo que usted ha evadido el problema que creemos fundamental en el tema de las listas de espera. Y también no solamente que lo ha evadido, en algún momento ha dicho que no hay una relación directa o que no está todo... justificado totalmente que más financiación acabe con las listas de espera. Siento decirle que, pues esto, nosotros pensamos que no es así, porque sí que vemos una relación causa-efecto en este sentido.

Por lo cual, yo lo primero que le diría que las listas de espera, utilizando una terminología que usted entenderá fácilmente, hay listas de espera porque hay un desfase entre la oferta y la demanda. Yo creo que esto es entendible por todos nosotros. Quizá tendríamos que preguntarnos muchos porqués, porqués, porqués, y seguramente que, llegándonos... preguntando o contestándonos a estos porqués, que, lógicamente, cada cual o cada grupo parlamentario de aquí respondería de una manera, pues... pues tendríamos claridad en por qué ocurre esto.

Desde luego, desde Podemos, pensamos que hay listas de espera, sobre todo, porque no hay ni medios humanos ni materiales suficientes para atender a los pacientes. O, dicho de otra manera, ustedes no invierten en la sanidad pública lo necesario para que esta funcione correctamente. Y, además, esto... yo el otro día estuve en una mesa redonda, me invitaron a participar en Sanidad, y un médico hizo una exposición y esto lo dejaba muy clara. Porque, claro, parece que achacamos a la crisis, ¿eh?, estos recortes, estos problemas, pero es que hay que retrotraernos a los años anteriores. Y es que esto ya es un... esa política hacia las... los servicios públicos yo creo que ya empieza muchísimo antes -como le digo que también lo reconocen muchos profesionales sanitarios-, y hay que retrotraernos pues ya... a finales de los años ochenta y noventa, cuando ya se empieza a vender públicamente, y muy especialmente con la política seguida por el Partido Popular, las ventajas de lo privado respecto a lo público. Esto empieza ahí, clarísimamente. Y luego, claro, lógicamente, con la crisis, pues esto se agudiza, porque los recortes nos llevan a donde nos llevan.

Tiene también importancia que recordemos que ha habido una aprobación de la reforma del Artículo 135 de la Constitución, en la etapa de Rodríguez Zapatero, en el dos mil once, cuando se dio rango constitucional a la prioridad absoluta para el pago de los intereses y el capital de la deuda pública de las Administraciones sobre cualquier otra necesidad de gasto. Pues, ¿qué esperamos, que esto... que respetaran la sanidad, los servicios públicos? Pues... pues entendemos que no ha sido así. Y esto conviene decirlo al principio, porque, si no, de verdad que nos podemos perder en todo... esa maraña de cifras, de buenas... buenas intenciones, que se las admitimos, y todo lo demás, pero creo que hay que empezar reconociendo y admitiendo esto, porque, si no, desde luego, por parte de Podemos, no queremos perdernos en este... en este discurso, ¿no?

Recordamos, pues las reducciones que ha habido, ¿no? Desde el año dos mil des... dos mil diez -perdón-, se ha recortado en sanidad un 5,91 %, y en personal 5,5 %; 208 millones de euros, que se dice pronto. Es que eso... yo creo que muchas



de las cuestiones que estamos aquí discutiendo o debatiendo o hablando sobre ellas, pues son de sentido común, son de sentido común; si se reduce las inversiones, si se reduce el personal, pues, lógicamente, algo tiene que... algo tiene que... vamos, las consecuencias son claras.

Yo creo que esta mañana, por lo menos, es que, bueno, pues una esperaba a lo mejor un milagro, que lógicamente no se va a producir, pero, desde luego, yo lo que esperaba esta mañana es que... si nos dijera si usted va a adecuar o no las plantillas y los medios materiales a las necesidades sanitarias de nuestra Comunidad Autónoma -yo es que creía eso-; o si van a invertir de una vez en la sanidad pública o van a seguir potenciando los conciertos con las clínicas privadas, que en esto se definiera usted clarísimamente, aunque sé que en el plan o en... o en estas medidas que se van a tomar, sí que se dice que van a priorizar el sacar todo adelante con los recursos propios, de la propia sanidad.

Y, también, una cosa que nos interesa mucho es... -que nos hubiera gustado escucharle a usted- es si van a dar prioridad, en definitiva, a la salud y al bienestar de las personas, porque... a la calidad de vida de las personas. Esto creo que es fundamental. Entiendo que la posición del señor consejero es un poco la de poner una vela a Dios y otra al diablo; buenas intenciones, por un lado, pero, luego, a ver en qué quedan ellas sustanciadas, porque, sin más inversión y sin aumento, pues no entendemos... No pretenderá usted que, con menos recursos y con menos personal -como le he dicho-, se pueda dar igual asistencia.

Lógicamente, usted -como ya le he dicho ya-, pues ha tratado de llevarnos a su terreno para convencernos de que estamos en el buen camino y nos ha proporcionado datos, cifras, previsiones e iniciativas; pero, de verdad... -permítame, yo, con todo el respeto, se lo digo- pero creo que son para entretenernos, para quedarnos en ese debate simplemente. Y, además, que creo que es un debate -desde el punto de vista en el que yo lo planteo, en nombre de Podemos- que usted tiene perdido de antemano, porque creo que ahí es donde no quiere usted entrar.

Además, usted también lo ha dicho en un momento de su intervención, que... -y además lo hemos... lo hemos leído también- que esta... estas medidas son de reducción, no son para acabar con las listas de espera, o sea, no es el fin acabar con las listas de espera, solo son para gestionarlas de otra manera. Y -vuelvo a repetirle- dudamos que en esta nueva gestión, que está lastrada por... lastrada por factores económicos, se tenga en cuenta suficientemente la calidad de los pacientes, el derecho a la salud, en definitiva. Es que creo que tenemos que empezar a trabajar mucho más en este término: el derecho a la salud. Una persona que espera... -ya se ha dicho aquí, pero, bueno, no importa repetirlo, porque creo que es interesante seguir incidiendo en esto- pues una persona que espera meses para que la operen de cataratas... de cataratas, de cadera o de algún hueso del pie, pues, seguramente, no se morirá, pero su derecho a la salud y su calidad de vida, desde luego -desde nuestro puesto de vista-, están conculcando... se está conculcando por motivos económicos.

Luego, también, en esa nueva gestión, los conciertos con los centros privados, pues se mantienen -no le he dicho a... no le he oído a usted nada en contra-, lo que, sin duda, mermará la calidad de la asistencia pública.

El anterior plan, pues recordará usted -ese que en el dos mil trece se puso en marcha-, pues que se gastaron unos 12 millones de euros, de los cuales fueron a...



fueron a parar a las clínicas privadas; y esto creo que también tenemos que ponerlo sobre la mesa, porque, desde luego, en Podemos apostamos clarísimamente por la inversión en la sanidad pública y no con las clínicas privadas. Desde luego, se fue un buen montante de dinero para los conciertos con las... -que no voy a repetir. No sé cómo ando de tiempo; ya ando mal-.

Pues, bien, han pasado tres años desde ese plan que se puso... y estamos en las mismas, señor consejero. Y, entonces, creo que se han cumplido, además, lo que le dijeron los profesionales y los sindicatos médicos, que se lo dijeron clarísimamente, que esto... -yo, mira, hoy lo he dicho cuando hacía unas declaraciones a la prensa, que lo podíamos resumir como "pan para ahora y hambre para mañana"- estos planes, que son cortoplacistas, que son de medidas muy puntuales para beneficiar en algo las listas, a la larga, pues vuelven a producir lo mismo, porque no se... de alguna... de una vez por todas, pues no se siguen las medidas que desde Podemos creemos que hay que seguir, que van, desde luego, por aumentar las plantillas y los medios técnicos y materiales, porque, sin eso, vamos a estar siempre en las lista... en las mismas.

Bueno, tendría aquí algunos ejemplos para poner, sobre las listas de... cómo se han disparado las listas... las intervenciones... la lista de intervenciones quirúrgicas, sobre todo en Salamanca, y también en el Hospital del Bierzo. Y, bueno, ¿y cómo han hecho ustedes para solucionarlo?, porque creo que aquí también hay otro problema, y es que ahora también las personas, los usuarios, los pacientes, se niegan a ir a las... a los centros concertados. Esto es un problema; yo he leído muchas noticias al respecto, que en Salamanca, mismamente, no solamente ya se niegan a ir fuera, por la incomodidad que tiene, pues el desplazarte, sino que también, ya en la propia... en la propia ciudad, en la propia capital, tampoco quieren ir a operarse a los centros... a los centros privados. Y creo que eso también es una cosa que hay que tener en cuenta. (A ver cómo ando de tiempo).

Respecto a las listas de espera en primeras consultas y en pruebas diagnósticas, pues... pues, mire, la verdad es que usted ha dicho que somos una autonomía que podemos presumir de transparencia, y que aquí los datos se dan, y es verdad que la lista de espera de operaciones quirúrgicas sí que se da, pero no es lo mismo en pruebas diagnósticas y en primeras consultas, porque la verdad es que las cifras oficiales... a lo mejor me he equivocado, y corrija me usted si me he equivocado, pero las cifras oficiales que tenemos son del dos mil catorce, y entonces habían aumentado considerablemente.

Le decía yo antes que nos preocupaba muchísimo la calidad, porque muchas veces, enfrascados, como estamos, en buscar medidas para quitar números, o sea, para que lo que... en una lista que figuran 800 personas, queden 600, pues nos olvidamos muchas veces de lo que hay detrás de estas personas, y, por eso, nos importaba mucho la calidad.

Y también nos preocupa mucho la praxis médica. Yo, mire, en este tema he estado hablando con muchos médicos -además, en mi propia familia tengo muchos médicos- y les he preguntado un poco cómo... cómo hacen, cómo sienten esto. Y a lo mejor usted no lo sabe, pero los médicos, en muchas ocasiones, se ven obligados a ingresar a muchos pacientes... -escuche bien, señor Aguado- a ingresar a muchos pacientes para que les hagan cuanto antes las pruebas diagnósticas que precisan, porque, a lo mejor, si esperan meses, ya es demasiado tarde. O sea, que sepa usted



que los médicos están ingresando a personas que a lo mejor no lo necesitan para que le hagan antes las pruebas diagnósticas. O que, paradójicamente, en otras ocasiones, por falta de medios técnicos y humanos para las pruebas diagnósticas, ¿eh?, los médicos tienen que diferir las altas hospitalarias en una o dos semanas; también está ocurriendo, que a un paciente que se le puede dar de alta mañana, resulta que el médico, bajo su criterio o desde su criterio, no... dice: ¿y cómo se va a ir este... esta persona sin que le hagan esta prueba? Pues retrasa el alta y la tiene allí más para que le hagan antes la prueba diagnóstica. Esto también me lo han comunicado.

A lo mejor tampoco sabe usted que los médicos reciben presiones, y, sobre este tema... -y veo que el tiempo se me está agotando-. No puedo acabar sin decirle a usted que nos preocupa, y nos preocupa muchísimo, en esa... en esa gestión de la demanda... que esa gestión de la demanda, cuando ustedes dicen que van a disminuir... -o, si no lo dicen, se... bueno, se intuye, ¿no?- para disminuir las consultas a especialistas y a determinadas pruebas diagnósticas -eso sí, siempre lo dicen desde... en función de los pronunciamientos científicos-. Eso nos preocupa mucho. Y ya le adelanto a usted que va a tener... la Consejería va a tener problemas en este sentido, porque, claro, ahí las... -aunque ya le he dicho anteriormente, y he tenido que cortarme, porque me va a cortar la señora presidenta de un momento a otro, pero luego se lo puedo ampliar en la réplica- los médicos le van a exigir... si hay un jefe de servicio que le va a exigir que no haga tal o cual prueba, se lo van a mandar hacer por escrito, porque, claro, tienen que anteponer, pues su buena práctica médica, por lo cual... Bueno, ya lo dejaré; el resto de las cosas que tenía pensado decirle las dejaré... las dejaré para la réplica. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señora procuradora, doña Isabel Muñoz. Pasamos al Grupo Parlamentario Popular; tiene la palabra, por un tiempo máximo de doce minutos, el señor procurador don Alejandro Vázquez Ramos.

EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Muchas gracias, señora presidenta. Señorías, en primer lugar, desde el Grupo Parlamentario Popular, queremos agradecer la presencia nuevamente del consejero de Sanidad hasta esta Comisión... ante esta Comisión, y así como del equipo de la Gerencia Regional, encabezado por el gerente regional, don Rafael López Iglesias. Y además, aparte de agradecer esta comparecencia, agradecer las otras comparecencias que han tenido los miembros de su equipo, y que han sido tan provechosas para la comprensión de la situación de la sanidad de Castilla y León. Y encarecerle a que sigan manteniendo este nivel de comparecencias, ya que en otras Comisiones no es tan frecuente que los altos cargos comparezcan con esta frecuencia.

Se ha recordado aquí también, antes de empezar, que hoy se celebra el 30 aniversario de la Ley General de Sanidad, aniversario del cual todos nos tenemos que sentir orgullosos. Y, como dice la canción, si 20 años no es nada, 30, en este caso, sí son muchos, porque, desde luego, es una ley que es fruto de otros tiempos políticos, con otros políticos de otra raza y de otros anhelos, que hoy en día sería muy difícil de poder llevar a cabo.



Las listas de espera, y, por tanto, la demora a la hora de recibir una prestación sanitaria, son un problema común en todos los sistemas públicos de salud, en particular en aquellos organizados en un modelo similar a nuestro Sistema Nacional de Salud. En las décadas finales del siglo XX, en casi todos los sistemas sanitarios surgió una manifiesta disparidad entre la oferta y la demanda de asistencia sanitaria en general y, sobre todo, hospitalaria. Disparidad que ha puesto en el centro del debate político el problema de las listas de espera.

Este debate se ha visto imbuido por la concepción simplista y, por supuesto, interesada, tanto de partidos políticos como de organizaciones sindicales, e incluso de las propias organizaciones profesionales, de que las listas de espera se deben únicamente a una carencia de recursos, cuando es bien conocido, y es opinión unánime de todos aquellos que han analizado en profundidad y sin interferencias el problema de las listas de espera, que se trata de un problema multifactorial, habiéndose descrito hasta nueve factores que, actuando de modo interrelacionado, influyen en la génesis y en la evolución de las listas de espera en el mundo sanitario.

Esta concepción simplista e interesada, adobada por el tradicional discurso político catastrofista, tremendista y demagógico, se ha trasladado con éxito a la ciudadanía, y, en este momento, los ciudadanos, a nivel general, consideran que las listas de espera son únicamente un problema de falta de recursos. Es el momento de señalar que el aumento aislado de los recursos de modo coyuntural, sin otras medidas acompañantes en la gestión de las listas de espera, está demostrado que va acompañado, de modo casi inmediato –y digo casi, porque no es inmediato, pero es casi inmediato–, de un incremento de la demanda, y, por lo tanto, un nuevo aumento de las listas de espera –es el conocido fenómeno de retroalimentación de los recursos en la lista de espera–. Y que calificar la calidad de un sistema sanitario únicamente por las listas de espera, además de responder únicamente a intereses espurios, no refleja en absoluto la realidad.

La situación de las listas de espera refleja única y exclusivamente uno de los aspectos de la calidad del sistema sanitario, que es el de la accesibilidad a ciertas prestaciones, y no llega ni con mucho a tener la potencia como indicador sanitario de otras que, desgraciadamente, nunca son objeto de debate. Las listas de espera se encuentran en el centro del debate político, constituyen uno de los caballos de batalla de todos los servicios que conforman el Sistema Nacional de Salud, y, por supuesto, no nos cabe duda que todos los Gobiernos, sea cual sea su color, centran gran parte de su estrategia en su solución, no abordando con la misma dedicación otras estrategias que, de desarrollarse, sin lugar a dudas, supondrían una mejora notable en la calidad de los servicios asistenciales.

Este debate político, imbuido por el interesado simplismo y por la oportunidad que suponen las listas de espera como arma arrojadiza de la Oposición al Gobierno, ha producido ciertas sorprendentes afirmaciones. En esta misma Comisión de Sanidad, en uno de los debates sobre las listas de espera de la anterior legislatura, concretamente el diez de mayo de dos mil trece, el portavoz del Grupo Mixto en aquella ocasión, señor Valderas, dijo que lo mejor que podíamos decir de las listas de espera es que no son necesarias, no deberían de existir. Mientras que, por ejemplo, la gerente regional del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, doña Regina Leal, del Partido Socialista, en comparecencia sobre las listas de espera en la Comisión de Sanidad de las Cortes de Castilla-La Mancha, el pasado tres de febrero de este



año, a pesar del aumento evidente de las mismas en esa Comunidad desde junio a diciembre de dos mil dieciséis, no se refirió, tal y como estamos acostumbrados a escuchar, ni al sufrimiento de los pacientes que se encontraban en las listas de espera, ni tan siquiera a la catástrofe que significa este aumento para la población, ni a la horrorosa calidad del servicio de salud, sino que se despachó, textualmente, como que las listas de espera eran necesarias para el sistema público, y que respondían a la necesidad de planificar los recursos y planificar los procedimientos; clarísimo ejemplo esto de que una cosa es predicar y otra dar trigo.

Pues bien, señorías, en su justo término, ni las listas de espera son el único termómetro, ni siquiera el mejor termómetro que marca la calidad de un servicio de salud. Ni, por supuesto, son necesarias en el sistema público, sobre todo cuando te toca la responsabilidad de gobernar. Y existen y van a existir, porque en el modelo de sanidad público, universal y gratuito, del que, afortunadamente, disfrutamos en España, siempre, nos guste o no, gobierne el partido que gobierne, va a existir un desequilibrio entre la oferta y la demanda, y, por lo tanto, van a existir listas de espera. Otra cosa es que nos conformemos con su cuantía, y que no tratemos por todos los medios de que estas listas de espera sean razonables, y que, haciendo lo que clínica y terapéuticamente es preciso hacer, a un coste soportable para la sociedad.

Durante la última legislatura hemos tenido que hacer frente a una crisis económica que ha motivado tener que adoptar decisiones difíciles, en aras de mantener las prestaciones del sistema de salud. Entre estas... -perdón- entre estas decisiones, la supresión de la autoconcertación y la importante disminución de los conciertos quirúrgicos y de pruebas diagnósticas, sin lugar a dudas, han incidido de modo negativo sobre las listas de espera, aunque contribuyeron a evitar, junto con otras medidas, la pérdida de ciertas prestaciones en el servicio, que en otros... en otros sistemas de salud se han dado.

El sistema sanitario ha tenido que dar respuesta a ese desafío con un incremento de la actividad. Incremento que ha recaído directamente en los profesionales, pero no ha podido suplir el importante volumen de actividad que se llevaba a cabo con la autoconcertación y con el concierto externo. Durante la legislatura anterior, se incidió en las mejoras de la lista de espera, con el objetivo de frenar su incremento, y de la necesidad de priorizar la atención de los casos graves para asegurar en ellos una demora máxima de 30 días, consiguiendo que el 99,7 % de los pacientes de máxima prioridad fuesen intervenidos quirúrgicamente en menos de 30 días.

Esa priorización clínica en los procesos es pedida de modo reiterado por los profesionales, a los que no es sencillo hacer comprender que todos los procesos que se encuentran en la lista deban de resolverse únicamente mediante el criterio de antigüedad, y, así mismo, es bien comprendida por los usuarios. En el mismo sentido se han manifestado los usuarios en el barómetro sanitario del dos mil catorce, cuando, al ser preguntados por cuál debe ser el criterio de ordenación de la lista y a qué pacientes en espera quirúrgica debe intervenir prioritariamente, contestaban -el total de España el 87,1, y en Castilla y León el 90,4- que debe ser el criterio médico de prioridad o gravedad el que ordene las intervenciones de los pacientes en lista de espera. Esto es lo que inició la Consejería la pasada legislatura.

El Plan para la Reducción de Lista de Espera adoptado en dos mil trece, y dotado con 12 millones de euros, permitió adoptar medidas específicas, como dije antes, para frenar el incremento de las listas de espera, manteniendo un pequeño



volumen de conciertos de intervenciones y pruebas en el sector privado, buscando un mejor rendimiento quirúrgico con iniciativas como el refuerzo de la cirugía mayor ambulatoria, la adecuación a cada tipo de intervención y el aumento de utilización de los tiempos quirúrgicos y reducción de las suspensiones de intervenciones, y permitiendo la contratación de personal para completar equipos humanos que permitiesen aumentar el horario de apertura de quirófanos programados o el tiempo de funcionamiento de la alta tecnología -y antes el consejero nos ha comentado el discreto aumento de las plantillas dedicadas al mundo quirúrgico; discreto, pero aumento-.

De este modo, el número de intervenciones quirúrgicas programadas con recursos propios pasaron de 133.500 en el año dos mil once a 137.166 en el año dos mil quince, es decir, 3.660 intervenciones más. Mientras que las intervenciones realizadas bajo autoconcierto en aquel momento, 18.016, y 0 en dos mil quince, y con concierto externo 10.994 en dos mil once, frente a 6.111 en dos mil quince, son las que marcan la diferencia entre una absorción de unas... de unas patologías o no. En dos mil once, con concierto externo y autoconcierto, se realizaron el 17,6 % del total de las intervenciones, mientras que en el dos mil quince solo el 3,6 % de las intervenciones se realizaron con concierto externo.

Del análisis de actividad de consultas externas se recoge que en dos mil once se realizaron un total de 4.200.000 consultas en nuestros hospitales, mientras que en dos mil quince se realizaron cuatro millones casi cuatrocientos mil... trescientos noventa y tres mil. De ellas, 1.377.000, en dos mil once, eran en número de 30.000 mediante autoconcertación; mientras que en el año dos mil quince, sin ninguna y mediante autoconcertación, se realizaron mil... 1.366.800 consultas, es decir, se aumentó discretamente sobre el volumen inicial de consultas con recursos propios.

Así mismo, se ha asistido a un incremento en la actividad de pruebas (mammografías, TAC, resonancias y ecografías), reduciéndose en este momento el concierto externo de TAC a un 0,04 %, y en resonancia un 13 %, mientras que en año dos mil once este concierto suponía el 42 % de los estudios.

Las demoras existentes en Castilla y León son inferiores a la media existente en el Sistema Nacional de Salud, tanto en intervenciones quirúrgicas como en consultas de especialistas como en consultas de Atención Primaria y también en pruebas diagnósticas, aunque hay que reconocer que los datos relativos a las pruebas diagnósticas no pueden ser comparables por no ser... -perdón- por no ser homogéneos. Si comparamos los datos de diciembre de dos mil quince, últimos datos comparables en todo el Sistema Nacional de Salud, la demora media en Castilla y León era 80 días, mientras que en el conjunto del Sistema Nacional de Salud era de 87 días. Y aquí se ha cumplido un objetivo, que creo que es de justicia, y es que el 99,7 % de los pacientes con prioridad 1 hayan sido operados en menos de 30 días.

A pesar de esta situación, de ningún modo podemos sentirnos satisfechos, y resulta imprescindible establecer una serie de medidas estructurales que permitan mantener una situación de listas de espera evitable... estable -perdón-, en las que las coyunturas por las que atraviese el sistema en uno u otro momento tengan una menor influencia en su dimensionamiento. Tal y como se afirmó a principio de esta intervención, y tal y como se recoge en los estudios científicos publicados sobre la materia, las listas de espera en sanidad son el resultado de la interacción de nueve variables, variables que es necesario abordar si se quiere afrontar de modo serio el problema, evitando las actitudes coyunturales.



En esta línea, se ha presentado, por su parte, el famoso Perycles, plan dimensionado para su desarrollo en el periodo dos mil dieciséis-dos mil diecinueve, y que por su contenido, objetivos y estrategia sobrepasa con mucho el mero plan de choque de una lista de espera. Este plan, estructurado en 5 objetivos y con 25 indicadores de seguimiento, tiene como finalidad la disminución de las demoras y del número de pacientes en lista de espera, estableciendo criterios de gestión de la demanda y de priorización de pacientes, ofreciendo una información transparente, y todo ello, como no puede ser de otra manera, con el compromiso e implicación de los profesionales, ya que, sin lugar a dudas, sin esta premisa ningún plan sanitario es susceptible de cumplimiento.

En él se recogen medidas que no por conocidas a nivel teórico dejan de ser novedosas, ya que no son de aplicación frecuente en la gestión sanitaria. Así, la creación de las comisiones de programación quirúrgica, junto con la reorganización de los servicios asistenciales en favor de la potenciación de unidades de contenido clínico, como las unidades de continuidad asistencial, las unidades de diagnóstico rápido o la asistencia a las patologías crónicas en colaboración con Atención Primaria, van a dotar de transversalidad a la actual verticalidad organizativa de nuestros hospitales, permitiendo dirigir los recursos hacia donde están las necesidades reales.

Asimismo, aporta medidas conducentes a evitar la variabilidad en las indicaciones y en la práctica clínica, que no son de recibo en la asistencia tal y como se concibe en la actualidad, y que provocan situaciones paradójicas y de difícil explicación, como las que se producen cuando se objetiva la enorme diferencia en las tasas de indicación quirúrgica entre áreas de salud o la diferencia en la composición de agendas en las consultas externas entre los mismos servicios clínicos de diferentes hospitales. Propone una soberanía organizativa dentro de la corresponsabilidad en el logro de los objetivos, así como la comunicación entre los profesionales, tanto interniveles como dentro del mismo hospital. Perycles busca una integración efectiva entre Atención Primaria y Hospitalaria, y para ello es imprescindible contar con una historia clínica única, con protocolos y guías clínicas unificadas, y con pruebas diagnósticas y terapéuticas no duplicadas y coordinado... con coordinación y diálogo continuo entre niveles asistenciales.

Con todo ello, se pretende alcanzar, al final del año dos mil nueve, un total de 22.500 pacientes en lista de espera (518 en prioridad 1, 2.700 en prioridad 2 y 19.283 en prioridad 3), lo que supondría pasar de los 13,9 pacientes por mil habitantes actuales en lista de espera quirúrgica a 9,4. Objetivo ambicioso, pero creo que realista, y que por supuesto estamos obligados a intentar entre todos cumplir. Y que yo creo que todos los que estamos aquí deseáramos su consecución -y como imagino que todos los que están en la Consejería de Sanidad-, porque eso redundaría en el bien... en el bienestar y el beneficio de nuestros pacientes. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor portavoz del Grupo Popular, don Alejandro Vázquez Ramos. Para contestar a todos los grupos parlamentarios, tiene la palabra el excelentísimo señor consejero de Sanidad, don Antonio María Sáez.

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

Gracias, señora presidenta. Y gracias a los portavoces por sus comentarios y sus valoraciones, a los que intentaré... intentaré contestar.

El... hoy veinticinco de abril se conmemora, efectivamente, el aniversario de la promulgación de la Ley General de Sanidad. Yo creo que es un motivo de... de satisfacción, y creo que además hemos conseguido en... en España disponer de un sistema sanitario público, universal. Y precisamente ese carácter universal, de acceso del conjunto de la población, explica que este tipo de sistemas, para... y con el objeto de regular la demanda, deben tener algún tipo de organización, y necesariamente deben tener -y así es lo que ocurre en todos los sistemas de estas características- algún tipo de filtro de la demanda y, por lo tanto, de demora para evitar disponer de importantes recursos que no estén en funcionamiento. Por eso, cuando alguna portavoz de algún un grupo dice: es que no se han planteado ustedes un objetivo ambicioso, el problema no es reducir las demoras, sino eliminarlas. Esto, en un sistema universal, yo creo que, sensatamente, es imposible, porque tendríamos que tener, insisto, recursos ociosos para poder garantizar que las fluctuaciones... que la evolución de la demanda, sin esa regulación de las... de las colas, de las esperas, sería, insisto, materialmente imposible. Sería una cierta temeridad el... el tener recursos obsoletos... perdón, ociosos en un sistema como el nuestro. El problema es hasta dónde son razonables esas demandas, esas esperas, en un sistema público como el nuestro.

Desde luego, la portavoz del Grupo Socialista planteaba yo creo que alguna cuestión importante. Claro que la... hay que distinguir la urgencia, la gravedad, de otras situaciones. De hecho, creo que no lo he dicho antes, pero en nuestro sistema, en Castilla y León, el 25 % de las intervenciones quirúrgicas que se realizan son de carácter urgente. Eso también da una idea de una resolución, precisamente por el carácter urgente de la situación, que se produce con rapidez. Esto no es... no es mérito de la agilidad del sistema, sino de la urgencia del caso, pero, bueno, también hay que decirlo, el 25 % de las intervenciones son de urgencia.

Del resto, pues naturalmente hay que organizarlo en términos de... de prioridades clínicas. Yo creo que eso deduzco que, por lo que han planteado todos los portavoces, lo compartimos. El problema es cuando ustedes sitúan, desde la Oposición, y... y qué límites debemos asumir y podemos asumir, vienen a decir: bien, está bien que las situaciones de urgencia se... se resuelvan con urgencia, que las situaciones graves se resuelvan con rapidez. Y entramos en el debate de las situaciones no graves y de cuál sería lo razonable en términos de espera. Dice la portavoz socialista: es que, claro, qué ocurre con esos 28.000 pacientes en prioridad 3. Y ponen algunos ejemplos. Bueno, pues yo le digo, el 87 % de esos pacientes en prioridad 3 son intervenidos en un periodo que no supera... o no están en espera más allá de los 180 días. ¿Es mucho? Pues seguramente debemos intentar acortarlo, pero el 87,6 % de los pacientes prioridad 3 no esperan más de 180 días, a pesar de que el propio criterio dice... o no establece un tiempo de espera, porque dice que... que el... al no revestir gravedad, no va a tener consecuencias. ¿Las puede tener en la calidad de vida? Naturalmente, pero... pero esto es algo... ¿O en la angustia de los propios pacientes? Sí, esto es indudable. También es algo necesariamente asociado a la pérdida de la salud y a la enfermedad, necesariamente.



El problema es cuando ustedes hacen un ejercicio retrospectivo que en la práctica no es imposible hacer. Y dicen: es que, claro, desde que a alguien le empezó a doler algo hasta que se le interviene, no es el tiempo de espera para la intervención quirúrgica, hay que retrotraerse mucho más. Bien, y tienen razón.

¿Cuál es el problema? Cuando nosotros intentamos analizar eso... es más, yo lo he planteado antes, que vamos a intentar hacer un piloto, un pilotaje, para intentar construir un índice de demora oncológica vinculado al cáncer de mama. Precisamente para analizar esto, precisamente para analizar qué ocurre desde que una mujer tiene una molestia, o percibe un bulto en el pecho, qué ocurre, cuánto tiempo tardamos en hacerle una mamografía, cuánto en hacerle, en su caso, una intervención, en radioterapia, en quimio, en lo que corresponda. Esto, fíjense ustedes, es difícil hacerlo en cualquier otro proceso, porque ¿dónde empiezan las cosas? Un dolor abdominal que no es recurrente puede obedecer a muchísimos procesos. ¿Cuándo debe alertar de que puede ser un proceso potencialmente grave? En el cáncer de mama, por razones anatómicas y por razones obvias, es más sencillo intentar construir un índice de demora o de trazabilidad de lo que hemos hecho, pero en el caso de... de un cáncer de colon, que puede comenzar con una sintomatología difusa dos años antes de que se diagnostique, esto es mucho más complicado, porque incluso sintomatología como un... sangre en heces no siempre orienta hacia un cáncer de colon. En fin, que esto tiene su complicación. Analizarlo como lo hacen ustedes, retrospectivamente, es muy sencillo, pero en la práctica es muchísimo más complicado. En cualquier caso, lo que sí que les puedo decir es que, de esos pacientes prioridad 3, el 87,6 % fueron intervenidos antes de transcurrir 180 días. Y efectivamente que eso tendríamos que mejorarlo e intentar acercarnos o llegar al 100 % de esos pacientes.

Y, luego, la portavoz socialista, claro, como... como abandona, de alguna manera, el argumento de que estamos privatizando la sanidad –yo creo que la realidad de los hechos le impide sostenerlo–, cuando decimos que se ha reducido a la mitad la concertación de actividad quirúrgica, pues claro, ustedes no pueden argumentar que estamos privatizando la actividad quirúrgica o la sanidad, porque los datos dicen lo contrario: estamos reduciendo la actividad privada concertada en cirugía y en otros temas. Y, entonces, claro, utiliza el esquema y el argumento, que es un poco perverso, de decir: claro, claro, como hay gente que está esperando, ustedes –espero que no sea deliberado– lo hacen para que la gente tenga que pagarse un seguro privado o una intervención privada. Oiga, yo no... naturalmente que puede haber casos en los que eso ocurra, pero yo insisto: de los casos no graves, los casos prioridad 3, cerca del 90 % se intervienen en esos 180 días, que, dada las características de esos procesos, entiendo que es razonable, y que deberíamos mejorarla.

Y, después, claro, hace... hace una valoración que depende de qué... de qué datos comparativos utilicemos. Yo creo... yo he insistido en ello: después de un incremento inicial de las demoras quirúrgicas, desde ese momento, en que estábamos en 39.000... más de 39.000 pacientes, la situación actual, tres años después, ha mejorado; claro que ha evolucionado de una manera relativamente estacional, como ocurre siempre con la lista de espera quirúrgica. Y yo lo decía antes: este año ha habido una media de ocho días más de días de libre disposición por parte de los profesionales de la sanidad, y eso naturalmente que influye; en un trimestre, que tiene sesenta días de jornada ordinaria, ocho días más, si lo juntas a alguna coincidencia de puentes y de... y de festivos, pues claro que influye. De manera que todo



son factores. Pero, claro, usted utiliza a veces los datos escogiendo, de una manera relativamente aleatoria, las comparaciones que realiza. Yo creo que, con carácter global -insisto-, los datos no son malos, son mejorables, y tenemos la obligación de mejorarlos.

Y el portavoz del Grupo Ciudadanos, claro, el señor Mitadiel utiliza el mismo argumento, utiliza el argumento retrospectivo. Que sí, que se puede utilizar, pero que en la práctica es poco útil desde el punto de vista de la... de la toma de decisiones. Un dolor, una molestia, no siempre conduce a una intervención quirúrgica; en los casos en que es así, usted hace el análisis retrospectivo, pero ¿y en los casos en que no es así? Los clínicos se tienen que guiar por la frecuencia, por la sintomatología acompañante, por las exploraciones, etcétera.

Yo creo que también reconoce su señoría -y yo... me parece eso bastante positivo- el hecho de que, cuando se hacen los diagnósticos -dice usted-, cuando ya se han detectado y se han diagnosticado las cosas, todo transcurre más rápido. Efectivamente; entonces, tendremos que afinar en esa fase previa, que nos permita discriminar, desde el punto de vista de la sintomatología, del diagnóstico, de las exploraciones, cada uno de los casos.

Y plantea usted también otro tema -en el que ha insistido el portavoz del Grupo Mixto y también del Grupo... la portavoz del Grupo Podemos-: ¿es suficiente una reorganización?, ¿son suficientes las medidas de eficiencia? Desde luego, yo no excluyo que pueda haber medidas que mejoren la financiación y que incrementen los recursos, no lo excluyo, pero el propósito de este plan es más estructural y es de mejora de la eficiencia. ¿Que tenemos más recursos? Bien, bienvenidos sean, y les pondremos a disposición de la reducción de las demoras. Pero, si el plan se condiciona a eso, no tendrá medidas estructurales que nos permitan mejorar las cosas.

Decía la portavoz del Grupo Podemos: en el fondo, esto es un desfase entre la oferta y la demanda. Y de alguna manera esto es así, sí; pero, claro, usted no se hace la pregunta que yo sí que me hago: ¿la oferta es eficiente?, ¿la demanda es razonable? Porque, efectivamente, ese desfase existe, pero mi hipótesis es que la oferta no es suficientemente eficiente y que la demanda no es razonable. ¿Por qué no es eficiente la oferta? Pues -yo lo he señalado antes- porque tiene todavía... hemos identificado muchas ineficiencias que pueden mejorarse. El señor Mitadiel lo decía también antes, lo insinuaba; esa, por ejemplo, relación entre Atención Primaria y Hospitalaria, que es de derivación, que no es de continuidad, nos está haciendo duplicar algunas consultas de especialista, porque no hemos conseguido... -y esto es un problema de los clínicos y, sobre todo, de la organización- no hemos conseguido que eso tenga continuidad y esté definida en un proceso asistencial.

Fíjense, la enfermedad... -perdón- el proceso más frecuente en los hospitales, que no es una enfermedad, como es el parto y el puerperio, es seguramente el que mejor tengamos definido, porque desde que una mujer sabemos que está embarazada, está pautado las revisiones que tiene que hacerle su médico de familia, qué debe hacer la enfermera del centro de salud, qué debe hacer la matrona, cuándo debe consultar al ginecólogo, qué le... qué determinaciones debe hacer el ginecólogo, qué debe hacer la matrona del hospital, cuándo ingresar, qué se hace en el puerperio, no sé qué. Eso está muy bien definido, curiosamente, en el proceso que atendemos con mayor frecuencia en los hospitales, que no es una enfermedad. Si consiguiéramos esto en otros procesos de atención, seguramente eliminaríamos una



proporción no pequeña de consultas de especialista hospitalario, en las que todavía, a veces, en algunos servicios, el paciente va a consulta, valora; a partir de ahí, pide pruebas; le tiene que citar a una segunda consulta una vez que tenga la prueba; y esta... esta organización, identificamos que ahí hay algunas ineficiencias, en la oferta, pero también en la demanda. La propia... la propia variabilidad clínica lo pone de manifiesto.

Y no se preocupe, señora Muñoz, los médicos no van a recibir presiones. *[Murmulló]*. No, no, mire usted -se lo voy a leer-, qué dice... qué dice la Sociedad Española de Biopatología, los responsables de laboratorios clínicos, no hacer, que debe no hacerse, es curioso: "Repetición del perfil lipídico en menos de dos años en pacientes diabéticos con bajo riesgo de dislipemia y enfermedad cardiovascular". Esto es lo que dicen los expertos, la sociedad científica, esto no lo hace un genio, esto lo hacen un grupo de especialistas en análisis clínicos. Esta es la presión -si lo quiere llamar usted así- que debe recibir un médico, saber... *[murmulló]* ... -sí, sí, claro- saber que no debe... saber que no debe repetir un perfil lipídico, salvo en estas circunstancias. ¿Qué "presiones", como usted dice, debe recibir -entre comillas- un médico? Pues, fíjese, le leo cualquiera otra: "Estudios de radiología convencional para descartar metástasis óseas". Esto es lo que dice la Sociedad Española de Radiología. O no hacer pruebas de imagen en lumbalgias que no tienen antecedentes de riesgo. ¿Sabe usted cuántas pruebas de imagen se hacen ante una lumbalgia? Muchas. ¿Por qué? Pues porque el paciente, en la consulta, dice que le duele; pues porque es una... es una costumbre por parte del médico; porque el paciente dice... si no, dice estas cosas de: es que fui y no me hizo nada, no me pidió ninguna prueba; y, bueno, pues por descartar cosas. Pero, cuando los expertos de la Sociedad Española de Radiodiagnóstico nos dicen que, salvo en estas circunstancias, no debe hacerse pruebas de imagen ante una lumbalgia aguda sin determinados antecedentes, eso es lo que estamos hablando de reducir la variabilidad.

Porque en los últimos... en las últimas décadas, en España y en Castilla y León -y eso es algo que no se ha analizado bien-, uno de los factores que contribuyen al incremento del gasto sanitario no es tanto el envejecimiento, que tiene una aportación al gasto sanitario relativamente importante; no es el incremento de los precios de los factores; un factor fundamental es el incremento de la prestación media, y lo que antes se resolvía con pocas pruebas diagnósticas o de tratamiento, hoy se hacen muchas indicaciones muy repetidas a lo largo del tiempo, y eso es lo que... una de las líneas de trabajo que nos estamos planteando de lo que no hay que hacer. Y lo que no hay que hacer no lo debe decir ni el consejero ni el gerente regional de salud ni el gerente del hospital, deben ser este tipo de documentos, y debemos ponerlo al servicio de lo que es la sanidad, que es una organización profesional fundamentada en el conocimiento científico. De manera que no se preocupe usted, porque no son esas presiones, sino esas recomendaciones las que vamos a ir trasladando.

Y es lógico que un jefe de servicio se siente con sus facultativos y diga: ¿por qué en un caso la variabilidad es "a" o "b"?, ¿por qué un cirujano hace una media de 380 intervenciones quirúrgicas al año y otro de 490? Y, en muchos casos, la respuesta es: porque las que yo hago son más complejas, y ya está, pero, en otros casos, eso tiene que ver con el funcionamiento de ese servicio. ¿O por qué el servicio del hospital "a" indica el doble de cataratas que el mismo servicio del hospital "b"? Eso es lo que nos tenemos que preguntar también, y eso es lo que estamos planteando en



términos de reducir la variabilidad y de difundir las recomendaciones de lo que no se debe hacer. También, curiosamente, fíjese cómo los llama la Sociedad Española de Biopatología, denomina a estas... este documento: "Decisiones inteligentes desde el laboratorio -dos puntos-: de elegir sabiamente a no hacer"; las dos cosas. Y esto es lo que estamos también -como digo- tratando de difundir, y no de plantear presiones a los profesionales; los profesionales tienen perfecto conocimiento de las cosas y tienen prácticas variables que conviene, en algunas ocasiones, reconducir.

No puedo compartir con usted un comentario que hace y se lo atribuye al... creo que se lo atribuía al Partido Popular, diciendo que hay vicios de origen más allá de la situación de crisis económica, de los recortes, cuando dice que el Partido Popular lo que proclama son las ventajas de lo privado sobre lo público. Oiga, mire usted, yo, desde luego, no se lo he oído al Partido Popular, no se lo he oído al Grupo Popular. Yo veo los compromisos electorales del Partido Popular, el programa del gobierno de este Gobierno, lo que yo estoy planteando, y, desde luego, de ninguna de las maneras puedo compartir eso. Yo no creo que existan ventajas de lo privado sobre lo público en sanidad, de ninguna de las maneras. Por eso, yo apuesto por una sanidad pública, universal y gratuita, en los términos que hoy conmemoramos, un aniversario, de la Ley General de Sanidad; por cierto, un modelo, ese, que considera la iniciativa privada como complementaria, de la manera que lo hacemos en Castilla y León. Yo creo que es muy buen ejemplo. Somos la... no recuerdo si la tercera o la cuarta Comunidad que menos concierne con el sector privado, y, por lo tanto, eso es complementario a un modelo de sanidad pública, que es el que tenemos, y ahí nos vamos a mantener. Por lo tanto, en fin, usted plantéelo como quiera, pero no es esa... un planteamiento que esté haciendo el Partido Popular y, desde luego, el Gobierno, que está orgulloso de la sanidad pública que tenemos.

No entro en el debate sobre el cambio del 135 de la Constitución, porque yo creo que nos lleva a otros terrenos. Yo solo le puedo decir una cosa: cuando... cuando yo fui nombrado consejero, esta... la sanidad de Castilla y León tenía una deuda importantísima con los proveedores; la sanidad en España debía 16.000 millones a los proveedores. Nos podíamos haber mantenido en esa ficción, ¿pero sabe lo que hubiera ocurrido? Que a ese ritmo no íbamos a poder pagar, no ya a los proveedores, sino la nómina a nuestros profesionales. Y, cuando uno no tiene para pagar, algo tiene que hacer. Pero, en fin, no es el debate de hoy el cambio del 135 de la Constitución.

Insiste usted, señora Muñoz, en los recortes o en los menores recursos. Yo le daba datos de los... de los servicios quirúrgicos; ahí no es... no es cierto, o sea, no responde a los datos objetivos. En diciembre del doce teníamos 296 anestesiistas, en marzo del trece tenemos 320; de los 14 servicios quirúrgicos, pues en todos se ha mantenido, se ha incrementado ligeramente, en algún caso ha bajado algún efectivo, pero, globalmente, teníamos 1.663 facultativos, entre anestesia y servicios quirúrgicos, y tenemos 1.674. Luego no hay menos recursos. Es que esto es evidente. Entonces, no lo atribuya usted a la reducción de recursos, que no se ha producido.

Es que, claro, le vuelvo a contar la anécdota que me contaba mi mujer; trabaja en un... en un centro de especialidades. Le fue a visitar un amigo y le decía: ¡juy!, ¿cómo estaréis? Mucho trabajo, ¿verdad? Sí, sí, no está mal, no está mal, estamos bien de trabajo. Ya, ¿pero con los recortes? Y mi mujer: no, no, no, pues aquí no... hemos notado más trabajo, pero no especialmente recortes. Ya, pero habrá menos personal. No, no, aquí somos los mismos. Entonces, esta persona no había manera



de convencerla de que estaban trabajando los mismos profesionales; que sí, que tenían más trabajo, porque había más demanda, pero no se habían producido recortes. Y me recuerda un poco a sus argumentos. Yo le digo: más... no hay menos, sino unos pocos más profesionales en las áreas quirúrgicas, y usted atribuye la lista de espera a los recortes. Si usted considera recortes la reducción de los conciertos, entonces ya estamos hablando de otra cosa, estamos hablando de otra cosa, pero, desde luego, no en los recursos públicos, que -insisto- se mantienen en este aspecto.

Fíjese usted, le animo a que valore una cuestión importante. ¿Sabe usted cuál es buen indicador de cómo ha evolucionado el personal? El censo electoral de las elecciones sindicales; en marzo de dos mil dieciséis ha habido elecciones sindicales, en marzo del dos mil doce hubo elecciones sindicales. No habrá usted escuchado ningún... ninguna crítica a que alguien haya dejado de perder el derecho al voto en las elecciones sindicales, los sindicatos se hubieran... han estado atentos, y, desde luego, se ha garantizado que todos los que tenían derecho a participar en las elecciones sindicales lo han hecho. Pues compare usted los censos de los dos años, ¿y sabe usted lo que se deduce de ello? Que el número de efectivos (personal en plantilla fijo, interinos, eventuales, sustitutos, etcétera), todos, se ha reducido en un 0,8 %, entre dos mil doce, marzo, y dos mil dieciséis; en cuatro años, una reducción del 0,8 %. ¿Sabe usted cuál ha sido el aumento de la jornada laboral en ese periodo? De un 7 %. Es decir, tenemos un 0,8 % menos de efectivos, pero tenemos un 7 % más de jornada laboral. ¿Dónde está esa reducción? Claro, usted puede creer esto o no. Yo le puedo dar los datos oficiales, los que les doy de los servicios quirúrgicos, el censo de las elecciones sindicales, que es público. Que, insisto, imagínese que hubiéramos privado del derecho a votar a no sé cuántos trabajadores, la que se hubiera montado. De manera que me parece que es una cuestión obvia, salvo que usted -insisto- considere que es un recorte reducir las peonadas, por ejemplo, o los conciertos con los centros privados. Bien.

Y, finalmente, hay un debate que han planteado... que han planteado todos los grupos: ¿es suficiente con un Plan de Reorganización y de Mejora de la Eficiencia? Yo digo dos cosas: yo creo que este plan nos va a permitir reducir en ese entorno de un 32 % el número de pacientes en lista de espera quirúrgica; que nos va a permitir reducir en un 24 % la demora media, y dar una respuesta más ágil a consultas y pruebas diagnósticas. ¿Que si es posible incorporar al sistema recursos adicionales, que seguramente lo tengamos y vaya a ocurrir? Pues estas cifras pueden mejorar. Pero, desde luego, que un cambio estructural en la organización nos puede permitir mejorar estas cosas, a mí no me cabe ninguna duda. ¿Que seamos capaces de conseguirlo? Pues vamos a irlo valorando progresivamente. Pero insisto que hay situaciones de insuficiente... de insuficiente organización, de ineficiencias, que podemos mejorar y que, con eso, podemos mejorar no solamente reducir las demoras, sino mejorar los resultados.

Y, finalmente, un último comentario a lo que planteaba el señor Sarrión, respecto a la Ley de Garantías, la iniciativa del Grupo Socialista de la semana pasada. Yo creo que cuando se ha explorado esta... esta alternativa, no ha conducido a nada. El otro día se aportaban esos datos: hay tres Comunidades que han elevado a rango de ley las garantías para las demoras quirúrgicas, y sus resultados son bastante peores que los nuestros, e incluso han empeorado en el tiempo. Por lo tanto, una Ley de Garantías que no garantiza nada... Sí, usted lo ha dicho muy bien: garantiza el



debate público. Pero, al final, si donde se ha aplicado, el resultado para los pacientes es que ha empeorado las demoras, bienvenido sea el debate público, construyámosle y aportemos todo lo que queramos, pero hacer una ficción con rango de ley de algo que no resuelve un problema, a mí no me parece la alternativa más adecuada. El debate público, de acuerdo. Ese es uno de los sentidos en los que tiene hoy también comparecer ante esta Comisión.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, excelentísimo señor consejero, por sus explicaciones. Pasamos ahora a un turno de dúplica. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra, por un tiempo de cinco minutos, la señora procuradora doña Mercedes Martín Juárez.

LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Gracias, señora presidenta. Gracias, señor consejero, por comentar lo que usted ha dicho al final, que una propuesta con rango de ley no solucionaría el problema, y las estrategias griegas, pues ya... ya veremos, ya veremos. Hasta ahora tampoco lo han solucionado.

Mire, decía usted que en el Grupo Socialista utilizamos los datos como... como nos interesa y que estamos buscando un mal dato para compararle con... Y usted, usted también lo hace, ¿o no? Dice que es evidente que los 23.000 que tenemos ahora en lista de espera quirúrgica son muchos menos que los más de 39.000 que teníamos en aquel primer trimestre de dos mil trece. Claro, sí, sí, son menos. Y también son muchos más que los 19.000 que teníamos en diciembre de dos mil once. Claro, es que todo depende de cómo lo mires. Pero, en fin, a partir de ahí, usted dale que te pego.

Los demás dice que estamos empeñados con los recortes, y usted con negarlo. Pero, señor consejero, si es que es evidente. Y volvemos a remitirnos hasta que empezó lo más duro, que era a partir de dos mil doce. Pero los Presupuestos de dos mil once, yo creo recordar que eran 3.452 millones; mientras tanto, hemos pasado ahí, en dos mil once... en el doce, en el trece, por 3.197, 3.238. En fin, que yo sepa, también son menos 3.200 que 3.400. Es decir, señor consejero, es que eso también es negar... negar la evidencia. Aunque yo estoy de acuerdo en que tampoco más financiación sea la panacea y todo lo solucione, claro que no. Pero usted mismo nos lo ha recordado en su primera intervención: con estos datos tan alarmantes de dos mil trece, ese Plan de Reducción, o plan de choque, o como quiera que lo llamemos, se utilizaron 12 millones de euros, 2,9 en ese incremento de los 156 contratos en el propio sistema público, y los algo más de 9.000.000 en derivaciones al dispositivo privado. Según usted mismo argumentaba, y es verdad, esos contratos, en el propio sistema público, que se mantuvieron también a lo largo de dos mil catorce.

Por lo tanto, ¿que solo la financiación no garantiza mejores resultados? Vale, si podemos estar de acuerdo. Pero, tal y como plantean ustedes en este Plan Estratégico de Eficiencia, Control y Reducción de las Listas de Espera –este... este nombre larguísimo, bautizado, para que nos entendamos, con Perycles I; a ver si usted luego es Perycles II, el gran estratega de Castilla y León–, pero ustedes dicen aquí: 5 objetivos y 25 indicadores. Y con los 5 objetivos estamos de acuerdo: disminución en



las demoras, gestionar la demanda, priorización de pacientes, comprometer a los profesionales e información y transparencia. Sí, pero si es que esto ya es lo que se venía haciendo, ¿o no? Porque, hasta ahora, señor consejero, suponemos que se venía trabajando en disminuir las demoras, en gestionar las demandas. De hecho, y además coincide –si no quiero aludir a nadie–, el propio director general de Asistencia Sanitaria, Palencia siempre ha tenido unos buenos datos, mucho más optimistas y valorables y positivos que otros hospitales de su dimensión, y me refiero, por ejemplo, al de Ávila, al de Segovia, a los de Zamora. Sin embargo, bueno, al gerente antiguo de Palencia se le ha premiado, ha ascendido; pero otros, ahí siguen. Que a lo mejor no había que premiarles, sino había que cesarles, porque no siempre tiene que ver con la dimensión del hospital, o con más recursos, es verdad, sino con gestionar bien. Y si un hospital de unas características puede mantener una demora media de 30 días, el de las mismas características no puede tener 80; algo pasará, digo yo también.

Por lo tanto, la disminución de demoras, la gestión, la priorización de pacientes, si ya se venía haciendo. Luego esto solo, por sí mismo, no va a solucionar el que de estos 28.000 que tenemos ahora en prioridad 3, según usted, esa disminución en torno al total de algo más de un 30 %, y en la demora media de un 23, o de un 32 y un 23 –creo recordar que dijo–, en ese tope hasta dos mil diecinueve. Pero eso, claro, ¿qué significa? Que en dos mil diecinueve, alrededor de dos mil diecinueve, estaríamos en un total de 22.000 enfermos en lista de espera. Pero, claro, será si no arrastramos a estos 28. Dice usted que estos enfermos de nivel 3, que no tienen por qué tener un plazo, pero tenemos un decreto que dice que el plazo máximo establecido en Castilla y León es de 180 días, que a un altísimo porcentaje, a un 87, cercano al 90, se les va a operar no más allá de 180 días. Pues entonces, a finales de octubre tendría que estar liquidado, ya no tendríamos ninguno, ¿no? O, como máximo, al inicio de dos mil diecisiete.

Quiero decir, porque todos conocemos que esta demanda que tenemos ahora mismo sin resolver no es estable, que va a ir incrementándose progresivamente, y todos los días, seguramente, se van a añadir más enfermos a la lista de demanda de consultas de especialistas, de pruebas diagnósticas. Y, por lo tanto, como decía antes también el portavoz de Ciudadanos y decimos nosotros, que la lista de espera quirúrgica no se engrosa más porque los tenemos ahí acumulados en todo ese peregrinaje, mientras esperas para el especialista, para la prueba diagnóstica y etcétera, etcétera.

En fin, como veo que se ha acabado el tiempo, señor consejero, que no vaya a pensar que esta estrategia de nombre larguísimo, nosotros no nos parece en algunas cuestiones razonables. Por otro lado, lo que ya se venía haciendo. Los resultados están ahí. Esperamos que... que tenga éxito y que realmente solucione los problemas, pero si los problemas son muy serios y aparentemente se quiere hacer lo mismo –eso sí, con los mismos recursos que tenemos–, desde luego ya confiar en Perycles, en usted y en el milagro de los panes y los peces, que con uno hacer cien –o como fuera aquello, ahora mismo ya no me acuerdo del milagro, pero algo parecido–, pues también permítanos que dudemos. Pero, en fin, si se compromete a una evaluación periódica, pues iremos viendo, y ojalá salga bien. Muchas gracias.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):**

Gracias, señora procuradora Mercedes Martín. Pasamos al Grupo Ciudadanos. Por parte de don Manuel Mitadiel, tiene también cinco minutos para... también, para su exposición.

EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:

Muchas gracias, presidenta. Voy a... a intentar ser muy breve y dedicar esto sobre todo a las cosas que no... que no pude decir durante la primera intervención.

Primero, un olvido: muchas gracias por... por su comparecencia, aunque me gustaría que alguna vez no nos enterásemos de los planes de la Consejería a través de los medios de comunicación, sino al mismo tiempo que los medios de comunicación. Bien, pero, a pesar de todo, muchas gracias por su comparecencia.

Segundo. No mitifiquemos los números. Dice usted que, a pesar de la crisis, se ha pasado de 39.000 pacientes en lista de espera en no sé qué fecha a 33.000 en estos momentos. Pero, como le dije antes, todo esto es absolutamente interpretable. Si en lugar de tener en trauma una espera media... no lo sé, las que tengamos, noventa y tantos días, en... en consultas... en consultas externas, o tener, me parece que tenemos... bueno, pues del orden de 11.000-12.000 pacientes en traumatología, en consultas externas pendientes de... de ver, la lista de espera fuese menor, lo que tendríamos sería mucha mayor lista de espera quirúrgica. Al contrario, podemos convertir estos 33.000 en 16.000 si conseguimos que la lista de espera de las consultas de todas las especialidades quirúrgicas, en lugar de estar en 60 días, estén en 180. No... se nos desaparece la lista de espera quirúrgica.

Es decir, vamos a ser serios, vamos a utilizar los datos de manera que nos ayuden a analizar las cosas, pero no creamos las cosas a pies juntillas. Por ejemplo, me... dice usted que la demora media en la prioridad 1, a treinta y uno de marzo, le he creído entender que era 21 días. No lo sé si tendría bien el dato, pero miro yo el portal de salud de la Junta de Castilla y León y veo que dice 11 días. Por cierto, los mismos 11 días que decía en el caso de... de septiembre, a pesar de que resulta que las demoras medias de la mayor parte de los hospitales, por lo menos de los más grandes, de los que tienen más casos, han crecido. Y dices, no sé, ya no entiendo cómo se hacen las medias ponderadas. Resulta que crecen las demoras medias cuando... en los números de más casos, y seguimos teniendo la misma demora media. Seguramente pueda haber algún error, o seguramente soy yo el equivocado, pero bueno, lo... Insisto, vamos a analizar los datos y vamos a... a verlos con relatividad.

Otro... otro de los temas. Bueno, como una... como una conclusión, que el volumen de las listas de espera quirúrgicas dependen fundamentalmente de las... no solo de los... de los pacientes que se operen, sino de la situación de las listas de espera, tanto en pruebas como en consultas.

Hablaba de la trazabilidad de procesos oncológicos. Ya lo sé que... que determinar el punto cero es un tema complicado, es un tema, digamos, no pacífico, por decirlo de alguna manera. Pero lo que sí es cierto es que, incluso con problemas de definición del punto cero, el incorporarlo... y por eso la... la propuesta nuestra esa, que se está en algún cajón por ahí perdido, que no sale nunca, del índice de demora oncológico, tiene que aportar algo, incluso aunque... después de que en... hayamos determinado, por ejemplo, un punto cero magnífico, aunque hay que analizarlo, es



en el momento en el que el médico de Atención Primaria remite al especialista con la sospecha de un determinado proceso. Bueno, ese puede ser. Hay que... hay que matizarlo, porque, evidentemente, tiene... tiene sus problemas. Pero, en todo caso, pongámoslo en marcha, porque nos enseñará algo más sobre las verdaderas esperas, sobre las esperas a las que hacemos nosotros referencia, que no es solo desde que un médico decide incluirlo en la lista de espera quirúrgica.

Después, temas como autoconcertación. Pues la verdad es que estoy de acuerdo con usted en que la... la autoconcertación, las peonadas, han tenido un efecto perverso, pero que también hay elementos y posibilidades de que no surtan esos efectos, como, por ejemplo, la fijación de unos mínimos sin los cuales no existe concertación. Es decir, si la actividad habitual es tan... no... no se cumple, no hay posibilidad de autoconcertación, porque es... Entonces, se produce que están derivando procesos de la mañana a la tarde. Pero sí que le digo una cosa, dice usted: estamos ocupando las tardes. Bueno, de aquella manera, ¿eh? O sea, quiero decir, evidentemente, las tardes se pueden y se deben ocupar mucho más, sobre todo cuando tenemos un equipamiento muy caro y que hay que amortizar; y en esto habla el economista, pero también el sanitario. Vamos a... a intentar utilizar durante más horas ese equipamiento.

Y bien, acabo, aunque había prometido que no iba... no iba a utilizar los cinco minutos, diciendo que los objetivos, efectivamente, me parecen muy ambiciosos, pero... que me parecen razonables para un plazo de cuatro años, pero que, de verdad, van a... para cumplirlos, van a requerir, primero, un esfuerzo de convencimiento y... no solo de organización, de convencimiento a los médicos muy importante, un convencimiento que solamente se puede realizar desde la autoridad científica. Y también va a necesitar de más medios, de más medios; entre otras cosas, la reposición de un equipamiento que está absolutamente obsoleto en áreas como la radiología. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señor procurador, don Manuel Mitadiel. Por el Grupo Parlamentario Mixto tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, el señor procurador don José Sarrión Andaluz.

EL SEÑOR SARRIÓN ANDALUZ:

Bien, muchas gracias, presidenta. Nada, con muchísima brevedad. Yo me sumo a la petición de relativización de datos que ha realizado el señor Mitadiel, pero yo añadiría otro elemento de relativización, que es la cuestión de los grados de prioridad; y me explico. Esto va en base a la argumentación que realicé en la anterior intervención acerca de las consecuencias sociales, socioeconómicas, que tiene la lista de espera. Esto, ¿qué ocurre? Que, entonces, el grado de prioridad que entendemos desde un punto de vista sanitario que tiene un problema, no lo es tal desde el punto de vista socioeconómico. Quiero decir, un problema como es una hernia, como es un juanete, como es una catarata, como es cualquier tipo de intervención que, desde un punto de vista sanitario, puede tener una consideración determinada, desde el punto de vista del impacto que tiene en la vida del paciente tiene otra bien distinta. No si uno es, por ejemplo, procurador en Cortes, ¿eh? Yo no tendría ese



problema. Pero sí lo tendría, por ejemplo, un compañero, como yo conozco casos, de carpinteros, de trabajadores autónomos, de autónomos... falsos autónomos, de lo que se llama el mercado, de gente que se encuentra en situación, como digo, de precariedad laboral, que es el 90 % de lo que... de lo que se crea. Es decir, personas -camareros, trabajadores de todo tipo- que sencillamente el problema de tener una lista de espera de este tipo es que les impide trabajar, porque tienes un problema, pues que sencillamente no puedes andar con normalidad, que no puedes moverte, que no puedes realizar una actividad física normal. Y eso te puede generar problemas a muy... de mucho nivel, ¿no?, mucho más allá de la cuestión puramente biológica y puramente sanitaria.

Por eso, yo creo que la gravedad va más allá de lo que dicen los datos, y que cuando hablamos de los grados de prioridad no estamos teniendo en cuenta que en el grado de prioridad 3 hay una prioridad que va más allá de la mera prioridad sanitaria, ¿no? Por eso yo introducía el debate socioeconómico y planteo que, precisamente en tiempos como los que estamos viviendo, el problema de las listas es especialmente grave. Y por eso también planteo que me va a parecer difícil que se pueda realizar sin recursos, sin aumentar las plantillas o sin aumentar el número de facultativos, cuando precisamente una de las cuestiones que se plantea como solución es la utilización de los quirófanos en horario vespertino, y cuando se plantea que precisamente allí donde se ha realizado ha sido algo positivo, pues precisamente entiendo que será la ampliación de personal lo que podrá posibilitar esa medida que es tan sencilla y tan positiva, ¿no?, desde todos los puntos de vista.

Sí me gustaría conocer la razón de por qué en ciertas situaciones donde se aplican externalizaciones no hay una reducción de las listas de espera, si es que ustedes han contemplado este tipo de casos. Yo citaba el caso del... del Complejo de Salamanca y la oftalmología, pero sí me gustaría saber si lo han estudiado y conocen... o han elucubrado algún tipo de... de razón.

Y una... y una última cuestión. Un debate en torno a una proposición de ley, efectivamente, no solventa los problemas, pero tampoco es causa de los mismos, ¿no? No creo que en aquellas Comunidades donde las listas de espera han continuado siendo un problema sea por motivo de que se haya debatido y aprobado una proposición de ley. Lo máximo que se podrá decir es que no ha servido para solucionarlo, pero, en todo caso, no es una causa de que se profundice el problema. No puede serlo, de manera necesaria. Y, al contrario, lo que generaría es un debate público que vaya más allá del ámbito de esta comparecencia que nos lleva esta mañana, y que haga un proyecto, una discusión sostenida en el tiempo a lo largo de un proceso más largo que un problema de primera magnitud entiendo que es lo que requiere. Es decir, no vamos a entender que eso sea la solución definitiva, pero sí un debate social, y de una ley que, si no garantiza la solución de los problemas, al menos dará pistas de por dónde debe conducirse, o, como mínimo, podremos reconocer legalmente que se ha incumplido. Pero reconocer los problemas, elevarlos a grado legal, yo creo que en una democracia no es un mal paso; creo que es un comportamiento interesante. Y, como mínimo, extender lo que es el debate en el marco de una comparecencia de una mañana, prolongarlo en el tiempo para darle la relevancia que requiere. Por mi parte nada más.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):**

Muchas gracias, señor procurador, don José Sarrión. Por el Grupo Parlamentario Podemos Castilla y León tiene la palabra, también por un tiempo máximo de cinco minutos, la señora procuradora doña Isabel Muñoz Sánchez.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Gracias, presidenta. A ver, pues lo primero es que me congratulo de que el señor consejero y el Partido Popular antepongan lo público a lo privado. Desde luego, con los hechos... eso lo dicen ustedes con las palabras; con los hechos yo creo que no es... no es tan claro, porque, si echamos una mirada a los presupuestos, vemos con que... que dejan muchas inversiones reales sin... sin ejecutar, y, sin embargo, los conciertos tienen ustedes una celeridad y... rapidísimamente lo hacen. Y también, quién lo diría, pues viendo ese canon fabuloso que le pagamos al hospital público-privado Burgos. Eso por un lado.

La segunda, la gestión. Usted me decía que yo en mi... en mi intervención... -y a lo mejor he podido dar la sensación, porque me he saltado... veía que me pasaba de tiempo y me he saltado algunos espacios- que solamente he estado pensando el binomio recursos-eficiencia, y... y usted decía que no. Yo sigo manteniendo eso, porque simplemente hay que pasearse, y yo creo que... que todos nosotros en una... o alguno de nuestros familiares va por los hospitales, y vemos la presión que hay sobre los profesionales. No creo que eso también se lo inventen, señor consejero, que están trabajando con una sobrecarga de trabajo, sea porque hay más demandas, menos demandas, pero hay falta en las plantillas, y yo creo que eso... que eso hay que reconocerlo.

¿Cómo no vamos a querer que se mejore la gestión? Además, sobre ese sentido, yo creo que usted tiene una gran responsabilidad. La gestión... porque también, a lo mejor, nos podíamos preguntar si las personas elegidas, en muchos casos, son las idóneas para estar al frente de muchos hospitales o de muchas cosas más, por lo cual en la gestión usted tiene una gran responsabilidad, y creo que... pero que nosotros estamos a favor, lógicamente, de que la gestión sea la adecuada, porque, entre otras cosas, los... los servicios públicos es que tienen que estar bien gestionados; es que es una obligación. Y ahí, pues ya también quiero decirle que usted nos vende como cuasi un milagro, o como cosas... sí, bueno, extraordinarias, cumplir con su obligación. Cuando habla que si las listas esto, y las demoras y todo esto... Oiga, mire, si lo que... lo que esperamos es que... que esa eficiencia se dé por descontado. ¿Quiere que le felicitemos cuando lo haga bien? Pues le... le felicitamos, pero creo que a ninguno de nosotros, cuando cumplimos con nuestra obligación, es una gran satisfacción, pero no nos tienen que ir felicitando. Por lo cual, yo creo que usted vende todos esos... "vende" -permítame esta expresión entrecomillada- todos estas cosas que está haciendo como si fuera realmente algo muy extraordinario, cuando en el fondo es cumplir con la obligación.

Otra cosa que quería yo decirle era que cuando antes mencionábamos a los pronunciamientos científicos para... que estoy de acuerdo también, ¿eh? ¡Cómo no voy a estar de acuerdo! Y usted ha citado... porque usted -yo ya... ya se sabe que se lo he reconocido públicamente muchas veces- tiene una habilidad para dar la vuelta a las... [murmillos] ... uy, uy, uy, usted puede hacer carrera. ¡Menuda habilidad



tiene para a las argumentaciones darles la vuelta y hacer con ellas...! Las maneja muy bien. Bueno, yo tenía ahí... un paréntesis, a ver si me da tiempo. Fíjese usted, ha caído todo el peso de la... del aumento de las listas de espera –eso ha salido en todos los periódicos– a las vacaciones, a la concatenación de fiestas en el calendario... Usted ya no habló ni... ni que hacía ni que la... había... no había camas, de que plantas... de que no había esto... No, no, no, no. Usted dijo que el calendario era... Vamos, no me diga que eso no es una habilidad. Y ahora también con esto.

Porque, claro, usted habla de esos pronunciamientos. Pues nos gustaría que siguiera usted esos pronunciamientos científicos, por ejemplo, para potenciar la Atención Primaria. Porque, claro, usted habla de muchas cosas, pero eso... eso es fundamental, porque la saturación de las especialidades es porque la Atención Primaria está dejada de la mano de Dios. Y esto... si eso no lo reconoce... si dice usted que no han quitado ningún recorte... yo le he dicho las cifras de los recortes y, efectivamente, ha bajado, no me diga usted que no, ¿o es que estamos aquí todos tontos? Yo es que de verdad ya... yo digo... nada más hago que mirar los presupuestos y ver a... esto y verlo aquello. No me venga usted negando la mayor porque no. Más atención a la Atención primada... Primaria, porque ahí es donde se podían solucionar buena parte de los... de los casos.

Y decía usted: mejora de la eficiencia, ¿no? De verdad, ¿con las mismas plantillas? ¿Entonces qué está usted insinuando, que nuestros profesionales no son eficientes? ¿Qué han hecho hasta ahora para estar así como estamos, eh? Hombre, habrá que mejorar en aquellos casos, pero... vamos a ver, por quererse usted escabullir o por esa habilidad que yo le he explicado antes de cambiar las argumentaciones para... para llevarnos a su terreno, está usted ya también diciendo que la eficiencia de nuestros profesionales no ha sido la adecuada, porque dígame usted cómo si no... si usted dice que no tiene nada que ver con los recursos... que estamos de acuerdo, que mucho también es la gestión, pero los recursos tienen mucho que ver; los recursos, señor consejero, tienen mucho que ver. Y eso, de verdad... eso, basta que usted lo pregunte. Si es que... ¿ahora mismo dice usted que las plantillas no se han recortado? Bueno, es que esto no lo resiste el sentido común, de verdad. Se lo digo de verdad. Es verdad que en algunos servicios no, pero en otros sí. Y también en cuanto a los medios. (Ya estoy fuera de tiempo). Bueno, en fin, me quedaba alguna cosa más, pero ya lo dejo para que usted me conteste y ya está. Gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señora procuradora, Isabel Muñoz Sánchez. Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra, por un tiempo máximo de cinco minutos, el señor procurador don Alejandro Vázquez Ramos.

EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Gracias, señora presidenta. Bueno, yo no sé si va a pasar usted a la historia como Perycles I, Perycles II o como Antonio María “el Hábil”, lo que sí que le digo es que no va a pasar a la historia como Antonio María “el Privatizador”, y a las pruebas me remito, porque, desde luego, la situación así no lo dice, y parece que ya se va a admitiendo en... en la Cámara.



Yo creo que después de... de analizar, y después de sus intervenciones y de las intervenciones del resto de portavoces, desde luego, hay que tener en cuenta que está claro que la situación es mejorable, y la situación es mejorable y la... y, desde luego, la tenemos que mejorar. Y la tenemos que mejorar entre todos, cada uno desde su punto de responsabilidad. Y la tenemos que mejorar no solamente por aquello de que somos servidores públicos y estamos obligados a... a hacer la más... la mejor utilización de los recursos públicos, sino por lo que se ha desgranado aquí como un rosario de situaciones individuales, pero que, al final, realmente, pues sí que muestran la situación de... de algunos pacientes del sistema.

Y por algo que también se ha dicho aquí. Es decir, bueno, pues, evidentemente, en una situación como la que estamos, quizá cabe recordar que... que la enfermedad que más recursos consume en el sistema es la lumbalgia crónica, y, precisamente por eso... en número de bajas, en número de... de pruebas que se realizan, y quizá haya que dar solución con un plan parecido a lo que... o dentro del plan en el cual se nos ha presentado aquí esta mañana, pues se pueda dar solución racional y organizativa a cómo se trata; no así el parto, que a lo mejor el parto simple se puede tratar y está bien estandarizado, porque, como usted ha dicho, no es una enfermedad y, por tanto, es muy fácil de... de hacer un plan, sino una enfermedad como puede ser la lumbalgia crónica, que a lo mejor merecería destinar los recursos para evitar lo que se ha dicho aquí de pérdida de horas de trabajo y de pérdida de...

Usted... bueno, yo creo que la situación -como digo- es mejorable, y yo creo que el plan va a venir en esa mejora. Y va a venir en esa mejora por una razón evidente que no han hecho los planes anteriores, y es que los planes anteriores, el enfoque tradicional que se ha dado aquí es simplemente el de meter más recursos al sistema.

Y yo no me resisto a dejar de leer algo que he traído aquí, que es un estudio sobre listas de espera, un estudio que, además, no ha realizado nadie... ninguna fundación próxima a nuestro... a nuestro... ideología, sino que dice algo muy simple, y es que "La respuesta tradicional es ajustar la oferta de recursos -entre paréntesis- (profesionales, quirófanos y consultas) a la demanda existente, pero hay evidencias que apuntan en el sentido de que el aumento aislado de los recursos nunca es la solución". Y se refiere aquí, después, al caso noruego de las listas de espera, de lo que sucedía en Noruega en la década de los ochenta, que aquí parece que todavía seguimos en esa idea.

Y, por tanto, creo que un plan como el que aquí se ha presentado, pues es posible... es posible que, con alguna mejora de otras cosas, pueda contribuir sobre todo a que las situaciones coyunturales no influyan tanto en una situación de la lista de espera como la que hemos tenido en estos años.

Porque, claro, es cierto... es cierto, que, además, realmente, se deben de hacer muchas cosas, y los que trabajamos cada día en los hospitales vemos que no es admisible que haya... haya quirófanos que no tengan un tiempo quirúrgico de utilización superior al 76 %; todos deberían estar en esa cifra, que es la que realmente se pide en el plan. O, por ejemplo, las consultas externas; llama mucho la atención, cuando comparas una situación de unas... de la misma especialidad en distintos hospitales de la Comunidad, el que unas agendas de consulta externa en un hospital contengan un determinado número de pacientes y otras otro en otro. Que se trate al crónico en su medio, es decir, el crónico inunda -como usted bien ha dicho aquí-



las consultas de Especializada, cuando, realmente, los especialistas poco podemos aportar a ese paciente ya estudiado, tratado y, sobre todo, debe de estar situado en la Atención Primaria. O bien, bueno, para ver si de una vez por siempre se salva el escalón entre Atención Primaria y Atención Especializada y se comparte el paciente. Yo, en mi ejercicio profesional diario así lo veo, es decir, no hay manera de devolver un paciente de Atención Especializada a la Primaria, con lo cual, ocupa... ocupa huecos de consulta que realmente debían de optimizarse de otra manera; y eso es hacer gestión todos los días en el hospital.

Poco más, yo digo... creo que, antes... por supuesto, como representantes públicos -como he dicho antes-, estamos obligados, antes de introducir más recursos al sistema, de mirar que los que se están utilizando estén perfectamente utilizados hasta el último céntimo. Y yo creo que... espero, y espero confiadamente, que ese plan que se ha presentado aquí trabaje en ese sentido y, realmente, después, si es preciso pelear por nuevos recursos, habrá que pelear por ellos, y aquí estaremos, intentando pelear por ellos dentro de lo razonable, y no esperar... o sea, no hacerlo al revés, como creo que hasta ahora se ha venido haciendo, no solo en este sistema sanitario de Castilla y León, sino en otros sistemas sanitarios del Sistema Nacional de Salud. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señor procurador, don Alejandro Vázquez Ramos. Para contestar a todos los grupos parlamentarios, tiene la palabra el excelentísimo señor consejero, don Antonio María Sáez.

EL CONSEJERO DE SANIDAD (SEÑOR SÁEZ AGUADO):

Gracias, presidenta. Bien, pues yo insistiré en alguno de los temas que han planteado los portavoces. No vamos a cerrar hoy el debate sobre los recortes, los ajustes y demás; solo le diré a la portavoz del Grupo Socialista que no se fíe tanto de los presupuestos iniciales, sino del gasto real. Usted sabe que este año la Comunidad ha incumplido sus objetivos de déficit, en parte porque en sanidad hemos gastado más de lo que teníamos en el presupuesto. Pero, si usted compara presupuestos iniciales, pues esas cifras que usted dice -no la interpretación, las cifras- son correctas, pero no es ese... no es ese el resultado en términos de gasto.

El director general de Asistencia Sanitaria, claro, una de las razones para proponerle su designación como director general de Asistencia es precisamente que el Hospital de Palencia funciona muy bien; eso es atribuible a él, en parte, y al conjunto de los profesionales del hospital, pero también es un reconocimiento de que las cosas funcionan bien. Difícilmente puede reducirse una demora media como la de ese hospital, que es en este momento de 29 días; es muy difícil reducirla.

Pero, claro, dice usted: ¿y otros lo están haciendo peor? Es que en cada hospital concurren unas circunstancias. Yo aludía antes al Hospital del Bierzo, que ha tenido muy malos resultados, y hay razones diversas, en parte también están las dificultades de reposición de puestos de algunas especialidades (de anestesia, de urología), porque no encontrábamos candidatos, pero que eso no se atribuye a los recortes, sino a una dificultad de atraer recursos humanos a hospitales pequeños, que tenemos que... que analizar y que tenemos que intentar mejorar. Por lo tanto, existen diferencias entre hospitales.



Y después han hecho varios portavoces una referencia... Claro que la demora y la lista se conforma con un equilibrio entre entradas y salidas, por eso, tan importante como las salidas son las entradas. Claro. ¿Por qué existe esa variabilidad en la derivación de la Atención Primaria desde unos centros de salud a determinadas especialidades del hospital y otros? Esto es lo que tenemos que analizar también, eso es lo que supone actuar no en lo que venimos haciendo, que naturalmente algunas cosas se han hecho, sino en centrar nuestra... nuestras prioridades en esas medidas de mejora de la eficiencia.

Yo confío mucho en lo que he señalado, en hacer un mapa de variabilidad, porque eso abre muchos debates. Cuando a los profesionales se les confronta con información de lo que están haciendo y de lo que están haciendo otros, se abren muchos debates y hay muchas explicaciones, muchas justificaciones también, y eso es lo que nos interesa, abrir ese debate. ¿Por qué aquí tenemos mejores resultados que aquí?, ¿por qué aquí hacemos más que aquí? Porque ese también es otro efecto, siempre ponemos a los profesionales por delante, pero claro, a veces, cuando digamos: oiga, es que en este hospital cada cirujano hace 400 intervenciones y en este hace 300 de media; claro que eso abre debates, y eso no es necesariamente hacer lo que veníamos haciendo.

Y, finalmente, plantea usted la confianza en que esto mejore. Yo estoy convencido, y vamos a evaluar periódicamente las cosas; el compromiso es que este plan le valoremos su cierre en diciembre, supongo que lo haremos a principios de enero, a ver qué resultados tenemos y a ver si se alinea con los objetivos de los cuatro años, que yo creo que son -como se ha señalado antes por un par de portavoces- ambiciosos, pero... pero alcanzables.

El portavoz de Ciudadanos planteaba algunas cuestiones. Yo creo que he señalado que la espera media, no la demora media, de los pacientes en prioridad 1 era de 21 días -creo que no estoy equivocado-; pero la espera, es decir, el tiempo real en el que, como media, se ha realizado la intervención. El 99,2 % que estaban en espera llevaban menos de 30 días. Pero, claro, esto es lo que explica a veces esa discrepancia que dice usted que puede haber con la interpretación de algunos datos. La demora media global está o puede estar muy condicionada con la demora media de determinados servicios o determinados procesos; ahí... ahí, naturalmente, sí que puede haber diferencias.

¿Por qué cree usted que no se han construido en España -y yo creo que en casi ningún país de la... similar al nuestro- índices de demora oncológica? Pues porque tienen una dificultad intrínseca, porque... porque son índices que, o bien les analizamos en cada caso, y tenemos que hacer una auditoría de cada caso y retrotraernos al síntoma inicial, o nuestros sistemas de información no permiten construir un índice de esas características, es muy difícil. Por eso le decía que, en caso de cáncer de mama... porque la variabilidad en el punto cero -como usted decía- es mucho menor que en otro tipo de procesos oncológicos y, por eso, vamos a empezar por ahí a ver cómo... cómo nos sale y cómo funciona un índice de estas características.

Comparto esa idea de que, frente a la "perversión" -entre comillas- de la autoconcertación, puede haber mecanismos de control, y, de hecho, el funcionamiento de muchos quirófanos vespertinos tiene que ver con eso, con que solo se hacen... solo pueden funcionar... y las medidas de compensación o de incentivación, en los casos en los que no pueda utilizarse de una manera perversa, naturalmente.



El señor Sarrión, debo decirle que, cuando se ha preguntado a los ciudadanos cuáles son las prioridades para gestionar las listas quirúrgicas, eso siempre ha generado muchos debates. En general, se coincide, en primera instancia, con la gravedad; pero en algunos casos, efectivamente, como usted dice, se añaden sus posibles consecuencias sociales y económicas. Lo que pasa es que esto, después, es difícil de gestionar. En un momento determinado se planteó ese debate, ¿y sabe usted qué riesgo se veía? Que en la combinación de una situación menos grave, pero de una incapacidad temporal, pudiera incentivar estas. Si a mí me van a intervenir antes porque estoy de baja, pues tengo un camino... tengo un camino posible a recorrer, ¿no? Yo comparto la idea en general, pero veo algunas dificultades de aplicación, entre otras razones porque, a veces, los propios profesionales no han sabido valorarlo, o nos lo dicen: oiga, yo puedo valorar situaciones clínicas, gravedad, repercusión en la salud, pero no tengo demasiados criterios para argumentar el impacto económico y social que eso pueda... que eso pueda traer. De manera que es un... es un tema que, compartiendo la filosofía, tiene algunas dificultades a la hora de la... de la aplicación.

Respecto a la Ley de Garantías, yo insisto, claro, me parece bien que usted quiera abrir debates, ampliarlos, debates que no se limiten a esta Cámara, pero, claro, utilizar para eso una regulación que genera también expectativas y que no garantiza cosas, pues es... sinceramente, es complicado.

Se pregunta por qué en algunos centros la externalización no se acompaña de reducción de listas. Y tiene dos... dos explicaciones, al menos: primero, porque, a veces, la externalización no ha culminado con éxito -creo que lo he planteado a la portavoz del Grupo Podemos-, hay ciudadanos que prefieren seguir esperando a ser atendidos en un centro privado, y, por lo tanto, no se materializa esa externalización; y, en segundo lugar, porque también, en ocasiones, se incrementan... se incrementan las entradas al sistema de listas de espera, y, por lo tanto, las salidas que puedan plantearse no compensan suficientemente o no... o no dan respuesta al conjunto de entradas que se han producido.

Señora Muñoz, dice usted, respecto al apoyo a lo público o a lo privado, vamos a los hechos. Pues vamos. Y usted pone un ejemplo un poco variopinto. Porque, sí, dice: es que a los... a los conciertos les pagan rápido y la ejecución de las inversiones no es tan rápida. Pues mire usted, eso es un... nosotros lo más rápido que pagamos son las retribuciones de los empleados públicos, eso es lo más rápido, y lo primero, y lo que está garantizado; y, a partir de ahí, cuando tenemos problemas de tesorería o de presupuesto, vamos... vamos intentando ajustarnos como podemos. Pero, bueno, no nos diga que por pagar lo que debemos a nuestros proveedores... *[Murmillos]*. No, no, no. Usted me acusa de tener una habilidad de no sé qué tipo, ¿no?, pero es que es así. Lo primero que garantizamos es la nómina. Y el hecho de que no se hayan ejecutado todas las inversiones, que, por cierto, son certificaciones de empresas privadas también, ¿eh? -no sé qué le parecerá a usted eso-. Que agilicemos certificaciones a empresas privadas; oiga, creo que no es un argumento para dirimir. Desde luego, lo que... lo que es más trascendental, en mi opinión, es que hoy la sanidad pública de Castilla y León, en nuestro modelo de salud... de sanidad pública, está utilizando el 96 % de sus recursos para financiar directamente actividades y centros públicos, y solamente el 4 % para hacer actividades concertadas; ese es el equilibrio. Y si, además, dejamos aparte el transporte sanitario, que tiene otras consideraciones, nos limitamos a un entorno del 3 %, y el resto, gasto público. Eso



es lo que equilibra nuestra idea de lo público y el apoyo a lo público y la utilización de lo privado de manera complementaria.

De las presiones, yo creo que he sido suficientemente ilustrativo. Nosotros no presionamos. A mí nunca se me ocurriría presionar a un médico para que actúe de una manera o de otra. Ustedes nos acusaron de hacerlo -creo- en algún momento, respecto a los medicamentos frente a la hepatitis, de utilizar criterios economicistas. Parece que hace lo mismo el señor Montoro, usted coincide en alguna medida con él. *[Murmullos]*. No, no. Y nosotros lo que hemos dicho es que aquí debe haber criterios clínicos, dentro de un contexto que es un plan de actuación frente a la hepatitis, que, en su momento, fue aplaudido por todo el mundo (asociaciones de pacientes, profesionales, Administraciones). Y, fíjese, eso nos ha hecho, en parte, ayudar a no... a incumplir los objetivos de déficit, porque hemos puesto por delante el tratamiento de los pacientes frente a los requerimientos del señor Montoro, con el que parece que usted a veces coincide un poco más de la cuenta en este aspecto concreto.

Y comparto esa idea de potenciar la Primaria; aquí lo estamos intentando. Pero, fíjese usted, hace... el día doce de abril se conmemoraba el Día de la Atención Primaria. Para el año dos mil dieciséis, las entidades que lo conmemoran y que más pelean directamente por la Primaria, además de usted y yo mismo, el Foro de la Atención Primaria, las sociedades científicas, etcétera, reivindicaban que en España se destinara el 16 % del presupuesto sanitario a la Atención Primaria. Y reconocían estas entidades que solamente cuatro Comunidades llegamos ahí, entre ellas nosotros. Bueno, yo creo que es una prueba de que algo estamos haciendo en Primaria, desde el punto de vista de potenciarla. Sabe usted que cualquiera de los datos que analizamos pone de manifiesto que nuestros ratios de médicos y de enfermeras son los más favorables de todas las Comunidades Autónomas. A partir de ahí, ¿que tenemos que mejorarlo? Estoy totalmente de acuerdo con usted.

Y me preocupa... me preocupa, señora Muñoz, un giro que le estoy empezando a notar hacia posiciones conservadoras. *[Murmullos]*. Sí, sí, sí. Sí, señora Muñoz. Usted, con ese argumento de... en el que dice ¿qué... qué hemos hecho entonces hasta ahora?, parece que está diciendo que no cambien las cosas, porque... porque es un poco el argumento que le ha ocurrido históricamente al Grupo Socialista, es decir, si reconocer que hay que cambiar algunas cosas, es reconocer que no se ha hecho nada. Y terminará usted, si sigue por ese camino, diciendo que nada cambie, que todo siga igual, porque esta es la sanidad que queremos. Y, de hecho, a veces ocurre. Entonces, yo le animo a que se sume a esa posición en la que queremos cambiar algunas cosas para garantizar que la sanidad pública siga... siga mejorando, y para eso hay que cambiar. Y a mí no me cuesta reconocer que tenemos ineficiencias, claro, ¡faltaría más! Pero no lo utilice usted como diciendo: si lo reconoce, es que han actuado mal hasta ahora. No es que hayamos actuado mal, es que un sistema tan complejo como este requiere permanentemente hacer cosas, tomar decisiones y cambiar algunas cosas.

Cambiar cosas como, por ejemplo, la manera en que abordamos la lumbalgia crónica, como decía el portavoz del Grupo Popular. Es que es así de importante. Es un... el impacto que tiene, tanto en términos sanitarios -como dice el señor Sarrión- como en términos sociales, el coste que tiene para la Seguridad Social es, primero, la lumbalgia crónica y, segundo, los trastornos depresivos. Y claro que tenemos que actuar. ¿Saben lo que hemos hecho, por ejemplo? A través de un programa, contra-



tar a un especialista en reumatología en algunos hospitales que discrimina e intenta, precisamente, evitar pruebas radiológicas innecesarias en casos de lumbalgia aguda, asesora a los profesionales de Atención Primaria, etcétera.

Por eso comparto esa idea de que el incremento de los recursos no garantiza la solución. Además -digo- puede ser necesario, y naturalmente puede contribuir a mejorar las cosas, pero si no introducimos un giro de mejorar la eficiencia, estaremos actuando provisionalmente o en el corto plazo. Y el propósito del... de este plan, que hemos bautizado como Perycles, es cambiar... hacer algunos cambios estructurales que mejoren la eficiencia y que garanticen una reducción de las demoras de mayor estabilidad en el tiempo.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, excelentísimo señor consejero, por sus explicaciones. Terminado el turno de portavoces, se procede a la apertura de un turno para que el resto de los procuradores presentes que no hayan actuado como portavoces de los grupos puedan, escuetamente, formular alguna pregunta o pedir alguna aclaración sobre la información facilitada. ¿Alguien desea intervenir? ¿No?

Pues, no habiendo más asuntos que tratar, yo le quiero dar las gracias de nuevo por su comparecencia, y todas las explicaciones que hoy nos ha ofrecido a todos los grupos.

Y, sin más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

[Se levanta la sesión a las catorce horas cuarenta y cinco minutos].