



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DOÑA MARÍA LOURDES VILLORIA LÓPEZ

Sesión celebrada el día 29 de mayo de 2017, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Comparecencia del Ilmo. Sr. Gerente Regional de Sacyl, SC/000186, a solicitud del Grupo Parlamentario Ciudadanos, para informar a la Comisión sobre:
 - Organización y criterios establecidos para dotar de servicio de urgencias pediátricas y de atención primaria a cada una de las provincias.
2. Comparecencia del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, SC/000202, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre:
 - Gestión de urgencias y hospitalización pediátricas en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca durante el mes de diciembre de 2016.
3. Pregunta para su respuesta oral, POC/000260, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores D. José Luis Aceves Galindo, Dña. Ana María Agudéz Calvo y Dña. María Mercedes Martín Juárez, relativa a atención pediátrica en la provincia de Segovia, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 228, de 6 de febrero de 2017.

SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas cuarenta minutos.	13769
La presidenta, Sra. Villoria López, abre la sesión.	13769
Intervención de la procuradora Sra. Agudéz Calvo (Grupo Socialista) para comunicar sustituciones.	13769



	<u>Páginas</u>
Intervención del procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular) para comunicar sustituciones.	13769
La presidenta, Sra. Villoria López, comunica que se unifican las dos comparecencias.	13769
Primer y segundo punto del Orden del Día. SC/000186 y SC/000202.	
El vicepresidente, Sr. Heras Jiménez, da lectura al primer y segundo punto del orden del día.	13769
Intervención del Sr. Jolín Garijo, director general de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud, para informar a la Comisión.	13770
La presidenta, Sra. Villoria López, abre un turno para la formulación de preguntas u observaciones por parte de los portavoces de los grupos parlamentarios.	13780
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos).	13780
En turno de portavoces, interviene la procuradora Sra. Agudiez Calvo (Grupo Socialista).	13783
En turno de portavoces, interviene la procuradora Sra. Muñoz Sánchez (Grupo Podemos CyL).	13786
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular).	13790
Intervención del Sr. Jolín Garijo, director general de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud, para responder a las cuestiones planteadas.	13795
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos).	13805
En turno de réplica, interviene la procuradora Sra. Agudiez Calvo (Grupo Socialista).	13806
En turno de réplica, interviene la procuradora Sra. Muñoz Sánchez (Grupo Podemos CyL).	13809
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Vázquez Ramos (Grupo Popular).	13811
En turno de dúplica, interviene el Sr. Jolín Garijo, director general de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud.	13813
La presidenta, Sra. Villoria López, abre un turno de preguntas para los procuradores que no han intervenido en el debate.	13816
En turno de preguntas, interviene el procurador Sr. Lora Cumplido (Grupo Socialista).	13816
Contestación del Sr. Jolín Garijo, director general de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud.	13816



	<u>Páginas</u>
La presidenta, Sra. Villoria López, suspende la sesión.	13817
Se suspende la sesión a las trece horas treinta y cinco minutos y se reanuda a las trece horas cincuenta minutos.	13817
La presidenta, Sra. Villoria López, reanuda la sesión.	13818
 Tercer punto del Orden del Día. POC/000260.	
El vicepresidente, Sr. Heras Jiménez, da lectura al tercer punto del orden del día.	13818
Intervención del procurador Sr. Aceves Galindo (Grupo Socialista) para formular la pregunta a la Junta de Castilla y León.	13818
Contestación, por parte de la Junta, del Sr. Jolín Garijo, director general de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud.	13821
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Aceves Galindo (Grupo Socialista).	13824
En turno de dúplica, interviene el Sr. Jolín Garijo, director general de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud.	13826
La presidenta, Sra. Villoria López, levanta la sesión.	13828
Se levanta la sesión a las catorce horas treinta minutos.	13828



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

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Buenos días, señorías. Se abre la sesión. En primer lugar, ¿los grupos políticos tienen que comunicar algún cambio? ¿Grupo Socialista?

LA SEÑORA AGUDÍEZ CALVO:

Buenos días. Gracias, presidenta. En principio, José Luis Aceves sustituye a Mercedes Martín y Consolación Pablos a Ángel Hernández.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

¿Grupo Podemos? [Murmullos]. Gracias. Grupo Ciudadanos tampoco. ¿Grupo Partido Popular?

EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Sí. Buenos días, señora presidenta. Don José Emilio Cabadas Cifuentes sustituye a doña Rosa Valdeón Santiago.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muy bien. Pues muchas gracias. Antes de empezar el orden del día, le damos la bienvenida al gerente de Asistencia... [murmullos] ... director general, perdón, de Asistencia Sanitaria, don José Jolín, que va a comparecer a petición de los dos Grupos Parlamentarios, Grupo Ciudadanos y Grupo Socialista, según el orden del día. Sí que quiero indicar que, de los dos puntos, de las dos comparecencias primeras, las vamos a unificar y las vamos a debatir en un mismo punto. Por parte del vicepresidente de la Mesa, va a dar lectura de los dos puntos a la vez.

SC/000186 y SC/000202

EL VICEPRESIDENTE (SEÑOR HERAS JIMÉNEZ):

Gracias, presidenta. Buenos días, señorías. **Comparecencia del ilustrísimo señor gerente regional del Sacyl, Solicitud de Comparecencia 186, a solicitud del Grupo Parlamentario Ciudadanos, para informar a la Comisión sobre la organización y criterios establecidos para dotar de servicio de urgencias pediátricas y de atención primaria a cada una de las provincias.**

Comparecencia del excelentísimo señor consejero de Sanidad, Solicitud de Comparecencia 202, a solicitud del Grupo Parlamentario Socialista, para informar a la Comisión sobre: gestión de urgencias y hospitalización pediátricas en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca durante el mes de diciembre de dos mil dieciséis.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias. Tiene la palabra el director general de Asistencia Sanitaria, don José Jolín, cuando quiera.

**EL DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR JOLÍN GARIJO):**

Señora presidenta de la Comisión, señores procuradores, buenos días. Nuevamente comparezco ante ustedes para intentar abordar las cuestiones planteadas en el orden del día, contestar las dudas generadas y, ¿cómo no?, ponerme a su disposición con solicitud en todo lo relativo a mi ámbito competencial dentro de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Vengo acompañado por la directora técnica de Asistencia Sanitaria, la doctora Flor de Castro, cuyo consejo, asesoramiento y buen hacer contribuye al funcionamiento de una organización tan compleja y tan cambiante como es la asistencia sanitaria, que también es una empresa del conocimiento, cuyas raíces se asientan en la evidencia y en el método científico, en la epidemiología, en el cuerpo doctrinal, entre otros aspectos relevantes.

No pretendo ser ni mucho menos academicista, por lo que voy a ir centrando la comparecencia en cuestión de la forma más práctica posible. A la hora de preparar la comparecencia en la Dirección General de Asistencia Sanitaria, hemos tenido un factor común especialmente relevante, tanto el que les habla como la directora técnica de Asistencia Sanitaria, como algunos jefes de servicio: contamos con un bagaje profesional y técnico en las urgencias y emergencias de Castilla y León, una formación específica en medicina familiar y comunitaria, y como expertos universitarios en urgencias a través de los títulos propios universitarios, y un desempeño reconocido en la gestión-coordinación de las urgencias en los diferentes dispositivos asistenciales, tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria, así como en la Gerencia de Emergencias de Castilla y León. Y este es nuestro denominador común, señorías, la visión integral, no como una parte de la atención continuada; término más preciso que las urgencias o emergencias en nuestra Comunidad.

Les puedo asegurar que sabemos de lo que hablamos, porque, entre otras cosas, hemos sido durante muchos años cocineros en las urgencias de Atención Primaria, de Atención Hospitalaria y de Emergencias, antes que frailes. Por tanto, creemos y confiamos en que el modelo de atención continuada urgente y de emergencias que les voy a exponer es el más indicado, y entendemos que acertado, para garantizar la prestación asistencial sanitaria a nuestros ciudadanos -en este caso, la población pediátrica- fuera de la jornada ordinaria de funcionamiento de los centros. Garantizar no solo la prestación, sino también su calidad, accesibilidad, equidad y universalidad. Para ello, disponemos -recuérdenlo- de miles de profesionales que diariamente ejercen su labor, bien a través de la turnicidad, bien a través de la atención continuada de lunes a domingos, todos los días del año, todas las noches del año, todos los festivos del año. Y que, señorías, son, además de médicos y sus diferentes especialidades; enfermeras, como siempre, las grandes protagonistas olvidadas de las urgencias-emergencias, de las turnicidades, de la atención continuada, etcétera; también de técnicos de enfermería; técnicos de laboratorio; de radiología; de anatomía patológica; celadores; administrativos; seguridad; directivos; etcétera.

Apostamos, pues, por un modelo ágil, versátil y moderno, que se retroalimente continuamente, y, por supuesto, integral, integrado y continuado, y que está, entendemos, bastante consolidado en nuestra Comunidad. Evidentemente, hay otros modelos y otras formas de abordar las urgencias y emergencias pediátricas en otros sistemas de salud, y -como les decía- muy específicamente en lo referido a la atención



pediátrica, pero, por supuesto, también que son pertinentes y efectivos, adaptándose a las variables y condicionantes de cada lugar o sistema de salud.

Nuestro modelo de atención se define por la urgencia-emergencia, no viene definido por el grupo etario, por el sistema corporal afectado, por la intervención diagnóstica o terapéutica condicionada, o cualquier otro factor que limite, inicialmente, la clasificación, priorización, detección y abordaje de la urgencia o emergencia asistencial. A partir de aquí, lo que ustedes quieran; mejor dicho, lo que los procedimientos y procesos asistenciales y las guías clínicas establecen dependiendo del ámbito asistencial y de la soberanía organizativa de los centros, que es donde está el conocimiento y el buen hacer.

La atención a las urgencias en Castilla y León se organiza desde el concepto, como les he dicho anteriormente, de sistema integral de emergencias, entendiendo este como el conjunto de diferentes servicios que actúan ante las urgencias y emergencias para dar una respuesta adecuada según las necesidades. Un sistema, repito –y estas son las palabras claves–, integral, integrado, de atención continuada, que permite organizar y gestionar la asistencia para las urgencias tanto en el ámbito extrahospitalario (la Atención Primaria y la Gerencia de Emergencias) como en el hospitalario.

El sistema integral de urgencias permite realizar un conjunto de actividades secuenciales más o menos complejas y siempre ordenadas, a fin de optimizar la asistencia a los pacientes sea cual sea las características etarias, cronológicas, antropomórficas, raciales o cualquier otra variable que pueda condicionar la asistencia sanitaria en atención continuada.

Este sistema integral de atención a urgencias de Castilla y León se sustenta sobre tres dispositivos, que son pilares básicos e imprescindibles: unidades de urgencias hospitalarias; los dispositivos de atención urgente, de atención continuada y de Atención Primaria; y la Gerencia de Emergencias Sanitarias.

Recursos. Unidades de urgencias hospitalarias. En los hospitales son los servicios de urgencias hospitalarios los encargados de proporcionar la asistencia urgente al niño, entendiendo por niño: recién nacido, lactante, prematuro, neonato, el infante, entendiendo también al niño propiamente dicho, y al adolescente, desde el preadolescente (12, 14, 15 años) al adolescente (15, 16, 17, 18 años). Es decir, estamos hablando desde una criatura que es poco más grande que mi puño, y con un peso de 600, 700, 800 gramos, hasta alguien de 15 años con 80 kilos y 2 metros de altura. Esa es la variabilidad en la urgencia hospitalaria pediátrica que tiene nuestra Comunidad.

¿Y qué es lo que atiende? La demanda espontánea, como las derivaciones de otros niveles de Atención Primaria, de emergencias sanitarias y, a su vez, la derivación a otros niveles, lo que entendemos por hospitales terciarios. El servicio de urgencias de algunos hospitales cuentan con espacios específicamente destinados a la atención pediátrica: salas de espera, boxes específicos, como les he dicho anteriormente, boxes para neonatos y boxes para niños o adolescentes de 15 años, de 14 años. Los hospitales terciarios pueden, en algunos casos, es decir, los de mayor nivel, disponer dentro de las urgencias hospitalarias una parte de atención directa pediátrica, con un circuito específico y propio, que tiene una... puede estar clasificado, a su vez, en lactantes, niños, dependiendo también de la edad del niño pediátrico que atienden... que se pueda atender.



Existe, por cada hospital de la Comunidad, una unidad de urgencia hospitalaria –por lo tanto, contamos con 14–, y en la actualidad disponemos de 24 puestos de guardia de pediatría de presencia física, y un puesto de guardia localizado. Dependiendo de las características del hospital, los recursos, la complejidad y el nivel de atención, y los servicios de referencia que disponga, la demografía y otros muchos factores, la entrada a la atención urgente hospitalaria en todos los casos es a través de urgencias, y de aquí, en los hospitales, proporciona, en primer lugar, un triaje o despistaje, siguiendo el modelo validado del sistema español de triaje, para establecer la prioridad asistencial en diversos grupos, y a partir de aquí la atención inicial derivada bien a enfermería, bien al médico de urgencias hospitalarias, bien al pediatra, según el sistema de funcionamiento interno que disponga el servicio y el modelo organizativo que mejor se adapte a la idiosincrasia de cada unidad y a la organización establecida por los órganos de dirección y por los órganos de colegiación y participación de los centros asistenciales.

Hemos hablado hasta ahora de las unidades de urgencia hospitalaria –les recuerdo–, son 14, una por cada hospital, y ahora tenemos los dispositivos de Atención Primaria. Existen en nuestra Comunidad 199 puntos de atención continuada en Atención Primaria (16 puntos de atención urbanos, 14 puntos de atención continuada semiurbanos, 149 PAC rurales y 20 centros de guardia). Además, la Gerencia de Emergencias Sanitarias dispone de un Centro Coordinador de Emergencias, el CCU-Sacyl; 143 móviles... recursos móviles destinados a la atención inmediata de la urgencia (23 unidades medicalizadas de emergencia, 117 unidades de soporte vital básico, 3 helicópteros sanitarios) 17 unidades de vigilancia intensiva móvil, uvi móvil, destinadas a realizar el transporte interhospitalario de los pacientes que precisan cuidados intensivos durante su traslado, sea cual sea la edad y las características y enfermedades del paciente; y, además, con 3 unidades de apoyo logístico, situadas en Valladolid, Burgos y Salamanca.

¿Cómo se organiza la atención urgente en los diferentes ámbitos? Ámbito pre-hospitalario, en la Atención Primaria. Fuera de la jornada ordinaria, la prestación de la asistencia urgente está organizada de forma similar en toda la Comunidad, la actividad fuera del horario de la atención continuada del centro de salud se oferta en los puntos de atención continuada, en los PAC, de las diferentes zonas básicas de salud. Dicha oferta está dirigida a toda la población asignada al equipo de Atención Primaria de la zona básica de salud, además de transeúntes, visitantes, turistas, etcétera, incluyendo la edad pediátrica, y es atendida por los médicos especialistas en medicina de familia y comunitaria, que son profesionales sanitarios perfectamente cualificados para prestar asistencia a los niños, ya que en su programa formativo está incluido el abordaje y tratamiento de los principales problemas de salud en la edad pediátrica, así como el manejo de las urgencias y emergencias en pediatría. Esta cualificación queda demostrada por el hecho de que la mayor parte de los facultativos que trabajan en los servicios... en nuestros servicios de urgencias hospitalarias y emergencias sanitarias son médicos especialistas en medicina de familia y comunitaria, muchos de ellos, además, con una formación específica en urgencias y emergencias.

No obstante, en algunos núcleos urbanos, por existir una demanda pediátrica importante, se ha optado por establecer en algunos puntos de atención continuada una consulta específica de pediatría. Esta consulta está asignada a pediatras de equipo y de área, y en algunos casos por médicos de familia.



Quiero destacar que dentro del programa formativo de la especialidad de medicina de familia y comunitaria, aprobado mediante la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de tres de marzo... publicada el tres de mayo de dos mil cinco, se incide en que dentro de las competencias relativas a la atención al individuo, la atención –y esto sí que es la esencia de la especialidad– a la globalidad y a la longitudinalidad son las dos características esenciales en el perfil profesional del médico de familia (globalidad, longitudinalidad). Durante el período de formación, de 4 años, además de adquirir las habilidades técnicas para un correcto diagnóstico y la capacitación necesaria para llevar a cabo, respecto a cada proceso individual, un plan de seguimiento con la evolución de la adherencia al tratamiento y los resultados alcanzados, garantizando la atención continuada y específica en determinadas situaciones, entre las que se incluye la atención al niño, realizada también actividades de promoción, medidas de educación para la salud y prevención primaria y secundaria para los procesos más prevalentes en la población, incluida, lógicamente, la infancia y la adolescencia. Durante el segundo y tercer año de formación realizan aprendizaje de campo en atención al niño, realizado fundamentalmente en Atención Primaria, en este mismo período realizan además 3 meses de guardias de pediatría en las urgencias hospitalarias.

Puedo decirles que dentro de la actividad de atención continuada, y por no ser muy prolijo, durante el dos mil dieciséis el 15,37 % de la actividad realizada en esta atención continuada fue para una población menor de 14 años, concretamente estamos hablando de 318.926 actuaciones.

Atención Hospitalaria. En los hospitales es el área de urgencias de cada centro donde diversas categorías profesionales, distintos especialistas desempeñan sus funciones asistenciales, según la organización propia, encargándose de proporcionar la asistencia urgente, tanto para la demanda espontánea como por las derivaciones de otros niveles, Atención Primaria y emergencias sanitarias, y también la derivación a centros terciarios, si así fuese preciso. Dependiendo de la organización del hospital, del protocolo y procedimiento de actuación de los servicios de urgencias, y de las peculiaridades y características de cada lugar, sobre una actuación homogénea general, se procede a prestar la atención urgente de la forma más eficiente, efectiva, coordinada y segura, en función de las múltiples variables que intervienen en los procesos asistenciales.

El inicio de la atención se produce con la clasificación o el triaje, como les he comunicado anteriormente, del paciente pediátrico, que determina su grado de urgencia. Se trata de un programa informático experimentado y validado internacionalmente, que mediante algoritmos es capaz de establecer la prioridad asistencial de la urgencia en función de los parámetros analizados, además de la anamnesis, los informes de derivación y la determinación de constantes. El triaje se realiza por un equipo cualificado de enfermería, que no se limita a una atención puntual, sino a una reevaluación de los pacientes y a otra serie de actuaciones determinadas en el proceso asistencial del triaje hospitalario. Una vez establecida la valoración inicial, el paciente pediátrico puede ser atendido por un médico de urgencias hospitalario, que es, como ustedes bien conocen, una categoría profesional, y, si las circunstancias lo requieren, por el pediatra o cualquier otra especialidad que se determine, en función del motivo de consulta.

Volver a reseñar que la mayoría de los hospitales cuentan con espacios específicamente destinados a la atención de la población pediátrica (salas de espera,



boxes, círculos... circuitos diferenciados). Para mayor clarificación, y poder entender la forma de proceder tanto en los puntos de atención continuada como en los servicios de urgencia hospitalario, es suficiente –entiendo– con enunciar la casuística que concurre en la atención continuada y en la atención urgente. Señorías, podemos atender desde dermatitis del pañal, llanto incoercible –ya saben ustedes que en medicina lo más frecuente es lo más frecuente, y el llanto incoercible la primera causa es que los niños tienen hambre, y que, por lo tanto, no se han quedado saciados–, hasta erosiones, contusiones, ojo rojo, rinoconjuntivitis, exantemas, curas umbilicales, hasta politraumatizados, niños politraumatizados, abdómenes agudos, cólicos de lactante, intoxicaciones etílicas, agresiones sexuales, cardiopatías congénitas, invaginación intestinal, pasando por el niño que no duerme, o, míreme al niño, que ha llegado a las tres de la madrugada con las pupilas muy dilatadas.

De aquí puedo concluir... pueden concluir ustedes cómo y quién puede prestar la atención. La respuesta depende, evidentemente, de lo que veamos, pero en todos los casos hablamos de urgencias y emergencias.

En la Gerencia de Emergencias Sanitarias disponen de una serie de recursos asistenciales (helicópteros sanitarios, unidades medicalizadas de emergencias y unidades de soporte vital básico) situados estratégicamente, y que atienden todas aquellas situaciones en las que sean requeridos, incluida la atención a la población pediátrica en cualquier punto de las diferentes áreas de salud de la Comunidad.

Disponemos, además, de la consulta telefónica... en la Gerencia de Emergencias Sanitarias, de la consulta telefónica pediátrica, que se trata de un servicio de atención sanitaria cuya finalidad –y esto sí que quiero recalcarlo– es orientar, ofrecer soluciones y consejos ante problemas de salud agudos urgentes en la población infantil, así como recomendaciones ante necesidades de información sobre tratamientos, utilización de los medicamentos y uso de los servicios sanitarios. Este recurso, cuya llamada es gratuita, se encuentra implantada en las 11 áreas de salud de la Comunidad, y las consultas realizadas son atendidas por profesionales cualificados y entrenados en este tipo de atención, aconsejando sobre pautas a seguir o los servicios a los que se sugiere recurrir. En los datos de telepediatría –que es así como se denomina este servicio– del dos mil dieciséis, puedo decirles que el total de llamadas fue 17.240, y, de ellas, el 9 % se aconsejó la derivación a Atención Primaria; un 14 %, 2.497, se aconsejó la derivación al hospital; y un consejo telefónico fue suficiente en el 77 % de los casos, lo que confirma que es un instrumento adecuado y pertinente para su finalidad.

He pasado rápidamente, no les he querido mencionar los datos de las urgencias totales por hospitales y el porcentaje que tienen con respecto a las urgencias totales, pero no quiero ser muy prolijo en los números. Luego, si quieren, en los turnos, si quieren esta información, se la puedo, por supuesto, añadir.

Tenemos también la actividad de los nuevos pacientes atendidos por los servicios de la Gerencia de Emergencias Sanitarias: el médico regulador atendió en pediatría 2.866 pacientes, un 7,65... número de pacientes atendidos por recursos móviles durante dos mil dieciséis: el médico regulador, un 7,65 %; las unidades de soporte vital básicos, un 1,67; la UME, la unidad medicalizada, un 4,88; la uvi de transporte interhospitalario para los transportes a hospitales terciarios, un 6,91; y la utilización de helicóptero sanitario en el 3,84 % de los casos.



En base a lo expuesto... en base a lo expuesto anteriormente, la atención en las urgencias está plenamente garantizada por los dispositivos asistenciales existentes. La Gerencia Regional de Salud, en consonancia con su labor de facilitar el acceso de la población del medio rural a los recursos sanitarios, realiza una monitorización continua de la autorización y accesibilidad a los mismos por parte de los usuarios, valorando en cada caso la posibilidad de articular los mecanismos necesarios que faciliten la asistencia sanitaria. En una Comunidad Autónoma como es Castilla y León, con gran diversidad orográfica, demográfica y una dispersión poblacional, en el interés de todos está el proporcionar a toda la población, resida en el medio urbano o el medio rural, una asistencia sanitaria equitativa y de calidad.

Por último, y para mayor claridad en la exposición, la atención urgente o emergente, tanto en pediatría, insisto, como en... -que se puede, como les he comunicado al principio, puede ser en niños, en menores, en lactantes, en neonatos-, y su organización y resolución no es, ni mucho menos, la única cuestión que nos plantea diversidad de criterios en el ámbito asistencial y en la gestión-planificación sanitaria. En la Dirección General de Asistencia Sanitaria estamos continuamente valorando las diferentes posturas de los intervinientes en cuestiones de índole asistencial. ¿Y quiénes son los protagonistas de este tipo de decisiones? Los planes formativos, las sociedades científicas, los colegios profesionales, los acuerdos profesionales, la bibliografía, las últimas publicaciones científicas, los intereses legítimos de los colectivos, la participación social, las asociaciones de pacientes y un largo etcétera.

Miren ustedes, las fronteras y los ámbitos de actuación son cada vez más permeables y difusos, dificultando -como es la situación de hoy, que exponemos- enormemente la concreción. ¿Dónde ocurre esto? No solo ocurre en la pediatría y en la atención de las urgencias y emergencias pediátricas en Castilla y León, ocurre también entre la medicina interna y la geriatría. Ocurre también entre la medicina interna, la cardiología, la nefrología, la neumología, la reumatología, la inmunología, la neurología, etcétera, etcétera. Ocurre también en los cuidados paliativos. ¿Quién atiende los cuidados paliativos? Los internistas, los oncólogos, los médicos de familia, anestesiólogos, hematólogos, médicos de urgencia hospitalaria. Interviene, y de forma a veces problemática, entre la cirugía cardiaca, cirugía torácica, cirugía vascular, entre anestesiólogos e intensivistas, entre la hepatología. Si lo abordan los digestivos, lo abordan los internistas, lo aborda la resucitación cardiopulmonar. Lo abordan las tres sociedades científicas de medicina de familia que disponemos en Castilla y León, los médicos intensivistas, los cardiólogos. La diabetes, por procesos asistenciales, lo aborda el endocrino, el pediatra, el médico internista, el médico de familia, la enfermera. La hipertensión arterial, ¿quién no participa en la hipertensión arterial? Yo ayer, repasando esto, pensé: bueno, pues quizá... bueno, aquí el doctor Vázquez Ramos luego nos podría orientar en este aspecto, ¿no?, pero en la hipertensión arterial se me ocurría que los microbiólogos quizá no puedan intervenir, pero yo recuerdo que, cuando empecé la formación... la formación mir, ya se empezaban a curar las úlceras con antibióticos; algo impensable hace treinta años. Por lo tanto, no me extrañaría que una de las causas idiopáticas futuras de la hipertensión arterial fuese un proceso... un proceso infeccioso, ya veremos a ver.

Es decir, ¿quién participa en la alergología, en el tratamiento de la inmunología de los niños? Los alergólogos, los pediatras. ¿Quién participa en las enfermedades raras? ¿Quién participa en la cirugía oncológica, en la oncología, en la oncología radioterápica, en las infecciones, en la cardiología pediátrica? ¿Quién aborda al ado-



lescente? El pediatra, el psiquiatra, el psicólogo, el médico de familia, la enfermera de salud mental, y así muchos más, bien por especialidades o bien por procesos asistenciales. Es decir, donde quiero llegar es que la complejidad de todo esto es realmente exhaustiva.

Con esto finalizo la primera parte. Si quieren pasamos, entonces, a la contestación a la respuesta de las... gestión de urgencias y hospitalización pediátricas en el Complejo Asistencial de Salamanca durante el mes de diciembre de dos mil dieciséis. Pasamos con ello entonces. No quiero ser agotador, ni mucho menos, ¿eh?, ustedes me dicen si...

Bien. Para poder explicar lo sucedido durante el mes de diciembre de dos mil dieciséis en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca respecto a la asistencia pediátrica... [murmillos] ... es preciso situar lo acontecido en la epidemia de bronquiolitis que ocurrió en dicho período. La bronquiolitis es una enfermedad infectocontagiosa que afecta a niños menores de dos años, siendo la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en el lactante. Afecta, aproximadamente, al 10 % de los lactantes, con una tasa de ingreso del 2 al 5 %, con un incremento progresivo en los últimos años. Puede ser causada por muchos virus, pero el 80 % quien se lleva la palma es el virus respiratorio sincitial (VRS). Aunque puede suceder en cualquier época del año, existe una epidemia anual, por este virus respiratorio sincitial, entre noviembre y marzo, con un pico habitual en nuestro medio en el mes de enero, que, además, se confirma todos los años o casi todos los años.

En los últimos diez años, en el Complejo Asistencial de Salamanca, se ha venido apreciando un incremento en el número de bronquiolitis que han requerido ingreso hospitalario, situándose en dos mil quince en las cifras más elevadas de incidencia, con 140 ingresos. Además, se ha observado, igualmente, que la edad de los niños afectados ha ido disminuyendo progresivamente hasta los 3,8 meses de media de edad, por lo que supone la mayor gravedad. La estancia media durante el ingreso de estos niños es de 6 a 8 días, por ello, quiero destacar que es importante la virulencia progresiva que se está... que estamos detectando, ya desde el año dos mil quince, de esta infección, de esta enfermedad infectocontagiosa, bronquiolitis por el virus sincitial respiratorio.

La media de niños en urgencias pediátricas diarias presenta grandes diferencias entre los días laborales (60,8 niños/día) -estamos hablando del CAUSA, del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca-, y los fines de semana, que pasa de 100 a 150 niños/día. Además, durante el pico de incidencia de bronquiolitis hubo dos días, el veinticinco y el veintiséis de diciembre, que se superaron las 200 urgencias diarias; veinticinco y veintiséis de diciembre. Estas cosas siempre suceden, precisamente, o suelen suceder en los días más complicados del año.

Respecto a la activación en hospitalización de estos niños, indicar que durante esta temporada los primeros ingresos hospitalarios se produjeron durante el puente de la Constitución, en diciembre, cuando el brote de bronquiolitis en Madrid alcanzaba su pico, con saturación en las ucis pediátricas de sus hospitales. El aumento significativo de los ingresos se produjo a partir del... aproximadamente el diecinueve de diciembre, alcanzando el pico la semana del veintiséis de diciembre al uno de enero, con un máximo de 59 lactantes ingresados, que progresivamente fueron descendiendo.



La situación se comenzó a normalizar a cifras similares a cualquier otro año a partir del veinte de enero, en el que el número de lactantes con bronquiolitis ya osciló entre los 12 y 20 pacientes. A partir de febrero ya no se necesitaron más recursos, ni materiales ni humanos, extraordinarios sobre los habituales. Durante la epidemia anual, de diciembre a marzo, este año han ingresado 239 niños. Cada mes posterior han seguido... ha seguido habiendo ingresos, pero como cualquier año, y, desde abril, ninguno es por virus respiratorio sincitial. El virus es epidémico de diciembre... diciembre, enero, febrero. Por lo tanto, en prácticamente un mes se alcanzó y superó la cifra de los últimos años durante toda la estación epidémica. Es decir, en un mes se produjo lo que habitualmente se produce en cuatro meses.

Además, los niños afectados, como les he comunicado anteriormente, han sido más pequeños -la mayoría menores de tres meses de edad-, lo que, como ya hemos indicado, ha supuesto una mayor gravedad. Debido a la gravedad de la situación, como consecuencia de la mayor afectación de niños muy pequeños, la actividad en la uci pediátrica se vio afectada, teniendo un número de ingresos de 35 niños por bronquiolitis, frente a los 22 ingresos del año anterior. Además, la gravedad de estos niños ha sido mayor, con una tasa de ventilación mecánica del 97 %; en... de este 97 %, un 20 % invasiva, frente al 65 % de una ventilación mecánica del año anterior, cuando el porcentaje de invasiva fue el 8 %; es decir, un 8 frente a un 20 %.

Por lo tanto -y como puede objetivarse-, se puede concluir que el brote de bronquiolitis este último año ha sido muy superior al de cualquier otro. En la incidencia de la enfermedad global, el aumento ha sido discreto; sin embargo, en la virulencia de la enfermedad ha sido muy superior, afectando a niños más pequeños y con enfermedad mucho más grave.

Sin embargo, y a pesar de esta situación extraordinaria, se ha dispuesto tanto de recursos materiales como de personal suficiente para hacer frente a la misma. Así, el hospital puso en marcha un plan estratégico -que ya estaba preparado desde el mes de octubre- para actuar frente a la epidemia de bronquiolitis. Entre las medidas puestas en marcha cabe destacar la siguiente: el hospital dispuso de los recursos materiales suficientes para hacer frente a la eventualidad que fue la epidemia de bronquiolitis. La dirección y los responsables asistenciales dispusieron el personal necesario para afrontar esta situación extraordinaria.

Este plan incluía una serie de medidas de actuación y que se llevaron de forma escalonada y progresiva. Primero, extremar las medidas higiénicas para evitar la infección nosocomial en pediatría. La infección nosocomial es aquella que los niños -en este caso- ingresados pueden adquirir como consecuencia del ingreso. Por ello se planificó la formación al personal de nueva incorporación con los traslados en higiene de manos y manejo de catéteres centrales que se realizó en su día. Se suspendió la cirugía programada en días concretos para liberar camas. Se suspendieron algunos procedimientos bajo sedoanalgesia, no urgentes, en la uci pediátrica, como las endoscopias digestivas diagnósticas; no así los urgentes, como las quimioterapias intratecales de los niños oncológicos, que se realizaron en otras áreas como urgencias pediátricas. Se aumentaron las camas de la planta de pediatría, triplicando habitaciones de los lactantes más pequeños que estuvieran cercanas al control de enfermería. Esta medida se puso en marcha desde el día diecinueve de diciembre y supuso que el número de ingresos en la planta podía aumentar hasta 38-39 niños. Aumentar la capacidad de la uci pediátrica en un puesto más -de 6 a 7-, colocando una cuna entre los puestos 1 y 2. Si además era neonato, con criterio de ingreso en



la unidad de cuidados intensivos pediátricos y esta hubiera ya con 7 pacientes, y la unidad neonatal se encuentra con baja ocupación, se habilitaba uno de los cuatro boxes de neonatología, con personal de enfermería y auxiliar diferenciado del resto de los niños para evitar la transmisión de la infección –como hemos apuntado al principio de las medidas–.

De manera puntual, entre los días veintiséis y veintiocho de diciembre, hubo que habilitar uno de los cuatro boxes de neonatología, ya que había pacientes neonatos con criterio de ingreso en uci pediátrica, estando ya con siete pacientes. El día veintiséis de diciembre hubo que habilitar una segunda planta para ingresos pediátricos, dotado de personal de enfermería suficiente. Es decir, hubo en todos los turnos una enfermera pediátrica y un mínimo de dos enfermeras y una técnico en cuidados auxiliares de enfermería, y se mantuvo hasta el fin de la epidemia a finales de enero.

De forma excepcional, el día uno de enero de dos mil diecisiete, y dado que incluso todas estas medidas... con todas estas medidas la capacidad había llegado a su máximo, hubo que derivar a un paciente a la unidad de cuidados intensivos pediátricos de Burgos y un pacientes de Ávila tuvo que ser directamente derivado desde Ávila a Madrid. Además, y por último, se realizó una estrategia consensuada con Atención Primaria, porque se abrió un punto de atención continuado pediátrico en el centro de salud de La Alamedilla los días treinta y uno de diciembre, uno y dos de enero, que atendió a unos 50 niños cada día, lo que disminuyó la presión asistencial en las urgencias pediátricas hospitalarias.

Respecto a la disponibilidad del personal para dar atención a este incremento de actividad, a continuación se describe cómo se reforzó la plantilla para hacer frente a las epidemias.

Personal médico. Urgencias hospitalarias. Desde el mes de noviembre –al igual que en los dos últimos años– se refuerza la guardia con un licenciado, en este caso especialista en pediatría, más los fines de semana.

Neonatología. Se reforzó con un neonatólogo más. Un pediatra con contrato de atención continuada reforzó en las mañanas el área donde más se precisaba: planta de lactantes o uci pediátrica.

Personal de enfermería. Se reforzó con una enfermera y una auxiliar más por turno en la uci pediátrica y en la planta de hospitalización. Además, en la segunda planta, habilitada para pediatría, en todos los turnos se ha completado con una enfermera con experiencia en pediatría.

Por otra parte, se ha tenido en cuenta el acúmulo de los días libres a final del año del personal de enfermería y auxiliar, por lo que, para garantizar la asistencia adecuada a todos los niños, por un lado, se han sustituido al 100 % de las bajas en todas las unidades de pediatría y se han realizado los siguientes nuevos contratos. La segunda planta de pediatría se mantuvo abierta hasta el final de enero y los contratos del personal de refuerzo también se mantuvieron hasta el treinta uno de enero. Uci pediátrica: 5 enfermeras, 4 técnicas en cuidados auxiliares de enfermería. Neonatología: 4 técnicas de cuidados auxiliares de enfermería. En hospitalización –incluida la segunda planta habilitada–: 9 enfermeras, 2 técnicos de cuidados auxiliares de enfermería. En total, 14 enfermeras, 10 técnicos de cuidados auxiliares de enfermería.

Por último, añadir que desde la Gerencia de Salamanca informan que existió comunicación sobre lo sucedido por el brote de bronquiolitis en diciembre de dos mil



dieciséis entre el equipo directivo y la Comisión de Garantías de Calidad, que es uno de los órganos colegiados de participación y asesoramiento de los hospitales. Se informa de las medidas que incluyeron mantener a este... a esta Comisión Central de Garantías de Calidad... de la Calidad, se informaron de las medidas que incluyeron: primero, mantener las precauciones de contacto en todos los pacientes atendidos en nuestro hospital con diagnóstico o sospecha de esta enfermedad, que sean niños o jóvenes. Esta recomendación está basada en la guía de aislamientos que tiene el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, elaborado por el Servicio de Medicina Preventiva y aprobado por la Comisión de Infecciones, que forma parte de la Comisión de Garantías de Calidad, y la dirección del hospital ha aprobado -como les decía- en dos mil once y revisada en el año dos mil catorce. Dicha guía está accesible a todos los trabajadores en la intranet del hospital.

Estas precauciones de contacto incluyen una serie de medidas cuyo objetivo es prevenir la transmisión de la infección por contacto directo o indirecto con el paciente o con el entorno del paciente -superficie de instrumentos contaminados-. Estas medidas que incluyen recomendaciones sobre la ubicación del paciente, limpieza de superficies, gestión de residuos, equipo de protección personal, entre otras.

La dirección médica coordinó con la Unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría y con las direcciones médicas de los hospitales de la Comunidad que disponen de uci neonatal -Burgos, León y Valladolid- el protocolo de traslado y evacuación de neonatos con bronquiolitis en caso de una eventual necesidad. Asimismo, el hospital estableció el protocolo de evacuación fuera de nuestra Comunidad en caso de necesidad.

Por último, sí que, preparando la presentación de esta comparecencia, creo que es relevante intentar abordar o intentar explicar, dentro de lo posible, cómo funcionan los hospitales para tener una idea de por qué se hacen las cosas de esta forma y no se hacen de otra.

Cómo funcionan los hospitales. Para ello, nos basamos en un reglamento de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales. Es un real decreto, el Real Decreto 521/1987; un real decreto que sigue en vigor todavía en gran parte de su contenido, y la verdad que fue un gran real decreto. Próximamente, pues hay que actualizarlo, hay que... pero bueno, todavía sigue, en las cuestiones importantes, en vigor. Tiene dos aspectos muy importantes en cómo funcionan los hospitales:

Primero, la estructura y órganos de dirección, es decir, establece la gerencia, las divisiones médicas, la división de enfermería, la división de gestión y servicios generales, y, luego, las subdirecciones de división; y establece que la comisión de dirección es el órgano colegiado de dirección del hospital, presidida por el director gerente e integrado por todos los directores y subdirectores, si los hubiera, y podrán ser llamados a esta comisión de dirección a los jefes de servicios y a los jefes de unidad y a los responsables asistenciales. En este Real Decreto 521/1987 tienen ustedes perfectamente establecidas las funciones de esta comisión de dirección.

Pero, quizá, lo más importante y relevante, y lo que les quiero destacar, es la existencia de los órganos colegiados de participación y asesoramiento. Aquí les quiero resaltar, porque son los órganos de asesoramiento colegiados a los órganos de dirección del hospital, y que son, sobre todo, la junta técnico-asistencial, la comisión mixta, que fue... se estableció creo que fue en mil novecientos noventa y dos y dos y mil novecientos... entre mil novecientos... o en mil novecientos noventa



y cuatro, como consecuencia de una huelga... la salida de una huelga, pero lo que aparece en este real decreto en realidad es la junta técnico-asistencial, y, por otra parte, la comisión central de garantía de calidad. La junta técnico-asistencial es el órgano colegiado de asesoramiento de la comisión de dirección del hospital en lo relativo a la actividad asistencial, de aquí la importancia de estos dos órganos, así como de participación de los profesionales en el mecanismo de toma de decisiones que afecten a su actividad.

Forma parte de esta junta técnico-asistencial: la dirección asistencial; jefes de servicio; facultativos, elegidos por votación; supervisores de enfermería y enfermeras, elegidos por votación; trabajadores sociales, elegidos por votación entre los mismos; médicos internos residentes, elegidos también por votación entre los mismos. Los vocales electos serán por dos años, y la junta técnico-asistencial se reunirá un mínimo de 6 veces al año. Bien, es esta junta técnico-asistencial, junto con la comisión central de garantía de calidad, los órganos, quizá, que definen con mayor importancia, junto con la comisión de dirección, la forma de gobernar un hospital.

Por otra parte, y en segundo lugar, está la comisión central de garantía de la calidad, que es el órgano técnico de elaboración y trabajo en las áreas de calidad asistencial y adecuación tecnológica como órgano de asesoramiento permanente a la dirección médica, a la comisión de dirección y a la junta técnico-asistencial. Al hablar de órgano, también, de adecuación tecnológica, evidentemente, tiene una trascendencia fundamental.

¿Quién compone esta comisión central de garantía de la calidad, que es la que vela por que las cosas, junto con la técnico-asistencial, se hagan bien en la actividad asistencial? Lo compone: la dirección médica, la dirección de enfermería, las subdirecciones y los presidentes de las diferentes comisiones clínicas. Como mínimo, tienen que existir las siguientes comisiones clínicas, porque todas dependen de esta comisión central: infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica; historia clínica, tejidos y mortalidad; farmacia y terapéutica; investigación, docencia y formación; tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos. Y cada uno... cada Gerencia puede establecer más comisiones y más subcomisiones, como en el caso cuando yo ocupé la Gerencia de Palencia, instituí la comisión de urgencias y las subcomisiones de resucitación cardiopulmonar, alergia al látex, seguridad al paciente, bloque quirúrgico, etcétera, etcétera. Y hasta aquí, finalizo la primera parte.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Pues nada. Muchas gracias, por su intervención, director general de Asistencia Sanitaria. 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 Ciudadanos, tiene la palabra el señor procurador don Manuel Mitadiel.

EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:

Muchas gracias, presidenta. Y muchas gracias al señor Jolín y a la directora técnica de Asistencia Sanitaria por su asistencia. Mire, antes de empezar con lo que yo creía que era el objeto de la comparecencia, voy a hacer dos afirmaciones, una de Perogrullo y la otra que es evidente.



La de Perogrullo es: los niños no son adultos bajitos, y esto tiene que ver con el hecho de que usted lleva toda la comparecencia hablándonos de que el programa de urgencias es un programa integral, que entre otras cosas no viene derivado... perdón, no viene definido por tramos de edad. Y, bueno, todo eso está muy bien, pero lo que sí es cierto es que los niños son muy específicos, y tan específicos como que dieron origen a que hubiese una determinada especialidad, la pediatría.

Lleva usted toda la mañana de intentarnos convencernos de algo que yo personalmente estoy convencido, es decir, los médicos de familia están perfectamente capacitados para atender niños, ¿de acuerdo? Pero, naturalmente, esto después se contradice con una política que tienen ustedes en la Consejería, y que ha sido objeto de discusión en numerosas ocasiones, que es la de los puestos específicos, que además se basa fundamentalmente en... dentro de la pediatría la diferenciación de superespecialidades, se habla de la cardiología dentro de la pediatría, y de otras cuantas más. Es decir, vamos a ver, unas veces decimos que los médicos de familia son perfectamente competentes, lo cual es cierto, pero además le diré otra cosa: mi opinión se ha formado justamente hablando con algunos de esos médicos que tienen que atender a niños, y todos, naturalmente, se declaran absolutamente competentes, pero todos dicen que ante la más mínima duda derivan. Naturalmente que eso se podía dar incluso en el propio pediatra, y por los temas que hablaremos luego, pero, una vez dicho eso, me parece que, cuando interesa, los médicos de familia pueden atender estupendamente a los niños, y, cuando nos interesa, los puestos tienen que ser superespecíficos, y un pediatra no puede sustituir a otro pediatra que sea superespecializado; bien.

Dicho esto, que es el punto de partida de lo... y que informa de lo que ahora voy a comentar, el objeto de la comparecencia era, y es, hablar en general de la pediatría, pero específicamente aplicado al tema de las urgencias. Yo he intentado seguir con mucha atención su exposición, y la verdad es que no lo tengo mucho más claro que cuando le pedí la comparecencia.

Mire, por una parte, tenemos lo que es la asistencia pediátrica de urgencia en los hospitales, que parece que es más o menos homogénea, lo único que tengo que discutir con usted, entre otras cosas porque hay una reclamación de Soria, es... -y posiblemente no conozco toda la situación en toda la Comunidad Autónoma- es lo de que tienen espacios separados, precisamente Soria reclama que no tienen todos los espacios separados. Después, lo que quería... lo que quiero saber es con qué criterio organizan las urgencias. ¿por qué resulta que en Soria no hay puntos de atención continuada que atiendan pediatría y, sin embargo, en otras provincias sí, aunque en Palencia resulta que tenían hasta hace dos o tres años -o quizá algo más- los centros de salud urbanos atendían de lunes a viernes hasta las nueve de la noche, después resulta que no, que ahora los viernes dejan de atender a las tres de la tarde?

Mire, lo que intento saber es si existe algún criterio común, y ya lo sé, que el criterio... me da la impresión de que el criterio común consiste en que todo aquello que pueda ser derivado al hospital no se atiende en los puntos de atención continuada, y estamos hablando de pediatría; y que en el medio urbano, además, en aquellos sitios en los que me imagino que hay recursos, la atención pediátrica no finaliza a las tres, sino que hay hasta las nueve de la noche, en algunos sitios hasta las once de la noche, en algunos sitios resulta que hay también los fines de semana; pero no me queda claro por qué, y por qué en unos sitios y en otros nos. Y le he mencionado dos casos, le he mencionado Soria y Palencia, pero seguramente hay muchos más.



Y, sobre todo, de algo que usted no ha mencionado, y que me parece que es el... uno de los problemas más importantes, y por lo que hacía la introducción inicial. Mire, los problemas fundamentales de la... de las urgencias pediátricas, a mi juicio, se producen en aquellos puntos muy alejados de los hospitales. De hecho, precisamente, por eso las reclamaciones de Ciudad Rodrigo, de la Montaña Palentina, de La Bañeza refiriéndose a los puntos más alejados de su área de salud. La conclusión que me queda es que no hay atención continuada pediátrica fuera de... de los núcleos urbanos. Corrijame usted si... si no es así. Y lo que me gustaría es saber por qué no existe esa atención continuada. Y lo que me gustaría es que debatiéramos por qué no se pueden poner en los puntos que sean más alejados de las... de los hospitales este... esta atención. Recuerdo que en alguna discusión con el consejero me decía "mire, no te ciegues en el tema. Si es que, al final, dados los recursos, los medios, que tienen a su disposición en esos centros de salud, no va a hacer nada específico un pediatra que no hiciera un médico de familia, es derivar aquello que tenga la más mínima duda". Pero en ese sentido no me lo creo, creo que el pediatra, en la atención de niños, y sobre todo en la atención de niños pequeños, aporta un plus que puede hacer que la derivación sea menor.

Y esto me lleva al tema de la pediatría, de la pediatría en general. Es que no sé con qué criterios lo organizan, no sé por qué hay tantos problemas. Yo veo las plantillas... Por cierto, que en cada una de las estadísticas dicen una cosa: entonces, en unos son doscientos... -estoy hablando de las de Atención Primaria- en unos dicen que son 278, pero la misma publicación -que, por cierto, nos la ofreció aquí el consejero- dice que son 288; en una contestación que me hacen a mí resulta que son otros distintos. En concreto, hablan de... Bueno, no lo encuentro, y al final casi mejor. Bien, porque al final el problema es el siguiente: de la contestación me parece recordar que solamente existían como siete plazas vacantes, es decir, siete plazas que no estuvieran cubiertas por... o por interino o por una acumulación de tareas. Y yo me pregunto, si eso es cierto, ¿por qué tenemos problemas en prácticamente toda la Comunidad?

Mire, no... no he sido ahora exhaustivo, solamente hice un barrido de lo que... de lo que yo había presentado, que el resto de los grupos seguro que han presentado sobre otros que aquí no he recogido. Pero mire, estoy hablando de Abadengo y Arribes del Duero, estoy hablando de que en Segovia provincia, el Real Sitio de San Ildefonso o Fuentesauco de Fuentidueña, estoy hablando de la asistencia pediátrica en Aguilar de Campoo, en la montaña... y en la Montaña Palentina, estoy hablando de los problemas para desplazar un pediatra a Boecillo. Ayer... sí, creo que ha sido ayer o antes de ayer, la denuncia de El Barco de Ávila de que no se sustituye a un pediatra que está de baja. En definitiva, no... no entiendo. Por una parte, tenemos una plantilla que aparentemente está casi cubierta y, por otra parte, no dejamos de tener problemas en todas las... en todas las provincias.

Y por último, porque no quería excederme mucho y, sobre todo, creo que tendré la oportunidad de ser más preciso en la siguiente, con respecto al tema, al tema de Salamanca, mire, he seguido atentamente su explicación. En su momento escuché la del jefe de servicio de pediatría de Salamanca. Yo creo que eso se define en el idioma que se habla por aquí "a liebre ida, palos en la cama", que consiste en que, efectivamente, cuando ya les ha desbordado el problema, cuando ya está en todos los medios de comunicación, entonces empiezan a hacer muchas cosas. Pero hasta entonces no se han dado cuenta de algo que usted ha dicho, y que es evidente: el pico de la bronquiolitis se produce en enero de forma habitual. Es verdad que a lo



mejor en uno de los casos pueda ser la segunda quincena de diciembre y otras sea la... la primera de febrero, seguramente, pero lo que sí parece claro es que no se pueden tomar decisiones de cerrar camas, de crearse... de dar vacaciones a la plantilla sin sustituir, justamente cuando van a suceder estas cosas, porque además es lo que podíamos decir coloquialmente, lo de la Ley de Murphy: basta que tenga usted la plantilla en cuadro para que ese día pase todo. Bueno, pues eso es lo que... lo que tengo la impresión de que ha pasado en Salamanca. Y da usted muchas explicaciones de que, efectivamente, han tomado muchísimas medidas. Pero yo creo que las han tomado cuando ya no quedaba más remedio, cuando ya se vieron ante el problema, cuando ya se vieron que tenían que derivar niños de la uci pediátrica. Por cierto, que sí que admito la explicación del jefe de servicio de que en ningún momento corrieron riesgos de infección, pero la verdad es que alarma, de alguna manera, el que niños en esas condiciones estén en una zona en la que hay otros niños, digamos, con capacidad de infectar.

Bien. Dicho todo eso, creo que sobre todo lo que... lo que falta, pero no solo en Salamanca sino en general en nuestra... en nuestra actividad diaria, es saber que Navidad hay todos los años, y que lo que no puede uno pensar es que este año no vamos a tener el pico de bronquiolitis, porque, si hubiese estado previsto, a lo mejor no habría pasado; pero no estando previsto seguro que sí que pasa.

Por lo tanto, intentando dejar para la segunda parte el ver que me aclare un poco más cuál es el criterio general de la Consejería sobre la organización de las urgencias pediátricas, si es que existe, o es en cada una de las áreas se hace lo que cada uno puede en función de los medios que tiene, pero cuáles son esos criterios generales. Nada más, muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor procurador don Manuel Mitadiel. Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora procuradora doña Ana María Agudíez Calvo.

LA SEÑORA AGUDÍEZ CALVO:

Gracias, presidenta. Buenos días a todos y a todas. Bienvenido, señor gerente regional, y gracias por sus respuestas, que debo decir que en la primera parte de la comparecencia nos ha hablado, como decía el compañero Mitadiel, de pocos criterios que tienen en la Consejería establecidos para dotar el servicio de urgencias. Y bien, en la segunda sí que ha dado más o menos una respuesta de todo lo que sucedió en aquel momento.

Y, en fin, voy a pasar a hacer mi... mi intervención. Porque, sin duda, el orden del día de hoy en esta Comisión de Sanidad refleja la preocupante situación en materia de atención pediátrica en Castilla y León, no solo en la nula dotación de servicios de urgencias pediátricas en nuestros centros de salud en Atención Primaria, sino también sobre la gestión de urgencias y hospitalización pediátrica en los complejos asistenciales, así como en lo relativo al déficit de pediatras, fundamentalmente en el medio rural, cuestiones importantes que serán debatidas posteriormente por mi compañero en la siguiente... en la siguiente pregunta.

De su intervención subyace el mantra que venimos escuchando en cada una de las comparecencias del consejero y de su equipo: la calidad de la asistencia sanitaria está garantizada en nuestra Comunidad, con calidad, accesibilidad, equidad



y universalidad. Discurso con un grado de autocomplacencia a veces tan elevado que hace que, a pesar de las críticas vertidas por los propios profesionales y por los ciudadanos en las continuas manifestaciones y movilizaciones, ustedes sigan sin quitarse la venda de los ojos, en una actitud que la podríamos denominar a veces de prepotencia y en algunos casos hasta... hasta desafiante.

Y mire, le voy a leer la página 17 del Informe de la Situación de la Atención Primaria en Castilla y León, que dice así: "... podemos afirmar que los recortes en sanidad nos han llevado a una situación actual que podemos denominar como de 'crisis sobre crisis de la Atención Primaria'. La Atención Primaria está instalada en la parálisis y el desánimo. A pesar del discurso autocomplaciente de los políticos y de la buena valoración por parte de la población, existe descontento, desmotivación, frustración y gran incertidumbre entre los profesionales. Algunas causas son preexistentes, algunas agravadas por los recortes": consultas masificadas, deterioro de las condiciones laborales y retributivas (acumulaciones indiscriminadas, no sustituciones...), precariedad laboral (alta tasa de interinidades), sobrecarga de tareas meramente burocráticas, mal funcionamiento de las herramientas informáticas, escaso nivel de participación en la toma de decisiones y nulo reconocimiento por parte de las instituciones.

Bajo este panorama desolador en esta nuestra Comunidad Autónoma, con características especiales, como su extensión, la gran dispersión de la población en multitud de pequeños núcleos rurales, el envejecimiento, la orografía, la climatología adversa, se debe tener en cuenta a la hora de valorar los diferentes parámetros asistenciales, recursos materiales y humanos, en lo que hoy vamos a analizar, como son las urgencias pediátricas.

Castilla y León cuenta con una población pediátrica aproximada de 289.580 niños de cero a catorce años, distribuidos de la siguiente forma: Ávila, 20.061; Burgos, 46.988; León, 34.380; el Bierzo, 14.658; Palencia, 17.799; Salamanca, 38.046; Segovia, 20.320; Soria, 10.983; Valladolid Oeste, 37.702; Valladolid Este, 31.002; y Zamora, 17.641. Estos son los últimos datos que aparecen en el portal de sanidad de la Junta de Castilla y León.

Y en la comparecencia también del Consejero de Sanidad el pasado... el pasado trece marzo de dos mil diecisiete sobre la situación de la Atención Primaria, nos daba también unos datos numéricos sobre los recursos humanos, diciendo que en total eran 8.220 los profesionales, de los cuales 2.913 son médicos de familia, 27 médicos de servicios de urgencias de Atención Primaria, 75 médicos odontólogos, 278 pediatras y 2.619 enfermeras, entre otros perfiles profesionales. Es decir, tenemos 278 pediatras para las 247 zonas básicas de salud y los 3.652 consultorios médicos. También nos decía que habían sido atendidas más de 2.000.000 de urgencias en Atención Primaria, de las que se han derivado un 3,3 a la urgencia hospitalaria, pero aquí no se especificaba, de estas urgencias, cuál es el número de urgencias pediátricas existentes.

Y en relación a la frecuentación y presión asistencial de pediatría, la media nos hablaba que era de un 16,19 consultas diarias, con una frecuentación de 4,27 visitas al año a su pediatra. Y en dicha comparecencia, el consejero presentaba las líneas de mejoras de la Atención Primaria, pero para nada, para nada, hablaba sobre las urgencias de la Atención Primaria, y menos sobre las urgencias pediátricas.



En nuestra Comunidad Autónoma existe una gran heterogeneidad tanto en la adaptación de personal y material como en la organización de los servicios de urgencia; en función de donde vivas, tienes recursos o no, prevaleciendo cada día más la dualidad entre el medio rural y el urbano, y etiquetando claramente a los ciudadanos de primera y de segunda.

La pediatría de urgencias es un área de conocimiento específico dentro de la pediatría, tal y como reconoce la Asociación Española de Pediatría. Entendiendo como urgencia cualquier acto no programado, el pediatra puede encontrarse esta situación en el centro de salud o en el hospital, y, desde luego, debe resolverlo, siendo necesario la presencia de profesionales expertos y especializados, es decir, pediatras de urgencias. Porque un pediatra de urgencias es aquel que es capaz de proporcionar una atención inicial a todo paciente pediátrico agudamente enfermo y... o herido de forma integral.

La Sociedad Española de Urgencias Pediátricas considera que el objetivo fundamental sería alcanzar de forma progresiva que en todos los servicios de urgencias pediátricas, sea cual sea su nivel, los órganos directivos facilitasen los medios, sobre todo a nivel de recursos humanos, para garantizar la adecuada asistencia a todos los pacientes que tratan y que reciben.

Importante destacar que en los servicios de urgencias hay que cubrir las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días al año, y que la atención requerida no es programable, esta debe ser continuada y de una calidad uniforme, por lo que consideramos que se debe promover el desarrollo de urgencias pediátricas en los distintos servicios de pediatría. Pero cabe preguntarse de qué recursos disponen los centros de salud para atender una urgencia-emergencia pediátrica. ¿Han realizado un DAFO sobre las urgencias pediátricas que les permita analizar las debilidades, las fortalezas, las amenazas y las oportunidades, y hacer así una planificación adecuada y acorde con la realidad? Desde luego, la situación actual se podría resumir en pocos recursos materiales y de personal sanitario, presión asistencial, médicos de atención continuada con poca formación pediátrica, falta de coordinación, riesgo de pérdida de confianza de las familias, falta de planificación en la ordenación de los recursos, saturación de las urgencias pediátricas.

Y, desde luego, en este apartado, para terminar, lo haré con unas palabras del director general de Asistencia Sanitaria, formuladas en esta Comisión con fecha doce de abril de dos mil trece, que decía así: "No hay, con carácter general, servicio de urgencias pediátrico con pediatras en toda la Comunidad". Cuatro años después, la situación es la misma: no se ha avanzado lo suficiente al respecto, y, lo que es peor, de su intervención se deduce que seguiremos en la misma senda, porque, como ustedes consideran que todo está perfecto, desde luego, pocas líneas de actuaciones de mejora nos ha transmitido en su primera intervención.

En cuanto a la situación de la gestión de las urgencias y hospitalización pediátrica en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca durante el mes de diciembre de dos mil dieciséis, la verdad hay que decir que fue un auténtico caos y hubo una saturación tremenda, sin previsión ni planificación inicial. Porque cabe recordar... y sí que, cuando preparaba esta... esta intervención, veía que en septiembre de dos mil dieciséis los pediatras -como dicen los titulares de los medios de comunicación de Salamanca- estaban en pie de guerra por la reducción al 33 % de las plazas mir, con la consecuencia inmediata que caerá la caída... caerá, perdón, la calidad de urgen-



cias para los niños. La primera consecuencia de esta decisión será que la plantilla de servicios será insuficiente para afrontar las guardias y caerá la calidad de la atención de los servicios de urgencias. Pues da la sensación que dicho y hecho, se cumplió la previsión, entendiéndolo, y por lo que usted ha explicado, que, efectivamente, hubo un brote de epidemia de bronquiolitis; pero, desde luego, hay que estar preparados para este tipo de situaciones, porque, además, en su intervención usted decía que sabían que desde hace varios años había un incremento de esta epidemia. Entonces, ¿por qué no hubo planificación y previsión ante esta situación?

Tampoco puede decir que se produjo en los días más complicados del año, es que un hospital no debe de tener días complicados, un hospital debe de estar preparado para cualquier situación de emergencia en cualquier momento, sea el día que sea, da igual que sea diciembre, da igual que sea enero. Usted ha hablado que fue una situación extraordinaria, que se pusieron los recursos y los materiales suficientes, que hubo un plan de medidas de actuación, que hubo el personal necesario. Pero esto fue tarde, porque, si realmente se hubiesen hecho las cosas a tiempo, nada de esto hubiera ocurrido. Desde luego, creemos que no hubo ni previsión ni planificación, y también, desde luego, todo esto son consecuencias de los recortes del Partido Popular en materia de sanidad.

Desde luego, el Partido Socialista lo que quiere es que esto no vuelva a ocurrir, y que, desde luego, todas estas medidas y todos los planes se hagan antes de que se produzca la situación para no remitir... o ver lo que ocurre en Salamanca y en otros hospitales. Pero, vamos, Salamanca, la lucha por la sanidad pública crece con la masiva protesta de 15.000 personas. Algo grave está pasando en nuestra sanidad y, en especial, en este caso, en pediatría. Gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señora procuradora, Ana María Agudiez. Quiero indicar que por el Grupo Mixto no se encuentran en la sala, y pasamos al Grupo Podemos Castilla y León. Tiene la palabra la señora procuradora Isabel Muñoz.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Gracias, señora presidenta. Gracias también al señor director de Asistencia Sanitaria por su comparecencia aquí esta mañana. Y buenos días, señorías.

En fin, a ver por dónde empiezo, porque la verdad es que una tiene la sensación de estar viviendo el Día de la Marmota -me parece que se llama esta... creo que ustedes lo han visto esta película, ¿no?, en la que todo se repite constantemente- o en un mal sueño, yo también me digo que a veces tiene una la sensación de estar en un mal sueño en el que... del que no puede salir, porque comparecencia tras comparecencia del señor consejero o de los directores la verdad es que siempre nos ocurre lo mismo, nos vienen... nos relatan casi siempre las mismas cosas, las excelencias y lo bien que está todo. Lógicamente, a lo mejor no queda otro remedio, porque están en su papel, a ver si no qué van a decir, ¿no?, pero, bueno entendemos que cuando -por lo menos en este grupo parlamentario- se piden las comparecencias es para mejorar, para advertir sobre aquellos puntos o aquellos asuntos en los que creemos que la sanidad está mal, y mejorar.

Por eso tampoco entendemos que se pongan la venda antes de la herida, como creo que ha hecho esta mañana el señor director, porque toda la primera parte



de su comparecencia pues es relatarnos, primero, que todas las personas que tienen poder de decisión en nuestra sanidad pública son personas debidamente cualificadas y además que están perfectamente preparadas. Pues, hombre, hasta ahí creo que entendemos que tiene que ser así, pues no creemos que estuvieran al frente de nuestra sanidad pues fontaneros o... -con todo el respeto que haya a esa profesión- o cristaleros o cualquier cosa. Esperamos, desde luego, que, desde luego, las personas que toman decisiones en nuestra sanidad pública, pues, desde luego, estén preparadas. Pero, ya digo, la sensación que, por lo menos en este grupo parlamentario, hemos tenido es que el señor director se estaba poniendo la venda antes que la herida.

Antes de continuar, quiero decir que queremos que conste en el Diario de Sesiones que nosotros... nuestro parlamentario, el veintiocho de diciembre, pues pidió la comparecencia del consejero de Sanidad para el tema de lo que estaba pasando en Salamanca en las urgencias pediátricas. Y yo no sé si habrá habido un mal entendido o no mal entendido, pero no entendemos que se posponga... que se quede ahora mismo en el orden del día, nos ha extrañado, porque parece ser que Mercedes, la portavoz, dijo que no quería; pero eso no quita para que nuestra... esa comparecencia hubiera salido hoy, ya que era el mismo tema, en el orden del día. Tendría que haber quedado reflejado también en el orden del día que Podemos pide el veintiocho de diciembre la comparecencia del señor consejero para el tema de las urgencias pediátricas, el caos de las urgencias pediátricas de Salamanca; es que entendemos que eso tenía que haber sido así.

Aparte, ahora hubiera llegado el momento de llegar a un acuerdo de si lo debatimos entero, pero no tiene sentido, porque ¿nosotros qué hacemos ahora? Pues lo lógico, que la mantenemos. ¿Y otra vez vuelve el señor director o vuelve el señor consejero a dar explicaciones del mismo tema? No entendemos por qué no ha aparecido nuestra petición de comparecencia, ya que se trataba del mismo tema. Por lo cual, queremos que esto figure en el Diario de Sesiones. Vale.

Bueno, una vez dicho esto, y esa pequeña introducción que he hecho en cuanto a que nada nuevo bajo el sol a este respecto, y así no vamos a avanzar, así no vamos a avanzar, eso ya... Es que yo creo que esa es la primera máxima que tendríamos que decirnos cada uno de los grupos políticos, y entiendo que por la parte de la Oposición, en lo que refiere... en lo concerniente a Podemos sí lo estamos haciendo, pero entendemos que por parte del Partido Popular, en este caso, bueno, de la Junta de Castilla y León, pues no se está haciendo. Es como si se encapsularan en ese "estamos en el camino correcto, no tenemos fallos y seguimos para adelante", cuando esto no es así, esto no es así.

Yo, esta mañana, venía con muchas ganas de ver esos famosos criterios, dije: mira, por fin, a lo mejor... aunque ya tenía mi desconfianza de que no iba a ocurrir, que se iban a blindar en ese discurso pues triunfalista, como he dicho ya. Pero es que yo... es una pregunta que le voy a hacer ahora mismo al señor consejero, para que... perdón, que al señor director le voy a hacer directamente para que nos conteste cuando le toque su turno, ¿qué criterios se siguen? Porque constantemente en esta Comisión de Sanidad estamos asistiendo a las deficiencias en urgencias pediátricas que existen a lo largo y ancho de nuestra Comunidad Autónoma.

Se han discutido aquí y se han debatido proposiciones no de ley en las cuales quedaba claro y patente que había necesidad de pediatras en las consultas norma-



les, pero también en las urgencias. Y esto... ya lo vuelvo a decir una vez más, porque creo que lo decimos, pero quizá no, o sí, yo ya no sé si lo repetimos mucho, y a fuerza de repetir las cuestiones también pierden sentido, porque nos acostumbramos. Pero es que esta deficiencia es patente y los usuarios, los pacientes no se quejan de vicio. Es que nadie en su sano juicio entiende que un padre, una madre, se queje de algo si no es porque realmente ese algo le duele. Y hay una cosa también clara, que la sanidad tiene que dar respuesta a las demandas, si es que eso está claro, si no es una sanidad deficiente.

Efectivamente, se pueden dar lugar hecho puntuales, anecdóticos incluso, y somos humanos y los entendemos, pero no se puede hablar de fallos, así, puntuales, cuando las cuestiones perfectamente se sigue lo que hay y perfectamente se puede ver de dónde partimos y hacia dónde vamos. Me explico, la ausencia de pediatras está reconocida, o la falta de pediatras está reconocida hasta por el propio señor consejero, que aquí nos ha dicho, en sede parlamentaria, cantidad de veces que no pueden poner pediatras al frente de las consultas ni de las urgencias, pues porque no hay pediatras. Claro, porque en el fondo aquí, si nos quedamos en la superficie, estamos hablando de urgencias pediátricas, pero es que esto es la causa y el efecto de lo que ya hemos también denunciado muchas veces, que es la situación de la Atención Primaria. Pero, señores míos, cómo va a haber pediatras aquí, ni pediatras ni otras especialidades, si es que de Castilla y León la gente sale huyendo.

Yo tenía pensado decirle al señor director, hoy, que pruebe usted a trabajar de lunes a viernes, sin que le paguen el sábado y el domingo, y en lugar de estar en un cómodo despacho, que vaya usted por los distintos consultorios de España, y por esas carreteras -que los médicos y las enfermeras pasan más tiempo en las carreteras y delante de los ordenadores que atendiendo a los pacientes; que esa es otra, la calidad de la asistencia-, pruebe usted a hacer ese tipo... ese trabajo, y usted con 20 o 25 años, 25 años que será cuando acaben las especialidades, ¿dónde se va usted? A otras Comunidades y a otros países. Si la Atención Primaria... esto es un problema derivado de la escasez y de lo mal que atienden aquí a la Atención Primaria, cuando la Atención Primaria es el eje central... -no dicho por mí ni por Podemos, dicho por la Asociación de Médicos de Familia- es el eje fundamental de la sanidad. En la Atención Primaria se tendrían que resolver el 80 y el 90 %. Luego hablamos de caos y de saturación, pero cómo no va a haber caos y saturación en las urgencias.

Mire, los médicos de familia, cuando van un padre, una madre, con un niño, y sobre todo lactantes, un médico de familia que está perfectamente capacitado para atender a los niños, pero un médico de familia se cura en salud con un lactante y lo manda a urgencias, porque los niños son pues mucho más delicados y... además, hay una especialidad que así lo reconoce, porque, si no, de qué la especialidad, de qué la especialidad. Por lo cual, las urgencias se colapsan porque no hay suficientes urgencias pediátricas bien... además, bien establecidas, como tienen que estar; si constantemente -vuelvo a repetir- lo estamos diciendo.

Bueno, como quedarán... me quedará más tiempo para la segunda intervención, solamente quería hacerles una puntualización sobre cómo ustedes le dan importancia a las especializaciones cuando quieren, y cuando no, no, y eso también hay que tenerlo en cuenta en el tema que estamos hablando. Porque ahora parece ser... también en esto el señor director se ha puesto la venda antes de la herida, porque nos ha estado todo el rato intentando convencer, además nos ha dicho que a los



niños... que son muy amplios las dolencias que pueden tener, y que les puede tratar desde un psiquiatra a un... en fin, a otras especialidades, ya digo, siempre queriéndonos hacer ver que no es tan necesario que haya pediatras, pero, por otra parte, ustedes reconocen la carencia de pediatras, ¿me explico? Entonces, también importante es ver como... -por ejemplo, ahora que estamos con el tema de los concursos de traslados- como dan mucha importancia a las especialidades cuando quieren, porque en otros momentos nos dicen que ciertas especialidades son imprescindibles para mantener la calidad.

Como ya veo que me quedo sin tiempo, continuaré luego con este tema y con el tema puntual de Salamanca, que lo he dejado para la segunda intervención, porque ese no tiene desperdicio. Ese no tiene desperdicio, y le voy a hacer a usted unas preguntas, y con esto termino, señora presidenta, para que no me llame usted la atención. A ver cómo... [Murmullos]. ¿Ya está el tiempo? Ah, perdón. No, no, no, si no me da... lo digo para, como va a haber otra, las preguntas las hago *a posteriori*. [Murmullos]. No, no, simplemente unas preguntas, para darle la oportunidad al señor director de que contestara, unas preguntas muy breves. [Murmullos]. Bueno, pues en la segunda intervención, vale. Lo que el señor portavoz diga, que parece que está dirigiendo a la señora presidenta.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

A ver, señora procuradora...

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Bueno, pues... No, no, no, vale.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

... está en su turno de palabra.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Estoy fuera... perdón, estoy fuera de tiempo y si la señora presidenta me da tiempo para enunciar las preguntas, lo hago, y, si no, lo dejo para la otra intervención. Lo que usted diga yo lo acato totalmente.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

A ver, como quiera. Si quiere déjelo para el segundo turno.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

¿Me da usted permiso? [Murmullos]. Vale. Pues mire, hablando de criterios, que quiero que me cuente específicamente los criterios que hay -como le he dicho anteriormente- para las urgencias pediátricas. ¿Qué criterios se siguieron para dejar a Salamanca el año pasado sin dos mir... sin dos en pediatría, que parece que eso se ha subsanado, pero que el año pasado estaban con un 33 % menos de mir en Salamanca? Esa es una pregunta.

Y la otra. ¿Cómo... habiendo advertido los pediatras de Salamanca que la situación se podía dar, porque Salamanca es un centro de referencia en pediatría y



está recibiendo muchos pacientes de otros lugares de la Comunidad, cuándo presentan estos... ese plan estratégico los pediatras, cuándo los presentan a la dirección médica y cuándo se pone... y cuándo se pone en efectivo esa estrategia? Porque entendemos que se ha puesto ya en noviembre y diciembre, cuando ya era tarde. Eso es lo que nos... quería, esas tres preguntas que me contestara. Muchas gracias por el tiempo, señor presidenta.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señora procuradora, Isabel Muñoz. Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor procurador don Alejandro Vázquez.

EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Gracias, señora presidenta. Buenos días, señorías. Antes de empezar mi intervención, simplemente decir que entiendo que hay cierta flexibilidad hoy al haber agrupadas dos... y es lo que quería decir; no quería marcar el tiempo a la señora presidenta, sino decir que me... *[murmullos]* ... me parece que hay no le iban a regañar a la señora procuradora de Podemos porque hoy cierta flexibilidad de tiempo. No quería decir otra cosa, ¡Dios me libre! Bien. *[Murmullos]*. Disculpada, como siempre. *[Murmullos]*. No. Pues estaba diciendo precisamente lo contrario. Digo que disculpada, señora Muñoz.

Bueno, en primer lugar, desde nuestro grupo queremos dar la bienvenida a esta Comisión al señor director general de Asistencia Sanitaria, así como a la señora directora técnica que le acompaña, y agradecerle las informaciones que nos ha manifestado sobre los dos temas en cuestión: tanto el de las urgencias pediátricas extrahospitalarias en la Comunidad como en los hechos sucedidos en las urgencias del Hospital Clínico Universitario de Salamanca en diciembre del año dos mil dieciséis.

Pues bien, la organización de urgencias y emergencias en nuestra Comunidad viene relacionada a partir del Real Decreto 228/2001, de veintisiete de septiembre, en el que ya se recoge de modo bien diferenciado los tres niveles de urgencias que existen en la Comunidad; es decir, de las propias emergencias, el de las urgencias de Atención Primaria, el de las urgencias de Atención Especializada. Tanto es así que en el nuevo Decreto 42/2016, que establece la organización de los órganos periféricos de la Gerencia Regional de Salud, se sigue considerando la Gerencia de Emergencias como Gerencia independiente del resto de las Gerencias de Salud de Área, como queda reflejado en dicho decreto.

Los puntos de atención continuada y los centros de guardia constituye los recursos fundamentales de la asistencia de urgencia en Atención Primaria. Según los datos obrantes en el portal de transparencia de la Gerencia Regional de Salud, existen un total en Castilla y León, en el dos mil dieciséis, de 179 puntos de atención continuada y 20 centros de urgencia. Además, según esos mismos datos, la... los recursos de la Gerencia de Emergencias Sanitarias quedaban recogidos del siguiente modo: 23 unidades medicalizadas de emergencias, 117 de soporte vital básico, 17 uvis de transporte interhospitalario, 3 helicópteros y 3 apoyos logísticos.

Por lo tanto, dependiente de las Gerencias de Área o de las Gerencias de Salud de Castilla y León, según estén adaptadas al nuevo decreto o no, cada día



existen 199 puntos de atención continuada extrahospitalaria en nuestra Comunidad, y en esos puntos de atención continuada trabajan médicos de familia y enfermeras, salvo que usted me corrija de lo contrario.

Durante esta legislatura hemos asistido a la presentación de 6 iniciativas legislativas de diferente cariz por diferentes grupos, en los cuales se interesaban sobre la presencia de urgencias a enfermos pediátricos extrahospitalarios. Asimismo, hemos venido asistiendo a diferentes campañas ciudadanas pidiendo atención pediátrica en diferentes puntos de la... de la Comunidad, como Ciudad Rodrigo o La Bañeza. En esta última localidad leonesa se han esgrimido argumentos que, si bien manifiestan un deseo -deseo loable-, desde nuestro punto de vista no marcan con concreción la realidad. Así, se han vertido frases como "si nosotros tenemos médico de urgencias las 24 horas, ¿por qué nuestros hijos no?". O, incluso, se ha llegado a afirmar que se está jugando con la sanidad de nuestros... con la salud de nuestros hijos.

Todo ello nos debe llevar a preguntarnos si quien presta la atención de urgencias en los puntos de atención continuada está capacitado para atender niños de cualquier edad. La existencia de urgencias en los puntos de atención continuada se presta por especialistas en medicina familiar y comunitaria, médicos especialistas con formación regulada mediante un programa realizado por la Comisión Nacional de la especialidad, visado por el Ministerio, y formación a la que acceden mediante el examen mir, y se realiza en centros que están acreditados por el Ministerio de Sanidad.

Pues bien, concretamente, en la página 63 de ese programa de formación para especialistas en medicina familiar y comunitaria se recoge, como uno de los objetivos de formación en el área de atención al niño -concretamente con el número 4-, manejar las urgencias pediátricas más frecuentes. No se habla de diagnosticar, de intuir o de derivar; el objetivo habla de manejar. Y como todos nosotros podemos considerar, el manejo de las urgencias lleva consigo todo el proceso de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y, en su caso, derivación, si procede. En esa misma página se recoge, dentro de los conocimientos y habilidades que debe de adquirir el especialista en medicina familiar y comunitaria, con un nivel de prioridad I y un nivel de responsabilidad primario, manejar las urgencias pediátricas más frecuentes: convulsiones, dificultad respiratoria, estridor, dolor abdominal, síndrome febril, deshidratación e intoxicaciones. Este nivel de responsabilización primario pone de manifiesto que el médico de familia debe de responsabilizarse del tratamiento o derivar correctamente a nivel hospitalario aquellos casos que así lo requieran.

Pero además pensamos en el tipo de urgencias que sufren los niños, tan frecuentes como las urgencias que podríamos denominar desde el punto médico, los menores sufren traumatismos que requieren atención, y, verdaderamente, a mí como profesional me cuesta mucho... -y como profesional, además, del área médica- me cuesta mucho pensar que los pediatras tengan algún... tengan alguna ventaja en este tipo de urgencias con los médicos de familia.

Por lo tanto, no consideramos admisibles las afirmaciones de que ese tipo de asistencia juega con la salud de nuestros hijos... de nuestros niños. Además, y de acuerdo a los datos aportados por la Consejería de Sanidad a la pregunta escrita de cinco de mayo de dos mil dieciséis del Grupo Parlamentario Ciudadanos sobre el número de urgencias atendidas en los centros de referencia de León, correspondientes a los niños de las zonas de los pediatras del centro de salud La Bañeza resulta que en dos mil quince la atención... en atención continuada en el centro de salud de



La Bañeza I se atendieron 2.007 consultas de urgencia pediátrica –es decir, 5,5 asistencias al día– y en La Bañeza II, 907 –es decir, 2,5 asistencias al día–. De ellos, además, en esa pregunta se informa que se derivaron al Hospital de León 299 niños; es decir, 0,8 niños por día.

Ante estos datos, que son de dos zonas básicas concretas, de La Bañeza I y La Bañeza II, pero pueden ser representativos de bastantes de nuestra Comunidad, ¿cree... se cree justificada usted la presencia de pediatras de urgencia en estos centros de salud las 24 horas del día? Cabe preguntarse también si la situación sería diferente si la urgencia pediátrica fuera realizada por pediatras en lugar de por médicos de familia.

Evidentemente que la formación de los pediatras es específica en pediatría y es distinta a la de los médicos de familia, pero hay que tener en cuenta los medios con los que cuenta un centro de salud a la hora de desarrollar el trabajo. Sin lugar a dudas, estos medios van a impedir al pediatra realizar más técnicas y establecer más diagnósticos o poder seguir al paciente de un modo correcto como lo puede hacer en un ámbito hospitalario. Voy a poner un ejemplo bastante típico, que puede ser un neonato de dos meses con gastroenteritis e intolerancia a la alimentación –bastante típico, sobre todo en ciertas épocas anuales–. ¿El pediatra en el centro de salud le va a canalizar una calota o va a esperar a que venga el médico de emergencias sanitarias para canalizarle la calota? ¿Le va a seguir... le va a seguir la fluidoterapia en el centro de salud o lo va a derivar al hospital para que le siga la fluidoterapia y le realicen las analíticas correspondientes? O sea, yo entiendo que, aunque esté el pediatra en el centro de salud, una urgencia tan frecuente como puede ser el de una deshidratación o una posible deshidratación en un niño, no sé... nadie, en su sano juicio, en el año dos mil diecisiete, se pondría a tratarla en un centro de salud.

Por otra parte, también es el momento de reflexionar lo que sucede en la atención de urgencias a pacientes en edad pediátrica, no ya a niveles extrahospitalario, sino también a nivel hospitalario. En Castilla y León existe atención pediátrica de urgencia diferenciada de los adultos en algunos hospitales del nivel 3 y 4; es decir, que los Hospitales de Aranda de Duero, Miranda de Ebro, Medina del Campo, Soria, Segovia, Ávila, Zamora, Palencia y el Bierzo, cuando un paciente en edad pediátrica acude al servicio de urgencias, es atendido por un médico del servicio de urgencias, no un pediatra, que le atenderá si así es considerado por parte del médico del servicio de urgencias.

Ante todos estos hechos es el momento de preguntarse de qué modo las tecnologías de la información y la comunicación pueden ayudar tanto a los pacientes como a los profesionales. Castilla y León es una Comunidad envejecida y con una importante dispersión geográfica, de ahí que las nuevas tecnologías tengan un impacto muy importante en nuestro medio. Desde el año dos mil trece, la Consejería de Sanidad tiene establecido el programa de telepediatría, en el cual –según los datos que he podido consultar– tiene una media aproximadamente de 40 llamadas diarias; de ellas, el 80 % se resolvieron sin acudir al centro hospitalario y con un resultado de que el 84 % de los que utilizaron el servicio declararon que, de no haberlo utilizado, habrían acudido al hospital. En la encuesta de satisfacción presentada en ese estudio, el 100 % de los encuestados dijeron que estaban satisfechos y volverían a utilizar el servicio otra vez.

Por otra parte, dentro del capítulo de las nuevas tecnologías, creemos que podría ser interesante desarrollar –y así se lo proponemos al señor director gene-



ral de Asistencia Sanitaria- un programa de telemedicina que conectase los centros de salud -empezando por los más alejados de la Comunidad, de los hospitales de referencia- con los servicios de Urgencia hospitalaria. Esto permitiría apoyar a los médicos de familia, siempre que así se requiriese, y podría evitar, aunque no lo creo, desplazamientos innecesarios; serviría, desde luego, para un apoyo importante para el médico de familia a la hora de tomar ciertas decisiones de trascendencia, no solo en el ámbito pediátrico, sino también en otro tipo de ámbitos de las urgencias.

En la motivación con la que el grupo proponente acompaña esta solicitud se habla de que hay un modelo diferente en cada provincia, de las que constituye nuestra Comunidad, adaptándose a las disponibilidades de medios en cada una de ellas. Entendemos que verdaderamente en aquellos lugares -por la información de que disponemos- en los que existe ciertos tramos horarios de atención fuera de la atención ordinaria en los centros de salud por parte de pediatras, y a la vista de lo que se ve en esos datos, es posible que sea debido a la necesidad de la demanda de la asistencia, y, por tanto, entendemos que la causa por la cual están en esos centros puesto es porque ahí existe una sobredemanda, una sobrenecesidad de asistencia.

Indican también el grupo proponente en que su iniciativa... en que la accesibilidad al servicio es distinta. Opinamos que la accesibilidad al servicio de urgencias extrahospitalarias en la Comunidad es la misma para todos los ciudadanos, si bien, evidentemente, la accesibilidad al hospital es mucho más fácil a aquellos que están cerca y próximos al hospital que en aquellos que están alejados; de ahí nuestra intención de que se pueda apoyar la asistencia a los centros de salud mediante alguna... mediante las nuevas tecnologías.

Por tanto, nuestro criterio en este aspecto es que el médico especialista en medicina familiar y comunitaria está facultado y preparado para atender la mayoría de las urgencias de la edad pediátrica, que está perfectamente preparado y capacitado para promover y realizar un traslado hospitalario en las mejores condiciones, y que, por lo tanto, la atención programada como urgente a los pacientes pediátricos en Castilla y León consideramos que es buena, no es una situación catastrófica. ¿Qué se puede mejorar? Por su puesto, todo en la vida, y más en sanidad, es susceptible de mejora, y así lo creemos; pero, desde luego, no podemos hablar de que es una catástrofe la asistencia sanitaria a los pacientes pediátricos de nuestra Comunidad.

Creemos también, asimismo, que sería deseable desarrollar las tecnologías de la información y la comunicación, como le he dicho anteriormente, para conseguir el apoyo de nuestros centros de salud por parte del hospital de referencia, y creemos que debemos de afrontar estos temas con el rigor suficiente y, sobre todo, garantizando la equidad, es decir, poner los recursos necesarios en cada momento que se necesitan, porque así se necesitan, no por otro tipo de criterios.

Por otra parte, la segunda parte de su intervención, en la cual habla de lo acontecido en la gestión de las urgencias y la hospitalización pediátrica en el mes de diciembre de dos mil dieciséis en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, bueno, pues nos remitimos a lo que ya hablamos en esta Comisión el veinticinco de enero del dos mil diecisiete, cuando el señor consejero de Sanidad vino a hablar de la situación de sobresaturación de los servicios de urgencias de la Comunidad con motivo de la epidemia gripal, y concretamente hizo un buen aparte para, concretamente, el tema de la asistencia pediátrica de urgencias, y que, desde luego, él achacó a la epidemia de bronquiolitis que, como usted ha dicho aquí, se produce la mayor parte por el virus respiratorio sincitial.



Pues, bien, esta epidemia que, efectivamente, es de carácter anual, y tiene una característica importante, es que al menos el 10 % de los lactantes se ven afectados y entre el 2 y el 5 % de ellos precisa de ingreso hospitalario; con lo cual, la afluencia, siempre que hay esta epidemia, a los servicios de urgencias de nuestra Comunidad va a estar siempre aumentada. Y así fue, porque realmente se pasó de las 130 urgencias diarias en ese hospital a 200 urgencias diarias en este hospital. Y, evidentemente, aquí se ha dicho que los días... todos los días en los hospitales deben de ser buenos y deben de estar preparados, pero, evidentemente, no es lo mismo atender a 130 niños con diversas patologías que atender a 200 niños, algunos de los cuales precisan intubación, es decir, eso... intubación o ventilación mecánica no asistida, eso verdaderamente produce un estrés importante dentro de cualquier servicio de urgencias, por muy preparado que pueda estar este.

Tal y como se informó por parte del consejero en aquella comparecencia, el Hospital Clínico de Salamanca contaba con un plan de actuación -usted también hoy lo ha refrendado aquí-; un plan de actuación escalonado, en el cual, evidentemente, se toman medidas de distinta graduación, desde, como ha dicho usted aquí, intentar evitar la transmisión nosocomial de la infección hasta aumentar las camas en la planta de pediatría, triplicando habitaciones, o aumentar la capacidad de la uci pediátrica en un puesto más (de seis a siete), porque había saturación de dicha uci pediátrica. También, se recogieron durante los días veintiséis y veintiocho de diciembre la habilitación de uno de los cuatro boxes de neonatología como... con personal de enfermería y auxiliar diferenciado al tener la uci siete pacientes -se dijo aquí- y otras medidas, como la habilitación de una segunda planta para ingresos pediátricos, dotada también de personal correspondiente.

El plan contemplaba incluso, en caso de desbordada la capacidad del hospital, se pondría en marcha el traslado a otros hospitales de la Comunidad, como así se hizo con un paciente de la uci pediátrica, si la memoria no me falla; porque, además, creo que fue a mi hospital. Y finalmente, bueno, se hizo algo, que yo creo que es interesante recogerlo, y que se debe de hacer con mucha más frecuencia, que es hacer una estrategia combinada con Atención Primaria, y verdaderamente reforzar en Atención Primaria en aquellas circunstancias que así sean necesarias. Es decir, creo que verdaderamente esa es la estrategia que más nos tiene que ayudar a sobrellevar ciertas circunstancias que en ocasiones se dan en la asistencia sanitaria.

Se tomaron medidas a nivel de personal, que no voy a repetir aquí, como fue contratación de un pediatra previamente desde el mes de noviembre, e incluso contratación de un neonatólogo, también, una neonatóloga concretamente, y un pediatra con contrato de guardia reforzó la jornada de mañana en aquella área donde más se precisaba, bien en la planta de lactantes, o bien en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Con respecto al personal de enfermería, también se reforzó el turno con una enfermera y un auxiliar más, y en la unidad de cuidados intensivos pediátricos y en la planta de hospitalización.

Me ha gustado también oírle a usted lo que ha hablado de la Comisión Central de Garantía de Calidad, es decir, creo que realmente los órganos de participación de los profesionales dentro de los hospitales, que por la rutina habitual se dejan de utilizar en muchas ocasiones, creo que son los que realmente dan garantía a la dirección, como órganos consultivos de la dirección que son, y que ponen de manifiesto que las medidas que se han de tomar sean concretamente las que van en mejor beneficio del paciente, y realmente pues me parece que es un hecho a perpetuar y a



consolidar el que la Comisión Central de Garantía de Calidad, como órgano consultivo de la dirección, tome en consideración este tipo de situaciones que, sin duda, van a ayudar al mejor funcionamiento del hospital y a la mayor calidad de la asistencia en nuestros pacientes.

Por lo tanto, desde nuestro punto de vista, queda meridianamente claro que no hubo improvisación, sino hubo un plan (es decir, habiendo un plan no se puede hablar de improvisación); queda meridianamente claro que hubo cambios organizativos y que hubo contrataciones y refuerzos; y que, evidentemente, estamos convencidos de que este año nuevamente volverá a venir la epidemia de virus sincitial respiratorio y otros virus respiratorios –adenovirus– y que volveremos a tener días difíciles en nuestros hospitales. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor procurador don Alejandro Vázquez. Para contestar a todos los portavoces parlamentarios, tiene la palabra, de nuevo, el director general de Asistencia Sanitaria, don José Jolín.

EL DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR JOLÍN GARIJO):

Muchas gracias, presidenta. Intentaré dar una respuesta adecuada a todos los planteamientos que han hecho los procuradores. En principio, tenemos que hablar, y yo creo que es una cuestión muy relevante, que el problema en Castilla y León es, precisamente, más que de los pediatras de los niños, o sea, lo que falta en Castilla y León son niños; entonces... y además esto se comprueba cómo, la diferencia entre dos mil diez y dos mil dieciséis, cómo ha disminuido casi en un 4 % la población pediátrica menor de 14 años, mayor, comparativamente, con la población adulta.

Vamos a ver si, con algunas notas que he ido tomando y algunos... y alguna información que tengo al respecto, puedo ir aclarando antes de... bueno, de poder de contestar algunas cuestiones específicas a los señores procuradores. Recordarles que, efectivamente, que la dotación de recursos humanos, de licenciados especialistas en pediatría, bueno, hay un Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud, en donde, bueno, aclara que el pediatra forma parte del conjunto... forma parte del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la zona básica de salud. Y, quizá –y esto siempre lo recalco–, la palabra más importante en Atención Primaria es equipo, “equipo”, y trabajan de esa forma, como un equipo, y en el equipo forma parte el pediatra, forma parte los médicos de familia, forman parte los trabajadores sociales, forman parte los administrativos, forman parte toda la gente que trabaja en la zona básica de salud; es decir, equipo.

Con respecto a los efectivos de Atención Primaria, bien, quiero recalcar que sí que los datos... los últimos datos oficiales, para que no haya dudas y deje constancia de ellas, es que los efectivos en Primaria son exactamente, total de licenciados especialistas de pediatría en Atención Primaria, los últimos datos que tenemos, son 288 licenciados especialistas de pediatría de área –creo que decía el procurador de Ciudadanos 288–; licenciados especialistas pediatría de área, 76; licenciados especialistas de pediatría de equipos de Atención Primaria, 212; efectivos de... y se han mantenido, bueno, se han mantenido, con respecto a dos mil catorce, ha aumentado en un efectivo, recordando que, efectivamente, que ha disminuido en el mismo tiempo... ha disminuido casi un 4 % la población pediátrica.



Por otra parte, los efectivos de Especializada han aumentado, de licenciados especialistas en pediatría, de 154 en dos mil catorce a 169 en dos mil diecisiete; es decir, 15 más. Yo la verdad que aquí pues me resulta difícil ver recortes, porque son casi un 10 % más... no, un 10 % más de efectivos en estos tres años de licenciados especialistas en pediatría. Pese al descenso de la población en tarjeta sanitaria en edad pediátrica, los recursos de la atención pediátrica en la Comunidad no solo se ha mantenido, sino que ha habido incremento en los recursos destinados a esta prestación, sobre todo en Atención Especializada. Mencionar que la población menor de catorce años ha sufrido un descenso del 1,92, y, sin embargo, los recursos destinados, en este último año me refiero, se han mantenido en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria se han incrementado en el último año también de 163 a 169 pediatras en el ámbito hospitalario.

Sí que es importante, yo creo, explicar lo que es la atención ordinaria, ¿no?, para diferenciarla de lo que hemos estado hablando ahora... lo que hemos estado hablando durante la primera parte de la presentación; de la atención... de la atención continuada. Dentro de atención ordinaria tenemos la consulta a demanda, la consulta programada, y no hemos hablado de una pieza que yo creo que es importante poner aquí de manifiesto, que son los pediatras... los pediatras de área, que son personal de apoyo a los equipos de Atención Primaria, que tiene adscritas dos o más zonas básicas de salud que por sí solas no cuentan con población suficiente que justifique la creación de la plaza de pediatría en un equipo de Atención Primaria. Bueno, pues este es el instrumento que en su día se diseñó desde –si mal no recuerdo– el Instituto... del extinto Instituto Nacional de Salud para dar respuesta a estos problemas de asistencia pediátrica en las zonas despobladas o en las zonas pediátricas. Su función es: asistencia médica, ambulatoria y domiciliaria programada de los... programada de los menores de catorce años en las distintas zonas básicas de salud a las que está adscrito. La consulta a demanda se realizará por el médico de Atención Primaria del cupo a que pertenece, aunque existan algunas peculiaridades, que luego les pasaré a relatar.

Bien, esto es importante, saber esta figura, porque, bueno, es la que, de alguna forma, da respuesta a esta atención programada en pediatría en donde... aquellos sitios donde, por la circunstancia que sea, pues no dispone de pediatras o la población a la que atiende no tiene la suficientemente casuística para que pueda haber un pediatra.

Bueno, podemos hablar de indicadores de actividad asistencial. Hay dos tipos de indicadores: tenemos la presión, es decir, el número de pacientes que es atendido cada día en cada consulta por cada profesional; y la frecuentación, que es el número... es la media del número de visitas por paciente que hace un profesional, en este caso de pediatría, en un año. Decirles que, bueno, pues que la actividad está aumentando ligeramente en estos últimos años, pero que... a pesar de que está disminuyendo la población y el incremento de efectivos para el... Y una de las posibles causas es, probablemente, que... lo que ocurre en muchas situaciones en la asistencia sanitaria, que se está registrando más en Medora, ¿eh? Ahora, con la facilidad que tienen los profesionales de poder registrar directamente según abren las historias clínicas, eso, pues nos evita el problema que venimos arrastrando desde hace muchísimo tiempo –no solo aquí, sino en todo el Sistema Nacional de Salud–, del infrarregistro en muchísimos procesos asistenciales, no solo en la pediatría (en cuidados paliativos, en medicina...), en un sinfín de procesos asistenciales.

Bien, tengo datos de la consulta telefónica, que yo creo que, como hemos dicho anteriormente, está siendo pertinente. Además, esto no es una mantra, sino



que son... los indicadores de satisfacción han sido muy positivos, y es la realidad. Es decir, yo, pues no sé, podría contarles... pero yo creo que he puesto encima de la mesa datos que creo que son relevantes y creo que son incuestionables; pero bueno, como todo, están las opiniones y están, bueno, pues las diferentes formas de ver una misma realidad. Pero la consulta telefónica, en un 76 %, es decir, 13.000 consejos telefónicos, han servido pues para paliar o para dar una respuesta a la urgencia, en este caso pediátrica, porque tenemos que recordar que la urgencia es la sensación subjetiva, la sensación subjetiva, que tiene una persona de malestar o de pérdida de su estado de bienestar. Subjetiva.

Bien, dicho esto, en cuanto a cómo están nuestros pediatras en la... cómo están los cupos pediátricos. Bueno, el real decreto -hay un Real Decreto de mil novecientos noventa y tres que regula la libre elección de médicos de los servicios de Atención Primaria- establece que tiene que haber un número óptimo de personas entre... de pediatría: entre 1.250 y 1.500, según características de la zona básica de salud; establece esa horquilla. Bien, nosotros podemos decirles que, por motivos organizativos, 37 pediatras de área con tarjetas asignadas... hay 37 pediatras de área -como les he comentado anteriormente, la figura del pediatra de área- que tienen tarjetas asignadas, de los que 23 solo tienen una zona básica asignada y funcionan como un pediatra de equipo. Esta circunstancia es por una cuestión organizativa y por una cuestión de que nosotros nos tenemos que acomodar a las circunstancias cambiantes de la población, es decir, la población se modifica, y, por lo tanto, la obligación de la asistencia sanitaria es adaptarse a esas necesidades cambiantes.

Les puedo afirmar que el 95,97 % de los puestos de pediatría tienen menos de 1.250 tarjetas sanitarias asignadas, y el 65,73 % tienen menos de 1.000 tarjetas sanitarias individualizadas. Por lo tanto, no podemos hablar, ni mucho menos, de un exceso de cupos pediátricos, sino más bien todo lo contrario, una organización que está por debajo de los parámetros establecidos como número óptimo por un real decreto. Bien.

Peculiaridades. Nosotros, en el modelo que hemos establecido y hemos puesto encima de la mesa y le hemos intentado explicar, efectivamente, intenta dar una estrategia homogénea, pero nuestra organización, Castilla y León, tiene muchas peculiaridades orográficas, demográficas, etcétera, por ello... por ello, las consultas de atención pediátrica en los puntos de atención continuada existen en 6 áreas de salud. Y les voy a explicar... o voy a intentar dar los datos que me ha pedido anteriormente el procurador de Ciudadanos.

Decirles que estas consultas son atendidas por los pediatras de equipos de Atención Primaria, los pediatras de área y por médicos de familia; es decir, por estas tres... estas dos especialidades: la pediatría y los médicos de familia. En Burgos tenemos el PAC de San Agustín y el PAC Gamonal, el PAC de Aranda de Duero y el PAC en Miranda de Ebro, que tienen un horario de consulta de nueve a quince todos los sábados. En el Bierzo, el PAC de Ponferrada tiene un horario de consulta de quince a veintidós los días laborables y de diez a veintidós los sábados, domingos y festivos. León, en el PAC de José Aguado el horario de consulta es de quince a veintiuno los días laborables y de nueve a veintiuno los sábados, domingos y festivos. En Palencia, en el PAC Integrado de Palencia, el horario es de diez y media a una y media todos los sábados. Valladolid Oeste, el PAC de Arturo Eyries, el horario de consulta es de quince a veintidós, con un refuerzo de diecisiete a veintiuno, los días laborables; y de ocho a veintidós, con un refuerzo de diez a veintidós, los sábados,



domingos y festivos. En Valladolid Este, el PAC Pilarica, el horario de consulta es de dieciséis a veintitrés los días laborables y de diez a veintidós los sábados, domingos y festivos.

No disponen de consultas de atención pediátrica las áreas de salud de... en Atención Primaria, atención pediátrica urgente me refiero, en los PAC, en los puntos de atención continuada, Salamanca, Soria, Zamora, Ávila y Segovia. Y esto lo tenemos que ver porque son las Gerencias las que justifican la existencia de estas consultas de atención pediátrica en los PAC, por motivos organizativos, en algunas zonas y en horarios concretos. Yo creo que la mejor forma de trabajar en una organización es... sobre todo en una organización en donde es el conocimiento... es el conocimiento de los profesionales la base de cómo hay que hacer las cosas, confío, siempre he confiado y confiaré en la soberanía organizativa de los profesionales, y son ellos y sus recursos, junto con las Gerencias, las que determinan estas características peculiares y todas las que puedan irse sucediendo con el devenir y con la diversidad demográfica que tiene nuestra Comunidad.

Más cosas que les podremos... que les puedo comentar con respecto a la pediatría en Castilla y León. Efectivamente, fue en mil novecientos noventa y ocho cuando se generó la... por el Instituto Nacional de Salud la figura del pediatra de área como personal de apoyo a los equipos de Atención Primaria, ahí estará destinado en un área de salud adscrita funcionalmente a dos o más zonas básicas; tiene unas funciones determinadas. Y la situación de Castilla y León refleja que en todas las provincias los pediatras de área realizan las funciones que detalla su resolución. Es cierto que en la mayoría de los casos el pediatra de área ha asumido también la asistencia sanitaria a demanda de sus pacientes, siendo Salamanca la única provincia en la que no se observa este hecho, y esto es por lo que decía anteriormente, porque nos tenemos que ir acomodando a las diferentes circunstancias. Las funciones del pediatra de área es prestar la asistencia médica ambulatoria y domiciliar programada, hasta catorce años, protegidos por la Seguridad Social. La asistencia médica incluye la práctica de técnicas habituales, la información y educación sanitaria, etcétera.

Peculiaridades del pediatra de área. Por cuestiones organizativas, como les decía, existen 37 pediatras de área con tarjetas sanitarias asignadas; 23 de ellos tienen asignada una zona básica de salud, funcionando, en estos casos, como un pediatra de equipo a todos los efectos. Esto ocurre en Ávila, en Burgos, León, Segovia, Soria, Valladolid Este y Valladolid Oeste.

En este sentido, sí que les puedo decir que nosotros estamos manteniendo reuniones con las tres sociedades de Atención Primaria en Castilla y León respecto a estudiar los casos en que un pediatra de área tenga adscrito una zona básica de salud, y las diferentes circunstancias que se van dando, junto con los cambios demográficos, y que hacen pertinente el estudiar determinados cambios en las plantillas. Pero, por otra parte, eso nos permitiría... o no permitiría, en este caso, la versatilidad que requiere el tener un pediatra de área que puede actuar en varias zonas básicas de salud a la vez.

Otros datos de interés es el porcentaje de puestos de pediatra ocupados por médicos de familia, y comparativamente con el Sistema Nacional de Salud, es decir, para darles a entender con datos que aquí no estamos haciendo nada raro. En Castilla y León, los puestos destinados a Atención Primaria... a Atención Primaria... a atención pediátrica en Atención Primaria están ocupados en un 6,05 % por médicos



de familia. En Castilla y León, los puestos destinados son estos, y en el Sistema Nacional de Salud, comparativamente, esta cifra se sitúa entre el 25 y el 30 % de las situaciones, es decir, un... multiplicamos por 4 la situación que se produce en Castilla y León. Por lo tanto, no es algo novedoso ni es algo que, ni mucho menos, vaya en detrimento de la calidad de la atención... de la atención pediátrica, en este caso.

Vamos a comparar la comparativa de los ratios de pediatría con el Sistema Nacional de Salud en Atención Primaria y en Atención Especializada. Miren, aquí ganamos por goleada. Por goleada, porque, bueno, el último dato que tenemos es 1,10, en el caso de la Atención Primaria, niños por mil habitantes; y en el Sistema Nacional de Salud la ratio media está en 0,92. Y en Atención Especializada la ratio está en 0,50; y la ratio en Castilla y León es de 0,55.

Se ha hablado del programa formativo de médicos de familia. Me parece fundamental repasar esta orden con el programa formativo, porque no solo en su punto 4 dice que maneja las urgencias pediátricas más frecuentes, sino que establece las diferentes prioridades y quién es el que debe actuar, resolver la urgencia, en este caso pediátrica; la atención a niños, problemas específicos del niño y actividades preventivas del niños. Entonces, las actividades docentes... es decir, qué deben conocer, manejar, actuar, diagnosticar y tratar los médicos de familia, y esto está perfectamente reflejado por prioridades, y reseñar, manejar las urgencias pediátricas más frecuentes (convulsiones, dificultades respiratorias, estridor, dolor abdominal, síndrome febril, deshidratación, intoxicaciones, además de todas las que ustedes quieran repasando el programa formativo). Y, además, la mayoría de ellas, con un nivel de responsabilidad primario.

Bolsas de empleo. Bien, yo no sé si... En cuanto a bolsas de empleo, concursos y oposiciones, los concursos de traslado no se han convocado; daremos luego cuenta también un poco -porque yo creo que lo ha apuntado el portavoz de Ciudadanos- el problema de los perfiles, de los perfiles en los concursos de traslados, y concretamente en pediatría. Efectivamente, es un problema; un problema serio, y que de alguna forma habrá que abordar, ¿no?, cómo podemos conjugar, por una parte, la posibilidad de nuestros trabajadores, su derecho al traslado, junto con la mejor atención a las diferentes subespecialidades -mal denominadas subespecialidades, porque no están reconocidas, excepto algún área de capacitación específica-; cómo podemos conjugar esos dos factores, ¿no? Luego, por otra parte, tenemos procesos selectivos. Hay convocadas 34 plazas ahora mismo; bolsas de empleo, ya está en funcionamiento.

Y decirles, bueno, pues que la elección para optar a trabajar en las Gerencias de Atención Primaria, por lo general, es bastante menor que en los hospitales. Es lógico, se supone que cuando un residente acabó, pues bueno, un residente recién formado pues es el ardor guerrero lo que le invita, sobre todo, a... bueno, a desarrollar todavía su formación a través de los primeros contratos en los hospitales.

Tenemos... bueno, con respecto a esto sí que... sí que yo creo relevante, porque se ha estado hablando anteriormente de la evolución de las plazas ofertadas en pediatría y sus... es importante este concepto, yo creo que no lo hemos reseñado, y es importante aclararlo: pediatría no solo es pediatría, es también sus áreas específicas; esa es la denominación correcta de la especialidad. Y sí decirles que, efectivamente, sí que ha habido en los dos últimos años (en la oferta quince-dieciséis, dieciséis-diecisiete) una disminución en el... en el Complejo Asistencial Universitario



de Salamanca de las... de las plazas ofertadas y adjudicadas; han pasado de 6 a 4. Entonces, hablado con la gerente de Salamanca, indica que se han reducido las plazas porque... a petición de la Gerencia del centro, porque no tenía actividad que lo justifique, porque el índice de ocupación medio de las unidades de hospitalización, excluyendo el mes de diciembre, evidentemente, era... no llegaba al 50 %. Esto, como ustedes saben, hay una serie de parámetros que establecen... para reconocer y asegurar la correcta formación de los residentes, tiene que haber, bueno, pues una serie de indicadores y una serie de porcentajes que deben cumplir las diferentes unidades de hospitalización para garantizar esa formación en los especialistas. En cuanto a formación, yo creo que poco a reseñar.

Y sí que en las comparecencias, en sus intervenciones... Empezamos por el procurador por Ciudadanos, señor Mitadiel. Efectivamente, los niños no son adultos bajos, ni mucho menos, yo creo que lo he expuesto desde un principio, pero son... los de quince años son de una forma y los lactantes, recién nacidos y prematuros son de otra forma. Es decir, la variabilidad que hay en esta... en esta actividad asistencial es tremenda, ¿no? Yo creo que en lo que ha expuesto no difiere bastante con respecto a lo que yo he expuesto. Sí que... yo creo que, por lo general, el planteamiento que ha hecho usted, bueno, pues además de agradecerle su atención, pero lo que sí que lamento es no haber resuelto todas sus dudas. Yo lo que he expuesto es un modelo, el modelo que propugna y que está aplicando -y que entiende que... entiendo que tiene buenos resultados- la Dirección General, la Gerencia Regional de Salud y la Consejería de Sanidad. Es un modelo, es el modelo de urgencias y emergencias integrales; y es la cuestión clave de todo esto, y que lo he querido dejar claro desde un principio: integrales, integradas y de atención continuada.

¿Por qué es un buen modelo? Pues porque tiene mucha experiencia, porque está muy consolidado, porque es el que tiene la mayoría de nuestro Sistema Nacional de Salud, la mayoría de los servicios de salud. Pero hay otros modelos, hay otros modelos, otros... otra forma de hacer las cosas en urgencias, en emergencias y en atención pediátrica; por supuesto que hay otros modelos. Hay algunos modelos que, por ejemplo, establecen que la atención de urgencias... la atención pediátrica de urgencias se debe dar exclusivamente en el ámbito hospitalario. Eso ocurre. Hay otros modelos que lo entienden de otra, pero nosotros hemos optado por este modelo, por un modelo fiable, un modelo comprobado, ágil, que se adapta a las diferentes situaciones, y, sobre todo, un modelo organizativo que confía en la organización y en la soberanía que hacen los profesionales a la hora de adoptar las decisiones y en la forma de organizarse.

Este modelo tiene un criterio común. ¿Por qué hemos optado este modelo? Y esto sí que me parece muy importante. Porque, mire, nosotros somos de la opinión... no seamos de la opinión, entendemos que las urgencias son urgencias y emergencias, y luego le podemos poner el apellido que ustedes quieran, pero lo primero, que son las urgencias, son las urgencias, las emergencias y la atención continuada, y luego vendrá las urgencias pediátricas, oftalmológicas, del politraumatizado, del otorrinolaringológico, del geriatra, etcétera, etcétera, etcétera. Por eso es tan importante el concepto de integral, integrado y de atención continuada, porque las urgencias y emergencias tienen el apellido detrás; se empieza por donde se debe empezar.

Sí que hay un problema de pediatras; efectivamente, hay un problema de pediatras a la hora de contratar pediatras, y es más llamativo o más agudo en el



ámbito de la Atención Primaria. Me ha hablado de San Ildefonso, de... bueno, luego, si eso, lo concretamos.

Pero sí que, con respecto a lo de Salamanca, yo creo que reseñar que sí que había un... hay un plan... un plan estratégico, escalonado, progresivo, a partir del mes de octubre dos mil dieciséis, y, bueno, y se ha ido adaptando, y yo creo que he enumerado cómo, de forma progresiva, se ha ido adaptando a las necesidades cambiantes que ha tenido las urgencias... la pediatría en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Mire, no puedo por menos que traer a colación a nuestro querido PERYCLES, el Plan Estratégico de Reducción de Demoras y Listas de Espera, y, si lo han leído con detenimiento o han tenido la oportunidad de hacerlo, establece claramente que los hospitales no es que tengan que tener un plan de contingencia, tienen que tener varios planes de contingencia para todas las eventualidades que se pueden ofrecer o se pueden establecer en un hospital, porque, desgraciadamente, el virus sincitial respiratorio es uno más, hay muchos más virus y muchas más circunstancias que obligan a establecer planes de contingencias en períodos estivales, en períodos... determinados períodos del año, frente a posibles infecciones por virus gripe aviar, virus ébola, etcétera, etcétera, etcétera. Ahí está perfectamente definido cómo tiene que establecer, en el Plan PERYCLES, que, entre otras cosas, apuesta también por la soberanía organizativa de los profesionales.

No ha habido improvisación, no ha habido improvisación. Pero aquí sí que les quiero algo que yo de gerente pues tuve la oportunidad de comprobar muchas veces, de alguna forma tenemos que garantizar la actividad asistencial con la mejor calidad, con la conciliación de la vida familiar y laboral de los profesionales, y eso hay que conciliarlo, y es nuestra obligación.

Conclusión: se han curado los niños. Yo me felicito, efectivamente, me felicito porque se han curado los niños, porque no ha habido infecciones nosocomiales, no ha habido infecciones nosocomiales, y porque se ha abordado el brote, se ha parado el brote y se ha dado una buena respuesta a todos los niños que han tenido esta... o han sufrido esta epidemia. Por supuesto que hay Navidad todos los años, hay un plan de contingencia, y ese plan de contingencia se tiene que adaptar a esas necesidades.

¿Cuál es el criterio de la Consejería para las urgencias pediátricas urgentes? Yo insisto: es que no hay unas urgencias pediátricas, no hay unas urgencias pediátricas; hay urgencias y emergencias, y, a partir de ahí, pongan los apellidos que ustedes quieran. Por ese mismo motivo tendríamos que tener unas urgencias oftalmológicas, o geriátricas, otorrinolaringológicas, depende, depende, no hay como conocer o trabajar en las urgencias hospitalarias, o en las urgencias de un equipo de Atención Primaria para darte cuenta que la casuística no tiene nada que ver con el proceso asistencial ni con el grupo etario, como he dicho al principio de la exposición. Y esto es un cuerpo doctrinal de una medicina de urgencias, y esto, si las circunstancias no cambian, seguirá así, porque el tratamiento de los niños, como el tratamiento de cualquier paciente, es holístico, no se circunscribe a un determinado grupo etario o a un determinado proceso asistencial; entonces, sí que es relevante esto.

No sé quién de ustedes lo achacaba, que mi predecesor... es que, efectivamente, es que son urgencias lo que atendemos, y a partir de ahí, dependiendo del grupo etario, de la característica, de las circunstancias que concurren, pues podremos ponerle el apellido, los apellidos que consideren.



Con respecto a la procuradora del Partido Socialista Obrero Español, su preocupante situación en atención pediátrica, he hablado de mantra, ¿no?, de mantra de calidad, de la accesibilidad, mantra por parte de la exposición mía, ¿no?, de la autocomplacencia, de la prepotencia, incluso del desafío; vamos, no esperaba yo ese calificativo. Pero, hombre, ya que hablamos de mantra, vamos a empatar: recortes. Ya estamos empates en mantras. Usted habla de la autocomplacencia, de la calidad, de la tal, tal, tal, de que siempre... por lo menos, yo cuando he venido aquí -hoy es la segunda oportunidad que he tenido-, bueno, pues yo las veces que he estado aquí yo veo otra mantra por su parte, ¿no?, que son los famosos recortes, déficit... Bueno, pues ya, en ese sentido, estamos empates, ¿no?

Insisto en las urgencias pediátricas, que no, que es que las urgencias son... pueden ser geriátricas, pueden ser quirúrgicas, pueden ser oftalmológicas; lo que sí que le garantizo es que tenemos profesionales expertos, y nos olvidamos muchas veces de ellos, nos olvidamos de los médicos de urgencia hospitalaria, nos olvidamos de los médicos de urgencias, de emergencias, nos olvidamos también de... bueno, otros... de los médicos intensivistas, que también atienden las urgencias pediátricas, cuando no tenemos urgencias pediátricas en los hospitales de segundo nivel; es decir, es la urgencia y emergencia lo que define la atención continuada.

Pediatras, bien, por supuesto, pero eso no limita el que podamos obtener... el que tengamos que utilizar de forma eficiente y con la misma calidad otros recursos, ni mucho menos. Me sigue llamando la atención... me sigue llamando la atención que en todas las exposiciones que han hecho todos ustedes se siga sin mencionar a enfermería en las Urgencias de Atención Primaria y en las Urgencias hospitalarias. Yo no me olvido, yo no me olvido de la enfermería, que es una pieza muy importante, muy importante en el triaje, en la clasificación y en la resolución de determinados problemas de urgencias y emergencias; yo no me olvido de las enfermeras, no me olvido de ellas.

Nada es perfecto, todo es mejorable, por supuesto que todo es mejorable. Las plazas mir, efectivamente, han pasado de seis a cuatro, ya les he contado anteriormente. Yo creo que la planificación y la previsión ha sido clara, clara. Y discrepo en algo con usted, ¿no?, y es que un hospital no debe de tener días complicados, pues sí los tiene; un hospital tiene días muy complicados, muy complicados, algunos son planificados y otros no planificados, porque en los hospitales trabajan personas, trabajan muchas personas con muchas circunstancias y con muchas variables que hay que controlar, desde un quirófano que se te puede caer, por cualquier historia, hasta un accidente multivíctimas, hasta una operación salida, hasta días señalados festivos, esos son días complicados. Un hospital, y menos un servicio de urgencias, nunca, nunca es igual, nunca es igual; habrá días complicados, que son casi todos, y alguno más complicado, pero para eso... para eso están los profesionales, ¿no?, que tengo yo, en este sentido, pues la oportunidad de, en este sentido, de gestionar, en la medida de lo posible, ¿no?, para garantizar que esto funcione de la mejor forma posible, ¿no?

Yo lucho por la sanidad pública, que no le quepa ninguna duda, tanto como usted o como cualquiera de los que está aquí, creo en ella y voy a seguir creyendo en ella. Es decir, no me vale el decir que esto... no, no, creo en la sanidad pública.

En cuanto a la procuradora de Podemos, nos relatan pues, bueno, pues lo bien que usted dice que está todo. Pues, mire, es que tenemos una sanidad pública muy



bueno, y se lo digo así, en Castilla y León tenemos una sanidad muy buena, susceptible de mejorar, pero tenemos una sanidad pública buena, muy buena. Pero no hay como viajar, como leer publicaciones científicas, como hablar con profesionales de otros países para darse cuenta de lo que tenemos y lo que debemos mantener en nuestra sanidad pública de Castilla y León y en la sanidad pública de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Yo entiendo que quiera que venga... que hubiese venido el consejero en mi lugar, no entiendo que es porque no me quiera a mí, ni mucho menos, ¿no? *[Risas]*. Pero, mire, nada... dice: nada nuevo bajo el sol. Platón decía que cuando entendemos la luz del día ya es de noche. Bueno, pues tenemos que entender la luz del día, ver que es de día, y hay que viajar, hay que conocer otros sistemas de salud, hay que ver lo que tenemos en... para darnos cuenta qué es lo que tenemos aquí, de verdad. No se lo digo yo, sino cualquier persona, cualquier médico que viaje se lo puede... o cualquier profesional sanitario, cualquier enfermera se lo puede comprobar.

¿Qué criterios se siguen en la urgencia pediátrica?, me pregunta. Pues, mire, urgencias integral, integrada, continuada; y yo pues me gustaría decirle otra cosa, pero es que es así el modelo por el que hemos apostado.

La ausencia de pediatras claro que es un problema, ¿no?, pero también de médicos de familia, también de médicos de urgencia hospitalaria, también de cirujanos vasculares, también... claro que es un problema, ¿no?, también de técnicos en la Dirección General de Asistencia Sanitaria, pues claro que es un problema, ¿no?

Hay algo que sí que le quiero recriminar, pero voy a intentarlo hacer de guante blanco. *[Murmullas]*. Que voy a intentar... le voy a intentar exponer algo, recriminar, pero con guante blanco, señora procuradora del Grupo Podemos. Yo no estoy cómodo en ningún despacho, porque voy a trabajar, o sea, mi despacho sí puede ser cómodo, porque es un despacho de salud pública, para atender a cientos y cientos de personas que durante el año pasan por ahí, y para dignificar el puesto, el que yo ahora mismo ocupo como responsable de la Asistencia Sanitaria en la Dirección General. No me va a decir a mí lo que es trabajar en Atención Primaria, en Atención Hospitalaria, lo que es hacer kilómetros, lo que es conocer los equipos de Atención Primaria, lo que es conocer los hospitales. Mire, cuando usted ha ido, yo ya he vuelto más de cien veces en este terreno, se lo aseguro, se lo aseguro; y, respecto a la actividad y al conocimiento de la sanidad pública de Castilla y León, se lo aseguro. Por lo tanto, yo puedo entender que mi despacho es cómodo, pero ni mucho menos mi puesto y mi desempeño, en toda mi vida profesional, no ha sido cómodo, porque son cientos guardias las que llevo a mis espaldas, y de las que he dado buen lugar.

¿Cuál son los criterios del mir de Salamanca? Pues habría que preguntarlo a la Comisión de Docencia, para establecer cuáles han sido esos criterios, ¿no?, para establecer... para eso tiene las Comisiones de Docencia, cuyo presidente forma parte de la Comisión Central de Garantía de Calidad, y es en donde entiendo que el equipo directivo se tiene que apoyar a la hora de tomar estas decisiones.

¿Cómo no activaron el plan estratégico? Yo creo que lo... lo he contado claramente, ¿no?, o lo he expuesto claramente, es decir, se ha activado de forma progresiva y escalonada.

Con respecto a lo que el procurador del Partido Popular ha puesto encima de la mesa, entiendo que, bueno, pues que, efectivamente, yo creo que es importante



leer lo que nos dice la orden... la orden del programa formativo, que dura cuatro años, de los especialistas en medicina familiar y comunitaria, que no solo se extiende al diagnóstico o al tratamiento, sino al manejo y al abordaje de las urgencias, independientemente del grupo etario al que pertenezcan. Y no solo eso, sino que establece la prioridad I y la responsabilidad.

¿Cree justificada la presencia de pediatras durante veinticuatro horas en los equipos de Atención Primaria, en todos los puntos de atención continuada? No, no, no, por una cuestión muy sencilla: por la casuística; porque no podemos tener pediatras... ¿Dónde está justificada? Donde haga falta. ¿Dónde hace falta? Donde los profesionales y quienes planifican y gestionan los equipos directivos entienden que puede haber pediatras, ¿no?

Neonatos. Efectivamente, ¿qué hace un pediatra en un PAC atendiendo a un neonato o a un niño de un año con fiebre? Es que, por definición, ese niño tiene que ir al hospital; por definición. Entonces, pues bueno, pues no hay como trabajar en la actividad de urgencias para darte cuenta de cuál es la realidad del día a día, ¿no? Entonces, ¿qué sentido tiene?, ¿qué sentido tiene? Tendrá sentido cuando la casuística, cuando la necesidad y cuando una de las consultas que pueda estar en atención continuada pues puede dar respuesta a una demanda muy generalizada de la población, pero siempre en función de la casuística, de la presión asistencial.

En torno al triaje, bueno, ha comparado varios niveles de hospital; el resto de... nivel 3 y 4, que tienen un circuito diferencial, por eso son hospitales de mayor nivel; y el resto, médicos a través de la urgencia, directamente, de la urgencia hospitalaria, que en todos los casos es urgencia hospitalaria. Pero en todos insisto que la característica común es el triaje, el triaje realizado por el equipo cualificado de enfermería.

Telepediatría, ha mencionado. Efectivamente, yo creo que es adecuado y pertinente, y así lo están diciendo las encuestas de satisfacción. Cojo el guante en cuanto a la propuesta de telemedicina, que coordine los centros de salud más alejados con las urgencias hospitalarias, no solo en el ámbito de la pediatría, sino en más ámbitos.

¿Por qué pediatras en Atención Primaria en alguno se ha vuelto...? Bueno, pues yo... yo insisto, ¿no?, por sentido común, por la casuística, por la presión asistencial y porque tenemos que tener rigor, ¿no?, a la hora de establecer los recursos, ¿no?

Salamanca. Las epidemias son anuales muchas de ellas, pero no su virulencia, es decir, lo que determina la diferencia entre una epidemia no es que sea en un determinado mes; no, no, lo que determina su característica es la diferencia en la virulencia, y eso sí que es muy difícil predecir. La medicina no es una ciencia exacta, no es una ciencia exacta, los profesionales lo intentan hacer de la mejor forma posible. Si fuese una ciencia exacta, pues no estaríamos... sería otra forma de hacer las cosas, ¿no?

Se ha puesto... ha insistido en el plan de actuación escalonado, progresivo. Y bien, yo creo que, efectivamente, ha sido... así lo pienso, que ha sido una estrategia... un éxito la estrategia combinada de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, como no puede ser de otra forma. Y, en este sentido, nosotros estamos insistiendo mucho en las Gerencias de Asistencia Sanitaria.

Y ha recalado, y lo vuelvo a recalcar, las Comisiones Centrales de Garantía de Calidad como garantía colegiada, consultiva y asesora.



No hubo improvisación, no... yo entiendo, vamos, y así lo he constatado, que no ha habido improvisación en el Complejo Asistencial Universitario. Hubo un plan, ¿eh?, y está perfectamente relatado.

Volverá la infección, la epidemia por virus sincitial respiratoria; volverá, y volverán otras más, y algunas más difíciles que otras, y habrá situaciones muy complicadas en la sanidad pública de Castilla y León en los próximos años pues con virus que ahora mismo desconocemos, pero bueno, para eso estamos preparados y para eso hacemos las contingencias y para eso pues también estamos aquí, para intentar, de esta forma, aprender y adoptar las decisiones que haya que adoptar.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias por sus respuestas a los grupos. Iniciamos ahora un segundo turno de debate, en el que tiene la palabra el señor procurador don Manuel Mitadiel.

EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:

Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias al compareciente por sus contestaciones. Algunas cosas sí me ha aclarado. Y, efectivamente, lo que faltan son niños, estoy totalmente de acuerdo, pero no me utilice usted el mismo argumento que utilizan nuestros adversarios en la negociación de la financiación de la Comunidad Autónoma. Es decir, claro que tenemos unos datos estupendos de profesionales, pero es porque tenemos que tener esos datos, porque tenemos una población enormemente dispersa, y claro que nos salen buenos datos, pero es que necesitamos tenerlos para tener un mínimo de accesibilidad. Que, por cierto, decía otro de los procuradores que no... de los portavoces, que no consideraba justificado lo que había planteado yo en la comparecencia, que es diferente accesibilidad; creo que el compareciente ya ha explicado, en parte, de lo que yo estaba hablando: no es lo mismo la accesibilidad en la pediatría de Burgos, Bierzo, León, Palencia y Valladolid, que la de Salamanca, Soria, Zamora, Ávila y Segovia.

Y, mire, yo no he trabajado nunca en urgencias, entre otras cosas porque, como sabe, no soy médico, pero, mire, sí he sido padre, y sí que me acuerdo de los comportamientos que tenía con respecto a qué hacía con los niños en situaciones de urgencia. Y, evidentemente, soy de uno de los lugares en los que existen puntos de atención continuada que atienden pediatría, y siempre, siempre, salvo en una ocasión, pasaba primero por la... por el punto de atención continuada, donde atendían a los niños antes de ir al hospital. ¿Por qué? Entre otras cosas, pues porque la asistencia era mucho más ágil, porque consideraba que el proceso era del típico de "no soy capaz de controlar la fiebre con el Dalsy o con el correspondiente", y, por lo tanto, cuando veo que ya se pone en picos altos, pues tengo que ir. Bien, pero este me imagino que es el comportamiento de todos los padres.

Es decir, estos puntos de atención continuada, que usted considera que, bueno, hay muchos sitios donde no les hay fuera de Castilla y León, y fuera de España más, pero, sin embargo, tienen un papel muy importante. Y, como no conocía exactamente cuáles eran los puntos en los que no existen, no he mirado cuál es la presión asistencial de urgencias de cada uno de estos lugares, pero yo me imagino, viendo... que, al menos Salamanca, tiene que tener una situación de alta presión asistencial en urgencias, como motivo de que toda la pediatría acaba... de urgencia acaba derivada en el hospital. Y me da un dato relativo el hecho de que una de las medidas que adoptan



en el tema de la epidemia de diciembre es que constituyen una unidad de urgencia, de emergencia, para atender a todos estos pacientes y que no lleguen directamente al hospital.

Lo que le quiero decir con esto, en resumen, es que esos puntos que tienen establecidos en Burgos, Bierzo, León, Palencia y Valladolid, sería necesario extenderlos a todas las provincias, y sería necesario extenderlo a todas las provincias porque seguro que descongestionarían la asistencia hospitalaria.

Pero, además, habla usted... -aunque esto lo diré para el final- le decía dos de los temas: Soria ya queda explicado; en Soria hay otro... hay otro tema, a ver si alguna vez se acaban las obras del Hospital de Soria, que es cuando me han fiado el que harán unas instalaciones para que estén separados los niños de los adultos, cosa que me parece que es bastante elemental. En Palencia, en Palencia la reivindicación es... antes... lo han juntado todo en La Puebla; la reivindicación es que tengan también esta atención continuada los fines de semana. Esa me parece que sería la cuestión básica.

Después me habla... aunque en este caso ha sido el portavoz del Partido Popular hablando de otro de los problemas que yo planteo, es los centros que son lejanos a los hospitales, y utiliza el dato de La Bañeza. Con todo el cariño, no crea todas las estadísticas. Y digo que no crea porque esos 299 casos, que se refieren me parece que era al año dos mil quince, mire, hablan solamente de los que han sido directamente enviados al hospital, pero es que mi experiencia cercana al tema es que los datos no cuadran mucho; no le puedo dar datos alternativos, pero es que, además, puede que todos no hayan ido directamente al hospital, entre otras cosas por el mismo mecanismo que yo hacía, es: si puedo ir al punto de atención continuada, no voy al hospital, que sé cuando entro, pero no sé cuándo voy a salir, entre otras cosas, salvo que el caso lo requiera.

Y, por último, con respecto al tema de Salamanca, y con esto quiero acabar, mire, tienen planes de contingencia, pero si planes no es lo que falta en la Consejería de Sanidad, si el único problema es cumplirlos; pero planes tienen todos los que quieran, y el problema es que lo tienen perfectamente en una estantería, entonces dicen: bueno, llega Navidades, entonces voy a intentar dar vacaciones al máximo de gente posible. Pues ciertamente, y lo ha dicho usted, hay que conciliar la... pues los derechos de los trabajadores con las necesidades de los pacientes. Entonces, a lo mejor lo que hay que hacer es... sobre todo, y hablaba usted de la enfermería, que tiene un papel básico, pues ahí no nos falta gente a la que podamos contratar, es decir, vamos a hacer un esfuerzo de sustituciones, y así conciliamos el que la gente se pueda ir de vacaciones y, al mismo tiempo, que no nos sorprenda el pico de todos los años. Nada más. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor Manuel Mitadiel. Por el Grupo Socialista, tiene la palabra también la señora procuradora Ana María Agudíez Calvo.

LA SEÑORA AGUDÍEZ CALVO:

Gracias, presidenta. Primero me gustaría aclarar un tema en relación a lo que ha comentado la portavoz de Podemos, porque yo creo que ha habido un malentendido. Mi compañera Mercedes, y portavoz de esta Comisión, no se encuentra en



este momento, pero, lógicamente, la he llamado para ver lo que había sucedido, y, cuando usted habló con ella en el Pleno, en ningún momento se dijo que Podemos participase o no de ninguna solicitud de comparecencia. Muy al contrario, lo que la dijo a usted, señora presidenta, es que estas dos comparecencias no podían unificarse porque trataban de temas muy distintos. Por eso, entienda mi sorpresa cuando usted me ha dicho que se juntaban los dos puntos, porque, desde luego, eso no era lo que había hablado con Mercedes, porque Mercedes, para nada, lo único que la dijo era que no se unificasen los dos puntos, y, lógicamente, las comparecencias, en numerosas ocasiones, las hemos pedido todos los grupos parlamentarios, con lo que, lógicamente, cómo va vetar. Pero, como lo ha comentado la portavoz de Podemos, quiero que quede claro, para que no vuelva a ocurrir ningún tipo de problema con respecto a los órdenes del día y las situaciones y los acuerdos que se puedan llegar a la hora de hacer estas Comisiones.

Dicho esto, continuar con la segunda intervención del señor gerente. Desde luego, se han ido los medios de comunicación, pero para mí el titular de esta Comisión es que el problema no es la pediatría, sino los niños; ¡anda!, tirar balones fuera constantemente. Efectivamente, tenemos una Comunidad Autónoma con una población más bien envejecida, dispersa, etcétera, pero eso no significa que los problemas los tengamos los sectores de población; los problemas los tienen los gestores que no planifican de acuerdo con esos sectores de población; con lo que el problema no son los niños, sino que no hay pediatras.

Segundo, usted habla de los datos. Lógicamente, los datos son números y los datos se utilizan en función de los intereses de cada uno. Me habla de los últimos datos del último Presupuesto porque ha subido, me habla haciendo la comparativa de dos mil catorce. Hágame las comparativas con los datos existentes antes de la crisis, y luego vemos la evolución de lo que se ha dejado de invertir y los recortes en esta Comunidad Autónoma. Le recuerdo que han sido 3.000 millones en sanidad, educación y servicios sociales. Lógicamente, los recortes repercuten y las consecuencias son un empeoramiento de la calidad de nuestra sanidad, que, efectivamente, era una de las mejores.

Lo que decía, hablamos de datos, pero la realidad es la siguiente. La realidad es que no hay pediatras suficientes, y menos en el medio rural, esto nos está pasando en todas las provincias, y más específicamente en mi provincia, que luego comentará, y lo comentará y debatirá con mi compañero José Luis Aceves. Aquí seguimos existiendo ciudadanos de primera y ciudadanos de segunda, hay niños que les atienden pediatras y hay niños que les atienden médicos de familia. Y yo no discuto que estén mal atendidos, no, yo no lo discuto, pero es que le tiene que atender un pediatra, no un médico de familia. Si realmente no hay pediatras, o si realmente están esos problemas, lo mínimo y mismo, y digo, previsión, planificación, gestión; no la existencia de niños o no en unas zonas rurales o menos rurales. Hay una diferencia clara entre los niños del medio rural y los niños que habitan en el medio urbano; y, desde luego, no todos los niños son atendidos por pediatras.

En cuanto a la consulta telefónica, usted, en su primera intervención, estaba yo muy alegre, porque sí que había... la había definido como, la consulta telefónica pediátrica, como un servicio para orientar y aportar soluciones y consejos. Ya en la segunda intervención habla como un servicio de atención de urgencias. No, aquí la Junta de Castilla y León lo vendió a bombo y platillo, como hace siempre, como un servicio de urgencias... de atención de urgencias, pero ahí simplemente lo que se



atiende y se orienta, y usted lo sabe, la mayoría de las consultas son situaciones de cómo tengo que darle el Dalsy, le ha subido un poquito la fiebre, situaciones muy elementales y básicas de dudas que tenemos los padres, porque, lógicamente, ante una situación de urgencia, emergencia, no llamas a un teléfono, directamente llamas al centro de salud, o, como sabes que no está el médico, no está ningún pediatra, muchas veces directamente le llevas al hospital general, que es donde te va a atender un pediatra especializado. Consiguientemente, este servicio es una consulta telefónica, que viene muy bien, pero, desde luego, esto que pone aquí *[la oradora muestra una imagen]*: atención de urgencias pediátricas, nada de nada, y fundamentalmente porque usted habla y ha dicho que no hay urgencias pediátricas.

Segundo titular: no hay urgencias pediátricas. Entonces, ¿de qué estamos hablando? Quiero decir, aquí estamos hablando en la Comisión, que ha habido momentos que usted habla de los criterios en las urgencias pediátricas, y otros momentos de su intervención que no hay urgencias pediátricas, y, desde luego, está en la misma línea que su antecesor, cuando decía: no hay, con carácter general, servicio de urgencias pediátrico con pediatras en toda la Comunidad. Usted ha dicho lo mismo, no hay urgencias pediátricas, como tampoco las hay geriátricas, como tampoco las hay... Con lo que, al final, tengo yo la razón cuando decía que no se ha avanzado nada y que de su intervención se deducía que vamos a seguir estando como seguimos estando.

Y usted, además, ha dicho: se empieza por donde se debe empezar. Pues bien, vamos a empezar contratando y formando pediatras para que todos los niños sean atendidos por pediatras, vivan donde vivan.

Y, desde luego, respecto al tema de Salamanca, claro que nos felicitamos todos de que no haya... por supuesto, eso está claro; claro que nos felicitamos todos de eso. Por eso, cuando se pide este tipo de comparecencias es para ver qué errores, analizarlo y que no vuelva a pasar, y que no vuelva a pasar. Y no podemos... y cuando usted decía, o yo le decía que es un día complicado, es que usted se refiere un poco porque era el veintiséis de diciembre más que por las situaciones reales de lo que ocurre en los hospitales. Por supuesto que en los hospitales hay tensión, que son todos los días complicados, y desde aquí agradecer a todos los profesionales sanitarios por el esfuerzo y el trabajo que hacen, independientemente de su perfil profesional. Porque usted no se olvida de las enfermeras, nosotros tampoco, pues eso, bien, hágalas caso, que están constantemente haciendo reivindicaciones. Y por ponerle la última, una... en Segovia están reivindicando la necesidad de más enfermeras, por ejemplo, en el centro de salud de Cuéllar. Pues, efectivamente, a usted le importan las enfermeras, a nosotros también, hagámoslas caso en sus reivindicaciones.

Y, bueno, veo que se me está acabando el tiempo, pero sí que le... también le pido que, dado que va a seguir no existiendo urgencias pediátricas, y dado que, por lo que veo, vamos a tener que seguir soportando en los pueblos que muchos... sean nuestros niños atendidos por médicos de familia, más formación, más formación pediátrica a los médicos de familia y a las enfermeras. Yo creo que es interesante que, dado que esto no va a cambiar a corto plazo, tengan, desde luego, mucha más información. Porque la realidad es la que yo le digo: mama, papa, que va al centro de salud, no le atiende el pediatra, le atiende un médico de familia; ante casos de urgencia, va al centro de salud, en la mayoría de las ocasiones, directamente te envían al Hospital de Segovia; el Hospital de Segovia, como tampoco por esa zona hay ningún PAC donde se habilite urgencias pediátricas, ¿qué es lo que ocurre? Que estas horas



y horas con tu bebé, con tu niño allí en... y no me mires con esas caras, que me ha pasado antes de ayer a una compañera de trabajo.

Consiguientemente, menos datos, menos planes, menos programas, fundamentalmente veamos la realidad y atendamos la demanda de las familias y la demanda de los ciudadanos, que, desde luego, tienen todo su derecho a expresar lo que está ocurriendo en la sanidad pública de Castilla y León. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señora procuradora, Ana María Agudiez. Por el Grupo Parlamentario Podemos Castilla y León, tiene la palabra la señora procuradora Isabel Muñoz.

LA SEÑORA MUÑOZ SÁNCHEZ:

Gracias, señora presidenta. Bueno, pues empezamos diciendo que claro que tenemos una sanidad... una buena sanidad. ¿Que si somos conscientes? Pues claro que somos conscientes de que tenemos una buena sanidad, y yo añadiría: pese a su gestión, seguimos teniendo una buena sanidad. Sí, porque parece que ustedes hacen todo lo contrario para que así sea.

Mire, y mire si somos conscientes de que tenemos una buena sanidad, porque, además, son conscientes todas las naciones que nos rodean, porque, que sepa usted -que a lo mejor ya lo sabe- que se pegan por nuestros médicos, sobre todo los médicos de familia, Inglaterra, Alemania, y allí es donde se van... y allí es donde se van nuestros médicos de Atención Primaria y nuestros pediatras. Y que quede claro que nosotros fijese si somos conscientes que siempre... que casi siempre que tengo yo intervenciones en esta Comisión, siempre, en algún momento de la intervención les digo que lo que queremos hacer es siempre un debate constructivo, en el sentido de que nos gustaría... usted lo ha dicho al final, con eso se ha remido un poco, de que claro que se puede mejorar. Pues admitan ustedes aquello que se está haciendo mal y entre todos vamos a algo que era mucho más bueno que es ahora, pues siga siendo bueno y mejor todavía.

Y permita usted que esos profesionales que se van fuera, esos que formamos en nuestras universidades tan estupendamente, que se van... se tienen que ir a trabajar fuera, se queden aquí, ¿eh?, y luego no tengamos faltas ni de médicos de familia ni de pediatras. Porque ustedes están utilizando esas técnicas de, cuando se ven apurados, solucionar el problema, y para este tema... para este tema, que estamos hablando de salud, la prevención es fundamental, y la planificación. Yo, cuando le decía a usted lo del despacho, que usted me decía que con guante blanco, con el mismo guante blanco se lo he dicho yo a usted, porque yo lo que quería hacer crecer en usted, crecer la empatía, la empatía de cómo se deben de sentir esas personas que acaban la carrera muy bien formados y con toda la ilusión, y lo que se le ofrece en su tierra, en su Comunidad Autónoma, son contratos de lunes a viernes para no pagarle los sábados y los domingos. Yo le decía que un baño de realidad no les viene mal.

En los hospitales, señor director, en los hospitales se hace política sanitaria, pero se hace política también de la otra, como se hace también en las Comisiones y en los planes y en... sobre todo, no en los planes, en la redacción, porque en la redacción son excelentes, sino en la plasmación de esos planes. Se hace política, su política, una política de recortes, señor director, y esa política de recortes, hoy, en



este año, la tenemos todavía... la tenemos implantada, porque, ahora que estamos de Presupuestos, todavía andamos con 72 millones menos, ¿eh?, en la Atención Primaria que en el año dos mil diez. Por lo cual, ya le digo.

Usted nos dice: planificación. Pero cómo nos puede hablar... -en Salamanca, ya me estoy refiriendo al tema de mi ciudad, a la que tanto quiero, y a mi provincia también, como me consta que otros salmantinos y salmantinas de aquí también; no siendo que luego se me enfade Lourdes, que también es de Salamanca- vamos a ver, cómo puede usted hablar de... de planificación si el jefe de pediatría, ¿eh?, decía en septiembre de dos mil dieciséis que la primera consecuencia de esta decisión... -estamos hablando de dejar a Salamanca un centro de referencia en pediatría con 6 mir... de 6 mir que tenía, dejarlos en 4- decía el jefe... el jefe del Servicio de Pediatría: la primera consecuencia de esta decisión es que, si la Administración no rectifica, la plantilla del servicio será insuficiente para afrontar las guardias y caerá la calidad de la atención del servicio de urgencias pediátricas, de urgencias pediátricas.

Pero es que es más... por eso le preguntaba yo que cuándo estaba el plan este de la contingencia, que ya nos ha dicho usted que hay planes de contingencia, muchos. Sí, habrá muchos planes, y ya le digo, algunos muy buenos, porque yo me los he "tragado" enteros -tragado entre comillas-, los he leído con gusto porque es mi obligación, pero que son largos, son densos, pero yo he dicho: qué buenas intenciones, lo malo es que no los ponen ustedes en práctica. Pues decía el jefe de... también de pediatría del hospital: "Como saben, este hospital es referente para pacientes hematoncológicos pediátricos y durante este año hemos recibido una veintena de pacientes más. Esto nos hacía pensar que tendríamos estos problemas cuando llegara el brote de bronquiolitis -un brote de bronquiolitis que, como usted ha dicho, se espera todos los años-".

Una buena planificación y una buena gestión no puede improvisar y tente mientras cobro, o sea, abro la planta, que la señora Cristina... usted me ha dicho antes que la señora gerente es la que decidió, de 6, que bajarán a 4 -me ha parecido entender; si no, corrijame usted-. Esa señora gerente tenía que estar ya suspendida, a su casa, del puesto de designación, digo, del puesto de designación a dedo, aunque ya sé que esta señora ha llegado por currículum, me dijo, pero es que habría que hablar en eso en otros momentos -ya me he pasado otra vez de tiempo-.

A ver, la fidelización que se pensaba en el dos mil ocho para que nuestros profesionales no se fueran allende los mares a trabajar, ese plan de fidelización, ¿en qué ha quedado?, ¿en algún cajón está o dónde está? ¿Qué va a pasar ahora también con Atención Primaria, con los médicos, que están decidiendo los presidentes de todos los colegios que nos vamos a quedar sin médicos de Atención Primaria? ¿Cuál es la solución que ustedes dan? Que las que se puedan quedar los jubilados. Señor mío, esa lo que... lo que ustedes dicen, eso lo pone como la solución del no va más. No, la prevención en estos casos también es fundamental, hay que preparar, preparar; cuando ya se espera que nos vamos a quedar sin muchísimos médicos de familia y ya nos hemos quedado sin pediatras, lógicamente, a las personas que han estado dirigiendo los destinos de nuestra Comunidad Autónoma se lo tenemos que decir: mire ustedes, no han gestionado bien, no han gestionado bien. Y es nuestra obligación decírselo.

Y su obligación sería, desde nuestro punto de vista, escucharnos y, entre todos, pues tener esa sanidad tan buena que es la que... No voy a decir más, porque abuso



otra vez de la amabilidad de la señora presidenta, pero, como usted comprenderá, hay que hablar de muchísimas cosas. Sí, yo siempre tono... utilizo este tono irónico para relajar, para relajar el ambiente, porque, como usted comprenderá, el asunto es muy serio, porque... -como siempre se lo digo al consejero- porque estamos hablando de la salud de las personas y de la calidad en la asistencia; que la calidad en la asistencia, le traía a usted aquí todas las declaraciones que ha hecho Verónica Casado, nuestra médico de familia premiada como una de las mejores del mundo -médico de familia aquí, en Parquesol, en Valladolid-. No tienen desperdicio sus declaraciones, le ruego que se las lea, ¿eh?, porque ese es por el camino que tenemos...

¿Cómo podemos hablar de calidad si tenemos cinco minutos... tienen cinco minutos los médicos para ver a los pacientes, en algo tan serio como es la Atención Primaria, que es donde se resuelve todo, esa... -a usted le gusta mucho el término- integral, en esa...? Claro que es lo que hay que tener. ¿Quién mejor que un médico de familia para saber la... esta integral... la medicina integral? Pues el médico de familia, señor mío, otra vez le vuelvo a decir.

Y otra cosa, no nos venga con que no hay que hacer urgencias pediátricas. ¿Dígame usted... dígame usted quién es el médico de familia de los niños? ¿Quién es el médico de familia de los niños? ¿Quién es? El pediatra. O sea, no me equipare usted la pediatría con otras especialidades como la oftalmología El médico de familia es el primero, efectivamente, y el médico de familia de los niños son los pediatras. Así que le ruego, señor director, que tengan en cuenta lo que le dice el Grupo Parlamentario Podemos, y otros grupos que también se lo han dicho, lo tengan en cuenta, y, aunque ustedes ahora no lo perciban así, escuchen, porque no lo decimos con mala intención, sino con intención de corregir la situación. Y entonces, tengan ustedes a bien meter las urgencias pediátricas como las urgencias normales, para los mayores, porque el pediatra es el médico de familia de los niños. Así de claro. Muchas gracias.

Y perdonen por el tiempo que me he excedido, pero, claro, como no hemos tenido ni siquiera un punto en el orden del día; que esto lo digo para aclarar respecto a las... a la compañera, que nosotros lo que decíamos: si no se juntan, no se juntan, muy bien, pero que figuráramos hoy en este orden del día. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Gracias, señora procuradora. Por parte del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor procurador Alejandro Vázquez.

EL SEÑOR VÁZQUEZ RAMOS:

Gracias, señora presidenta. Bueno, señor director general, después de veinticinco años de Gobierno del Partido Popular, me parece milagroso que, a pesar de haber... a pesar de la gestión que aquí se ha realizado, continuamos teniendo un sistema sanitario yo creo que más que aceptable, lo cual pues debe ser cuestión de milagro.

Hay un tema que ha salido aquí que es que no acabo de entender, a pesar de tener nueve trienios de andar por los hospitales de este país, y es que el hecho de que falten 2 mir de familia en Salamanca, situación con la cual no estamos de acuerdo y no compartimos, pero no deja de parecerme sorprendente de que esto tenga que influir con respecto a la situación de las guardias, porque entiendo que,



además de mires, habrá *staff* de guardia de pediatría en el Hospital de Salamanca, y, por supuesto, bueno, no lo acabo de entender. Se ha utilizado este argumento por parte del jefe de servicio, y entiendo que el tener plazas mir... el perder plazas mir no es una buena situación, pero concretamente, y para el tema de la atención de urgencia, de guardia, atención continuada, pues no sé qué influencia tiene, teniendo en cuenta que los mires en su responsabilización progresiva, que además faltarían los del primer año, no tienen por qué sustituir al *staff* en ninguna de las circunstancias.

Bien, ha quedado claro que el modelo por el cual... modelo que, ya desde el año dos mil uno se recoge, es un modelo de atención integral en urgencias. Evidentemente, los niños no son adultos bajitos, ni los ancianos son adultos envejecidos, son algo más, y cada uno tiene su especialidad, pero entiendo que, evidentemente, la situación de la urgencia extrahospitalaria ha estado suficientemente explicada en esta Comisión. Lo que pasa es que se ha aprovechado también en esta Comisión para hablar de algo en lo cual yo soy beligerante, y se lo quiero transmitir, mi beligerancia, en el que, por supuesto, la Consejería, la Dirección General tiene que hacer todos los esfuerzos pertinentes para que todas y cada una de las plazas de pediatra de Atención Primaria estén ocupadas por pediatras. Es decir, una cosa es la atención de urgencia y otra cosa es la atención ordinaria, que, por supuesto, debe de estar establecida por pediatras.

En cuanto al tema de Salamanca, bueno, pues no dejo de volver a reincidir en que no nos parece que hubiera habido ninguna improvisación, a pesar de que, bueno, pues aquí se ha querido traslucir o se ha querido decir por parte de algunos grupos el que ha habido improvisación, creo que en este caso no ha habido improvisación, creo que ha habido un plan, creo que a veces los planes existen, y los planes, aparte de estar en muchas ocasiones, como dice algún compareciente, en una carpeta puestos en una estantería, pues no, los planes también se llevan a efecto, a veces con dificultad. Porque, realmente, pues a veces no es fácil llevarles a efecto los planes, porque hay que coordinar a muchos grupos de profesionales que a veces tienen puntos de vista diferentes, y así expresan los puntos de vista diferentes.

Y, por último, pues con el mismo cariño que se me ha dicho desde aquí sobre el tema de los datos, la verdad, siempre que viene un alto cargo a esta Comisión me quedo enormemente preocupado, porque realmente siempre sale el mismo... la misma información de que no me fie; yo me fío de los datos que, o bien están colgados en el portal de transparencia, o bien, incluso, se han dado como respuesta a una pregunta escrita, lo cual, todavía, me parece todavía de ser más fiar. Y, de verdad, o sea, me voy de aquí con una desazón en que los datos que se aportan no son correctos. Y, de verdad, me gustaría que usted nos aclarara si esos datos que creo que... entiendo que los datos deben de ser correctos, porque entonces ya, si no, estamos construyendo los castillos sobre pilares que no son firmes. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor procurador, Alejandro Vázquez. Para contestar a todos los grupos parlamentarios, tiene de nuevo la palabra el señor director de Asistencia Sanitaria, don José Jolín.

**EL DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR JOLÍN GARIJO):**

Muchas gracias, presidenta. Bueno, voy a intentar ser muy sintético. Con respecto a los planteamientos del procurador de Ciudadanos, señor Mitadiel. Bien, pues nada, efectivamente, la población está dispersa, la accesibilidad lo que intentamos es que sea la misma, a veces es difícil, difícil, porque, bueno, pues porque no podemos juntar... no podemos quitar kilómetros cuadrados de por medio, pero bueno, eso es lo que se intenta, ¿no?

Vuelvo a insistir, en urgencias... -dice que no ha trabajado nunca en urgencias y que, por lo tanto, que...- en urgencias no hace falta ser médico para conocer y trabajar en urgencias, insisto, ¿eh?, hay enfermeras, hay administrativos, hay celadores, hay técnicos de rayos, hay técnicos... auxiliares de enfermería; o sea, hay mucha gente que conoce muy bien las urgencias. Las conoce por ser padre, ¿no?, yo también soy padre y también tengo, bueno, pues una opinión formada, pero es una opinión, bueno, pues dentro de los 400.000 personas o tarjetas sanitarias que hay menos de 14 años.

PAC con... vamos a ver, establece su modelo, yo entiendo que, bueno, pues que entiende que, bueno, pues que los PAC con pediatría que es necesario extenderlo a todas las provincias. Yo, más que provincias, y sí que lo he visto... vamos, lo he visto varias veces en la documentación que he visto... no me gusta hablar de provincias, me gusta hablar de... -porque es más correcto, ¿no?- de áreas de salud, extenderlo a diferentes áreas de salud. Yo creo que el modelo está funcionando, y son los condicionantes y las variables las que determinan si este modelo de pediatras en determinadas PAC, que funciona en algunos sitios, en algunos sitios fines de semana, o sea, dependiendo de las necesidades se pueda extender en las diferentes áreas de salud. Palencia, por ejemplo, tiene un PAC integral, ¿no?, y sí que está dando buena respuesta en esos tramos horarios, porque además lo conozco, por cercanía, muy de cerca.

Planes de contingencia, completamente de acuerdo que... hombre, yo entiendo que la mayoría se cumplen, pero lo que hay que hacer -y esa sí que es la obligación de todos, ¿no?, de todos los que estamos en la gestión sanitaria y de los profesionales-, que es cumplirlos con mayor o menor intensidad, pero, evidentemente, hay que cumplirlos.

Con respecto a los titulares que anunciaba o describía la portavoz del Partido Socialista Obrero Español, como, bueno, aquí se deja constancia textual de lo que digo, se transcribe lo que digo, bueno, pues yo no he dicho que el problema no es la pediatría, sino los niños. No, no, lo que he dicho es que lo que faltan en Castilla y León... [Murmulló]. Lo veremos, yo creo que he dicho lo que faltan en Castilla y León son niños. Pero, bueno, luego se repasa, y no hay ningún problema. Efectivamente, los gestores no planificamos la demografía, evidentemente, pero sí que damos... intentamos dar respuesta a este problema, que hay varios problemas: hay un problema de envejecimiento, hay un problema de dispersión, hay un problema de sobre-envejecimiento y hay un problema de... y hay que faltan niños en Castilla y León. O sea, hay muchos problemas, es que son muchos titulares los que podemos dar, y lo digo sin ningún problema, porque para eso estamos, ¿no?, para intentar dar respuesta a todos esos problemas.



No hay ciudadanos de primera y de segunda. Esto, si se lo explica a las sociedades científicas, que el ciudadano de primera es de pediatría, y el ciudadano de segunda... Yo eso, la verdad, que a mí me cuesta mucho entenderlo, ¿no?, y creo que no es así, ¿no? Yo creo que los ciudadanos son ciudadanos, en este caso pacientes, que reciben la atención en las mismas condiciones, con la mejor calidad precisa para su atención. Por lo tanto, no hay ciudadanos de primera, que son atendidos por pediatras, y ciudadanos de segunda, atendidos por médicos de familia, ni mucho menos.

Telepediatría. La telepediatría está... es algo más que una consulta telefónica. Hombre, decir que los profesionales sanitarios de enfermería, de enfermería una vez más, precisamente, decir que, bueno, pues que se dedican a una consulta telefónica, pues de la señorita Pepis, la verdad, es que no me parece... yo creo que es mucho más que eso. La telepediatría es un instrumento del 112 que, de alguna forma, da respuesta a las urgencias que plantean los padres de los niños a través del teléfono, y que profesionales sanitarios, en este caso enfermeras, en la mayor parte de los casos, dan una respuesta en virtud del triaje, en virtud de las características y de lo que se está comentando a través de esta línea telefónica. O sea, telepediatría no es, como dicen por ahí... -no lo voy a decir, porque se enfadan conmigo los de emergencias, ¿no?- es un instrumento muy importante para, de alguna forma, poder resolver todas estas inquietudes de los padres.

Yo no he dicho... yo no he dicho que no hay urgencias pediátricas, no, no. Yo siempre voy en positivo, intento siempre ir en positivo las cosas. No he dicho que no haya urgencias pediátricas, he dicho mucho más, yo he dicho que hay urgencias, y, a partir de ahí, pongan el adjetivo que quieran, es decir, pediátricas, geriátricas, oftalmológicas, otorrinolaringológicas, obstétricas, nefrológicas, lo que quieran, pero no he dicho que no haya urgencias pediátricas, he dicho que hay urgencias y emergencias, y, a partir de ahí, todos los adjetivos y todo lo que quiera poner usted a continuación. O sea, es mucho más, en Castilla y León hay mucho más que urgencias pediátricas, hay urgencias y emergencias, y, a partir de ahí, todo lo que precise, en este caso, el niño que va a ser atendido.

El veinticinco de diciembre es un día complicado, es un día complicado -¿qué quiere que le diga yo?-, es un día complicado, y así lo pienso yo. Enhorabuena, porque le importan también las enfermeras, enhorabuena. Más formación, estamos dando formación. Mire, entre dos mil quince y dos mil diecisiete son 6.758 plazas ofertadas en formación.

En cuanto a lo que decía la procuradora de Podemos, me alegro de que reconozca que tenemos una buena sanidad, me alegro, pese a mi gestión, pese a mi gestión, pese a mi gestión. Entonces, si tenemos una buena sanidad pese a mi gestión, seguiré un poco más, porque, claro, no vaya a ser que lo deje y las cosas vayan a empeorar, ¿no?, pero tenemos una buena sanidad. La de la gestión mía... yo llevo aquí... no llevo casi... me faltan dos meses para llevar dos años aquí, llevo relativamente poco tiempo, ¿no? Pero bueno, pero tenemos una buena sanidad, ¿eh? Yo con eso, mire, salgo muy contento de aquí, de verdad, ¿eh? [Murmulllos]. Tenemos una buena sanidad pública, pública, en Castilla y León.

Claro que se van nuestros profesionales, pero se van también porque son docentes y porque son discentes, y porque también aprenden fuera, pero también enseñan y explican lo bien que hacemos algunas cosas en nuestro Sistema Nacional



de Salud y en Castilla y León. Claro que se van, porque también enseñan y explican, y así tengo yo varios compañeros, que están fuera enseñando en universidades de muchísimo prestigio, compañeros míos de... [murmillos] ... múltiples.

Guante blanco, crecer la empatía. Por supuesto, recojo su guante, y si la intención era crecer en la empatía, le recojo el guante.

“En los hospitales se hace política sanitaria y también política”. Política sanitaria, sí; yo política, la verdad, no... En fin, esto, como todo, es opinable, ¿no?, pero bueno, yo conozco bien los hospitales y sí le puedo decir: algo que de alguna forma es difícilmente entendible es hacer política en los hospitales, ¿eh?, porque cada uno, evidentemente, piensa lo que quiere políticamente, pero, a la hora de atender a los pacientes, todos pensamos de una forma muy parecida, ¿no?, que es intentar hacer lo mejor posible.

Salamanca, formación mir. Pues si ese es el problema, pues bueno, veremos a ver qué es lo que dice la Comisión de Docencia –que es, de alguna forma, el órgano participativo y el órgano asesor a la hora, bueno, pues de responder si la formación mir, bueno, pues tiene que recuperar esas 6 plazas–, qué es lo que dice la Comisión de Garantía, qué es lo que dice la Junta Técnico-Asistencial y la Comisión Mixta, ¿no? Un jefe de servicio, en este caso de pediatría, hombre, pues puede decir, y está en su pleno derecho, muchas cosas; yo he oído a algún jefe de servicio decir que, si no se le contrataba un facultativo, se iban a morir de cáncer los pacientes de una provincia, de una área de salud. Y lo he oído, ¿no?, y así lo dijo públicamente, ¿no? Entonces, bueno... O sea, que se pueden decir de todo, pero para eso están las Comisiones, para eso están los órganos asesores, para eso están las Comisiones de Garantía y para eso están las cosas.

Tenemos un plan de fidelización... –y lo ha mencionado, ¿no?– un plan de fidelización –y nos volvemos a olvidar de las enfermeras– para MIR, EIR y PIR. Si mal no recuerdo, son 13 plazas... [murmillos] ... ¿13? 13, 13 plazas este año. Este año han salido 13 plazas. Es un programa de fidelización que lo que intenta es, precisamente, contratar a nuestros mejores residentes (médicos, enfermeras, psicólogos) en un contrato de tres años de atención y formación e investigación, para aquellos que acrediten, de una forma objetiva, su excelencia en el desempeño durante su programa formativo.

Tono irónico para relajar. Pues yo, de verdad, se lo agradezco, ¿eh?, porque a veces la veo como enfadada, no es... [Murmillos]. ¡Ah, bien! Vale, pues nada. Pero, mire, le voy a decir que lo peor para un directivo es el estrés, lo peor, y para una organización asistencial lo peor es el estrés. En eso estoy al 100 % con usted, ¿no? Leeré lo que ha dicho Verónica Casado, lo leeré porque yo creo que siempre es un referente y es importante lo que pueda decir, ¿no?

¿Quién es el médico de familia de los niños? El médico de familia. ¿Quién es el médico de familia de los... de las personas superenvejecidas de esta población, tanta población que tenemos por encima de los sesenta y cinco años, que es del envejecimiento...? El médico de familia. ¿Quién es el médico de familia de las mujeres? El médico de familia. ¿Quién es el médico de familia de la mujer embarazada? El médico de familia. ¿Quién es el médico de familia? El médico de familia. Bien.

Por último... es así, es que es el médico de familia. Y, además, si conoce a Verónica Casado, se lo va a confirmar con mucha más claridad que yo y con mucha más vehemencia, seguro, porque... no le quepa duda, porque, además, ella ha sido



una de los partícipes del programa y es buena concedora de la Comisión Nacional de la Especialidad, por lo tanto... Y, además, yo he bebido de sus fuentes, por lo tanto, ella esto se lo va a poder corroborar... [murmillos] ... mucho mejor que yo. Bueno, pues depende dónde estés, ¿no? Pero bueno, en fin.

Por último, si el problema... -como decía el doctor Vázquez Ramos- si el problema es los 2 mir, pues bueno, intentaremos solucionarlo, ¿no?, vamos a ver... pero a través de la Comisión de Docencia, es decir, es la Comisión de Docencia la que tiene que asesorar al Complejo Asistencial Universitario de Salamanca para tomar esta decisión, ¿no? Es decir, esto no son... son decisiones espurias... espurias, son decisiones que yo creo que tienen que tener un cierto fundamento, ¿no?

Modelo de atención integral en urgencias, completamente de acuerdo. Y, bueno, va a ser beligerante, y tomo nota, ¿no? Yo también entiendo que las plazas ordinarias de médicos pediatras y sus áreas específicas tienen que estar cubiertas por pediatras; vamos, evidentemente, ¿no? No se vaya desazonado, no se vaya desazonado, porque los datos son correctos y están contrastados... [murmillos] ... y están contrastados. Por mi parte, pues me pongo a su disposición.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias de nuevo por sus contestaciones y su respuesta. 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 aclaraciones sobre la información facilitada. ¿Algún procurador desea? Adelante.

EL SEÑOR LORA CUMPLIDO:

Gracias, presidenta. Buenos días a todas y a todos. Pues, en primer lugar, agradecer la comparecencia en esta Comisión. Y sí que me gustaría señalar un aspecto, ¿no? Decía que el mayor... que el problema fundamental es que no había niños; pues hay un caso en la provincia de León, que es en el municipio de La Bañeza, que tiene 3.000... tiene 3.000 menores... 3.000 menores de catorce años, y en este... en este municipio no hay urgencias médicas. Cuando sí hay niños, tampoco hay urgencias médicas. Quería saber cuál es el motivo por el que no hay urgencias médicas en La Bañeza. Y, además, trajimos una proposición no de ley a esta Comisión.

Y, además, me extraña... me causa risa, ¿no?, que vengamos aquí a hablar de urgencias... de urgencias... de los pediatras, cuando, por ejemplo, en mi pueblo, en Sahagún, lo que luchamos es que el pediatra vaya los días que tiene marcado, y no que deje de ir. Nada más, presidenta. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Cuando quiera, puede contestar.

EL DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR JOLÍN GARIJO):

Sí. Contesto. Lo único, saber quién es... es que no sé... yo, la verdad, es que aquí soy...



LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Álvaro Lora Cumplido.

EL DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR JOLÍN GARIJO):

¿De qué... de qué grupo?

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Del Grupo Socialista.

EL DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR JOLÍN GARIJO):

Muy bien. Pues nada. A ver, no he dicho que no hay niños, he dicho que faltan niños, faltan niños, es decir, que en Castilla y León nos vendría muy bien tener muchos más niños. Eso es lo que he dicho, ¿no? Pero, con respecto a La Bañeza, pues vamos a ver si puedo... no sé si yo tendré esa información exacta. Con respecto a La Bañeza, en la provincia de León, no sé si le podré concretar exactamente... *[Murmullos]*. Pues mire, es que no... vamos a ver, no tengo datos... Vamos a ver, bien, bien... *[Murmullos]*. No, no, le podemos contestar por... es que ahora mismo, mire, tengo información... un montón de información adicional, pero concretamente pues de León sí que tengo algunos datos, pero no tengo exactamente la zona básica de salud de La Bañeza. Pero bueno, si nos remite la información, nosotros encantados de poderle contestar. Vamos a ver, La Bañeza II.

Bueno, sí que tengo aquí una información: pediatras de área con una zona básica de salud asignada, La Bañeza II. Mire, sí que tenemos un pediatra de área, concretamente en zona... en la zona básica de La Bañeza II. Pero ya más no puedo decirles. Puedo decir la información general que tiene León, que tiene 9 pediatras de área; 23 pediatras de equipos de atención pediátrica... de Atención Primaria, perdón; tenemos número de pediatras con más de 1.000 tarjetas sanitarias, 12; número de pediatras con menos de 1.000 tarjetas sanitarias -le recuerdo que lo que decía el real decreto era entre 1.250 y 1.500, ¿eh?-, pues tenemos 12... -vamos a ver, no me quiero perder- 12, más de 1.000 tarjetas sanitarias, 20 pediatras con menos de 1.000 tarjetas pediátricas y un pediatra... un pediatra con más de 1.250, que no es... que no es el de 1.300, que es de El Espinar, efectivamente, que en ningún caso supera la mil trescientas cincuenta y algo tarjetas. Es decir, que todos están dentro del rango, ¿eh? Esta es la información general, pero bueno, si quiere una información más concreta, pues encantado de poderse la facilitar, porque es que no le puedo concretar... *[Murmullos]*.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Bien. Pues pasamos al tercer punto del orden del día. Por parte del... *[Murmullos]*. Vamos a hacer cinco minutos de descanso, ¿vale?

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

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

Reanudamos la sesión. Tercer punto del orden del día. Por parte del vicepresidente de la Comisión, el señor procurador Pedro Antonio Heras, dará lectura de este punto del orden del día.

POC/000260**EL VICEPRESIDENTE (SEÑOR HERAS JIMÉNEZ):**

Gracias, presidenta. Tercer punto del día: **Pregunta para su respuesta Oral número 260, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores don José Luis Aceves Galindo, doña Ana María Agudiez Calvo, doña María Mercedes Martín Juárez, relativa a la atención pediátrica... pediátrica -perdón- en la provincia de Segovia, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 228, de seis de febrero de dos mil diecisiete.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias. Para formular la pregunta, tiene la palabra el señor procurador don José Luis Aceves, por un espacio de diez minutos.

EL SEÑOR ACEVES GALINDO:

Muchas gracias, presidenta. Y buenas... buenos días, tardes ya casi, señorías. Bien, la verdad que esta pregunta oral en Comisión que trasladamos no es, desde luego, la única iniciativa que ha hecho este procurador y, en este caso, mi compañera Ana Agudiez, también procuradora por Segovia, relacionado con lo que ha significado en la provincia de Segovia pues una serie de quejas, de iniciativas, también, ¿por qué no?, de reuniones mantenidas con diferentes sectores afectados con lo que es yo creo que una deficiencia en lo que es la atención pediátrica en la provincia de Segovia.

Registramos el diecisiete de octubre de dos mil dieciséis dos preguntas para su contestación por escrito, una referida al servicio en el Real Sitio de San Ildefonso y otra al resto de la provincia de Segovia. Registramos también esta pregunta el veintiocho de noviembre de dos mil dieciséis, la cual tuvimos que volver a registrar en este nuevo período parlamentario el trece de enero de dos mil diecisiete, y también registramos, referida al servicio de pediatría en el centro de salud de Fuentesauco de Fuentidueña, en Segovia, el veintiocho de noviembre de dos mil dieciséis. También registramos una iniciativa el cinco de diciembre de dos mil dieciséis para conocer las quejas que se habían producido en cuanto a la Atención Primaria, en los diferentes aspectos, en la provincia de Segovia, en los ejercicios dos mil catorce, dos mil quince y dos mil dieciséis. Y, finalmente, con fecha dos de diciembre de dos mil dieciséis, registramos una proposición no de ley, que vendrá a esta Comisión cuando sea oportuno -espero que pronto-, relacionada con un... con una petición de un plan de mejora para el servicio de pediatría en la provincia de Segovia, con los profesionales necesarios, así como para intentar que esa garantía de calidad, que yo creo que todos los que estamos aquí defendemos, se pueda pues ejercitar a su máximo nivel.

Decirles que, desde luego, las quejas que se realizaron tanto en los medios de comunicación como en la propia petición de recogida de firmas en la Plataforma



change.org por parte del AMPA del Real Sitio de San Ildefonso sirvió yo creo que para tres cuestiones fundamentales: la primera, poner en un foco claro de atención las quejas de padres que, por mucho que se hable... y he seguido pues, todo el tiempo que he podido, con atención todas las explicaciones que ha hecho el director general y las intervenciones del resto de portavoces de los grupos, pero hay una cuestión que yo creo que tenemos que reafirmar: a la ciudadanía lo que le interesa es que un servicio se cumpla, y lo que a la ciudadanía le interesa –siendo padres, en este caso, con muchísimo más rigor, seguramente, que los niños, que, en este caso, todavía no tienen la capacidad suficiente para poderlo realizar– significa que esa atención sea en el momento oportuno, en el cauce necesario y, sobre todo, con la atención precisa. Y yo creo que en esa sensación que hemos tenido durante estos meses en la provincia de Segovia no se está cumpliendo.

Y digo que no se está cumpliendo por una sencilla razón, porque tenemos datos exactos de niños más de diez días esperando ser atendidos por el servicio de pediatría. Si eso no alarma, pues realmente podemos caer en la autocomplacencia, en el autobombo, en la maravillosa... vivir en el maravilloso mundo de la burbuja política que la Junta de Castilla y León nos tiene acostumbrados, lamentablemente, pero no atender la realidad, que es que eso no lo podemos permitir, y hay que tomar decisiones y hay que tomar medidas, porque un niño con más de diez días sin ser atendido sobrepasa todos los límites.

Pero, fíjese, aparte de la recogida de firmas, aparte de la queja de los padres y madres, aparte de la realidad de estos centros de salud que me refería en particular, el Real Sitio de San Ildefonso y Fuentesauco de Fuentidueña, con unas claras diferencias entre uno y el otro, porque la población flotante del primero y la población mucho más envejecido del otro centro de salud, con menos niños, supone que, al final, en respuesta parlamentaria recogida con fecha cinco de diciembre de dos mil dieciséis la contestación, se viene, desde luego, a demostrar, por propia contestación del consejero, que la media, en cuanto a lo que es la atención en estos centros de salud, estamos hablando de tres días.

Claro, yo quiero decir claramente que, desde luego, el servicio no creo que por parte de este grupo nunca se haya puesto en tela de juicio la labor de los profesionales, pero es que, en estos casos, también los propios profesionales también han puesto el foco diciendo que, desde luego, no se estaba cumpliendo lo básico, que es una atención de un buen servicio público lo más directa y lo más rápida posible, y se estaba atendiendo... y, desde luego, lo digo en esta Comisión claramente, porque ya lo he dicho públicamente: comprobé personalmente llamando para saber con exactitud los días que me daban para el servicio pediátrico; en este caso, me daban al quinto día –por lo tanto, no es ninguna invención, lo comprobé yo mismo, y, por lo tanto, hoy lo traslado a esta Comisión–, sobrepasando con mucho el tiempo medio que en la respuesta parlamentaria se me ha ofrecido.

Y le digo también otra cuestión bien clara. No voy a entrar en el debate, que ya le han tenido, porque creo que sería reiterar lo mismo, lo de si el médico de familia atiende, está preparado para lo que es el servicio de pediatría, si tiene que ser una persona... un pediatra para poderlo hacer. Mire, seguramente ahí podría haber diferencia de criterio y, con toda seguridad, pues cada uno defender posturas diferentes. Pero aquí ya no estamos hablando ni siquiera de eso, estamos hablando de la necesidad de tomar decisiones para que en algunos centros de salud, como Fuentesauco de Fuentidueña, que van dos-tres horas a la semana para poder atender a una pobla-



ción –creo recordar, y hablo de memoria– de 76 niños en este centro de salud, supone que, no es que haya una atención de cuatro o cinco días o tres de media, es que en algunos casos tiene que ser al tercer miércoles, porque, cuando se cumplen períodos como de vacunación o períodos de consultas prioritarias del pediatra, resulta que, cuando es el ordinario, pues o ha esperado tres semanas, o se ha tenido que ir a urgencias al hospital provincial, o no sé qué han tenido que hacer los padres.

Y, fíjese, se hablaba también antes en el debate de una cosa que me ha llamado poderosamente la atención, cuando hablaban de cifras y hablaban de cuestiones. ¿Pero de verdad todavía en esta Comunidad el Partido Popular y sus gestores no se han dado cuenta de que estamos alarmantemente hablando de unas cifras de despoblación absolutas y que estamos empujando con políticas negativas a que la gente se tenga empadronar en lugares en el que puedan atender a sus hijos en condiciones normales? ¿Todavía de eso no somos conscientes? ¿Todavía no somos conscientes de la realidad que supone que un padre, al final, tendrá que tomar la decisión que sea y se tendrá que empadronar en una ciudad si su hijo, con eso, puede ser atendido en mejores condiciones? ¿Todavía no sabemos la diferencia, y que hay que hacer políticas de discriminación positiva para que el medio rural pueda tener algún sentido? ¿Todavía hoy en día, después de tanto tiempo, no nos hemos dado cuenta? Pues vamos muy mal.

Si atendemos ratios de que un real decreto diga que son 1.200 los mínimos, cierren todo; si cumplimos esos parámetros, cierren todo, no tiene por qué haber ni centros de salud ni nada, porque la realidad de la Castilla y de, en este caso, de la Segovia rural es que no hay gente, porque se les está dando no una carretera, sino una gran autopista de salida, sin unos servicios públicos que sean en donde tienen que vivir, que es en el medio rural. Si ante eso no somos capaces de dar respuestas, pues, seguramente, las comparencias no sirven para nada, las peticiones no sirven para nada, porque en esa autocomplacencia y en esos grandes ratios, desde luego, Castilla y León... –y estoy aquí viendo procuradores de Soria y muchas partes... de Zamora, y de León– ante eso, cierren, cierren directamente. Es más fácil; no van a cumplir el ratio, es mucho más fácil, unimos todo en otro lugar, esas zonas las declaramos a extinguir y ya es mucho más fácil atender con los ratios básicos que nos están refiriendo. Desde luego, creo que es mucho más serio, cuando estamos hablando de tratamiento de niños y cuando estamos hablando, desde luego, de la necesidad de poder asentar población en el medio rural.

Y les decía también que había tenido la oportunidad de pedir las quejas que había, y fíjese como es llamativo que en pediatría, en la provincia de Segovia, cada año hay más quejas: en el año dos mil catorce hubo 16; en el año dos mil quince hubo 26; y no tengo el año completo dos mil... perdón, dos mil quince... no tengo el año completo dos mil dieciséis, ya había habido hasta el treinta y uno de agosto 14, y de las cuales una parte importante provienen del servicio del Real Sitio de San Ildefonso.

Por lo tanto, si ante las motivaciones de deficiente atención pediátrica, quejas de padres, profesionales cargados de tarea y reconociendo que no llegan, listas de espera, en algunos casos, de diez–quince días, falta de personal y una presión ciudadana que piden a las Administraciones y a los poderes públicos decisiones para poder avanzar, ante eso yo lo que pregunto... Y fíjese que no... doy por hechas en voz todas las preguntas que hice en esta... junto con mi compañera Ana Agudiez, todas las que hicimos en esta pregunta oral en Comisión; las doy por... porque, seguramente, el director general lo habrá podido reseñar. No, no las voy a leer, pero,



simplemente, se las resumo todas en una: ante eso, ¿no van a hacer nada, absolutamente nada?, ¿no va a haber ningún movimiento? Ni aunque la sociedad lo pida, ni aunque, realmente, como un gesto... como un gesto ante hechos evidentes, ¿no van a hacer nada? ¿Van a seguir en esa autocomplacencia diaria y permanente que supone que todo está muy bien y que la gente no entiende que, ante las evidencias que ven en sus propios hijos de no poder ser atendidos, ante eso no van a hacer nada? Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias. Para contestarle, tiene la palabra el señor director general de Asistencia Sanitaria, don José Jolín.

EL DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR JOLÍN GARIJO):

Muchas gracias, presidenta. A ver si soy capaz en diez minutos de contestar diecisiete preguntas. Voy a ver si es posible; es que es menos de un minuto por pregunta.

Vamos a ver, ¿tiene conocimiento la Junta de Castilla y León de esta problemática? Por supuesto, tanto la Consejería como la Gerencia, a través de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia, están informadas de todas las incidencias que puedan surgir en las zonas básicas de salud relacionadas con la asistencia sanitaria a la población, así como de las soluciones planteadas para resolverlas por parte de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia, y las propuestas también de los responsables asistenciales de los equipos de Atención Primaria, que a la postre son los que también determinan las posibles soluciones.

¿Cuántos pediatras prestan sus servicios en los diferentes centros sanitarios de la provincia de Segovia? 16 equipos de Atención Primaria, y desarrollan su actividad 19 pediatras; 11 son de equipos de Atención Primaria y 8 son pediatras de área.

¿Cuántos pediatras prestaban sus servicios en los diferentes centros sanitarios en la provincia de Segovia en los años dos mil siete y dos mil diez? Bien, en el dos mil siete había 17 plazas; en el dos mil dieciocho... en el dos mil diez, 18 plazas; en el dos mil diecisiete, 19 pediatras. Sin embargo, y esto sí que es importante, las tarjetas sanitarias individuales de menores de catorce años en este período ha disminuido un 5,4 % desde el dos mil diez, que esto supondría, haciendo los cálculos, un pediatra menos. Es decir, el problema de la posible despoblación en estos núcleos no ha sido precisamente por la falta de pediatras, porque ha disminuido cuando hemos aumentado.

¿Cuántos puestos de RPT -bueno, nosotros, por lo general, es un régimen estatutario, no funcionario- de pediatra existe en la provincia de Segovia en la actualidad, y cuántas vacantes existen en la actualidad y cuál es la ubicación de los puestos y las vacantes? En la actualidad hay 19 puestos de pediatría en Segovia y ninguna vacante, ya que todas las plazas están ocupadas por pediatras o funcionalmente por médicos de familia.

Siguiente pregunta. ¿Todos los puestos de pediatría están ocupados por pediatras o existe alguno atendido por médicos de familia? ¿Cuáles son los ocupados por médicos de familia? ¿Cuál... -y la siguiente pregunta- cuál es la jornada laboral de



cada uno de ellos? ¿Cuántos días a la semana actúa en cada centro de salud? Tengo aquí la información. Es que, como le lea, se me van los diez minutos. Entonces, pues no sé, le puedo decir a volapié: Cuéllar, pediatra de equipo de Atención Primaria; ocupación: pediatra; lunes, martes, miércoles, jueves y viernes. Segundo en Cuéllar, otro pediatra de equipo de Atención Primaria; ocupación: pediatra; lunes, martes, miércoles, jueves y viernes. Zona básica de Nava, tiene un pediatra de área; la ocupación actual es un médico de familia; lunes, martes, jueves y viernes. Villacastín, pediatra de área; médico de familia, la ocupación; días de consulta: el miércoles. Y así bueno, pues quizá, por reseñar algo, en el centro... -porque lo dije anteriormente, ¿no?- en el centro de salud de Espinar tiene un médico de familia que refuerza al pediatra, que va tres veces por semana, ¿no?, porque es el pediatra que más cupo tiene de Castilla y León (1.329), pero siempre, en cualquier caso, por debajo de los 1.500 que establece el real decreto. Y luego, si quiere alguna precisión, tengo todos los datos de ocupación de pediatra de equipo de Atención Primaria de área, y los días de consulta.

Vamos a ver, ¿cuál es el número de pacientes que se atiende de forma diaria en la consulta de pediatría en los diferentes centros de salud en el último año? Y con respecto a dos mil catorce y quince, si ha aumentado o no. Entonces, la siguiente... bueno, tenemos una tabla, pero bueno, yo ayer, trabajando esta respuesta, para intentar ser breve, he hecho... he cogido tres parámetros, ¿eh? La media diaria de pacientes que se atiende en las consultas de pediatría en los centros de salud en el año... -media de pacientes/días de consulta, por supuesto- en el dos mil dieciséis es de 17, pero el rango está entre 29 y 3. Entonces, yo creo que, para esto, cuando el rango es tan amplio, lo mejor es establecer la mediana. La mediana es 18 y 10; y la media, 17. En el dos mil quince, por los datos del aplicativo Medoracyl, la atención fue... es decir, la actividad fue mayor, un 30 % más que en el período que le he estado contando, en el período que le he dicho anteriormente, enero... perdón, en el período que le he dicho anteriormente era la media enero-septiembre. En dos mil quince la comparativa la hemos hecho con también el período enero-septiembre de dos mil quince. Y ahí le puedo confirmar -y son datos ciertos y constatables- que en ese mismo período la actividad en el año pasado fue un 30 % mayor, con una mediana de 20, la anterior era entre 18 y 20, y con una media de 22 días... de 22 pacientes, es decir, significativamente superior. En el año dos mil catorce, en este caso ya con los datos de todo el año, la media diaria de pacientes de pediatría fue de 19, es decir, un 11 % más que en dos mil dieciséis.

En resumen, 17 de media, 22 en el dos mil quince y 22... 17, 22 y 19 en el dos mil catorce. En cualquier caso, la actividad fue superior en el dos mil quince y en dos mil catorce con respecto al período enero-septiembre de dos mil dieciséis.

¿Cuál es el tiempo de espera medio para las citas en el citado servicio de cada uno de los centros? ¿Cuál es el tiempo máximo que tiene que esperar un interesado para poder asistir a cada una de las citadas consultas de pediatría en cada uno de los centros? Bien, analizados los datos de tiempos de espera para las citas... lo hemos hecho de esta forma, en el mes de mayo de dos mil diecisiete, concretamente el día ocho de mayo, para... de todos los pediatras de equipo, solo se observa demora de un día en la citación del pediatra del centro de salud El Espinar, porque no había cita para el día de corte, ocho de mayo, pero sí para el día siguiente de consulta, que es el nueve de mayo. Lo hemos hecho de esta forma, una forma de hacerlo es mediante una foto fija, pero se puede determinar también mediante un análisis, mediante la citación... el análisis de la citación *on-line*, a través de las plataformas de cita previa,



que son el IVR, la *app* del *smartphone*, o a través del portal de salud, a través de internet. Se puede hacer también a través de encuestas directamente a los centros, con muestreos aleatorios significativos, con información de coordinadores; hay una forma, pero hemos entendido que la forma quizá más objetiva es coger un día, concretamente el ocho de mayo.

En lo referente a los pediatras de área, el sistema de información Sacyl refiere que existen demoras en seis de los centros de salud, consultorios en los que pasan consulta estos profesionales. En la práctica, tal y como nos ha informado la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia, es una Gerencia integrada, lo habitual en estos casos es que para obtener cita se actúe de la siguiente forma: primero, si es consulta programada, el pediatra puede dejar establecida la cita después de la visita en consulta del niño, dentro del programa, por ejemplo, del niño sano; segundo, si es una consulta a demanda, si se corresponde con un día en que pasa consulta el pediatra en el centro consultorio y la agenda está completa, se contacta con la unidad administrativa y se habilita lo que denominamos una cita forzada en el día; tercero, para los casos en que se demanda una consulta en un día en el que no acude el pediatra, se les ofrece una cita con su médico de familia. Las demoras –y esto es quizá lo más importante de toda la exposición– están relacionadas más con el sistema de citaciones que con el tiempo de espera real para la obtención de la cita, y esto es especialmente –y como les decía anteriormente– relevante.

Y a este respecto, sí que, si tenemos tiempo, les puedo informar de la puesta en marcha de las consultas de gestión a la demanda por parte de los profesionales de enfermería como fruto de los acuerdos entre la Consejería, el Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla y León, el sindicato SATSE de Castilla y León, y que estamos materializando entre la Dirección General de Asistencia Sanitaria, las Gerencias de Atención Primaria y las Gerencias de Asistencia Sanitaria, y puede dar... está enmarcado dentro del Plan PERYCLES para garantizar que las demoras, en todos los casos, de la atención a la demanda sea menor de 48 horas durante esta legislatura.

¿Considera la Junta de Castilla y León adecuado el funcionamiento de este servicio en la provincia de Segovia? Teniendo en cuenta los criterios poblacionales de eficiencia y disponibilidad de personal, así como la asistencia de cobertura asistencial, tanto para actividad programada como a demora, se considera adecuado el funcionamiento de la atención a la población pediátrica en el área de Segovia. Y, además, conociendo a los profesionales que desempeñan su labor en Segovia, les aseguro que con un notable funcionamiento.

¿Qué medidas, a corto y medio plazo, pretende impulsar la Junta de Castilla y León para la mejora de calidad del servicio de pediatría y solucionar las quejas planteadas por los usuarios en la provincia de Segovia? ¿Pondrá en marcha algún plan especial para solucionar esta deficiente atención? ¿Va a aumentar los días de la semana que se presta consulta de pediatría en los diferentes centros de salud? La Gerencia de Atención Primaria y la Gerencia de Asistencia Sanitaria destacan la... –y como hemos expuesto anteriormente– la dificultad que supone encontrar a facultativos especialistas en pediatría para el ámbito, especialmente, de la Atención Primaria. En las áreas en la que no es posible cubrir las plazas con especialistas en pediatría, la solución funcional y temporal es que la labor asistencial sea desarrollada por médicos de familia, lo que no resta, ni mucho menos, calidad en la prestación, que, por lo general, es programada.



La Consejería de Sanidad realiza, como bien conocen, una monitorización continua de los recursos específicos existentes para la Atención Primaria de salud en todas las zonas básicas de la Comunidad, para ello, valoro parámetros como son la población, las cronas, la accesibilidad, la ocupación-tiempos. Es en función de los resultados obtenidos, de estas valoraciones, cuando la Gerencia Regional de Salud modifica la dotación y horarios de funcionamiento de los diferentes recursos que se encargan de atender en las diferentes zonas básicas de salud de la Comunidad, cuando los parámetros así lo aconsejan.

En cualquier caso, la Gerencia de Atención Primaria y las Gerencias de Asistencia Sanitaria, en este caso de Segovia, proporcionan una adecuada organización y prestación de la asistencia sanitaria pediátrica de sus áreas, garantizando a los pacientes, en todo momento, la cobertura asistencial demandada, garantizando la calidad y la equidad en acceso a la misma.

Por último, y en relación a las medidas, pues, bueno, reseñar nuevamente, dentro del Plan Estratégico de Reducción y Control de las Demoras y las Listas de Espera, en Gerencia Regional de Salud, Plan PERYCLES, el objetivo es que no haya unas demoras mayores de 48 horas en las consultas a demanda, tanto en Atención Primaria, dentro de la Atención Primaria, la atención pediátrica y la medicina de familia, y para eso, bueno, pues además de los planes de contingencia, se ha establecido las consultas, como les decía anteriormente, de gestión de la demanda por parte de los profesionales de enfermería.

Y, si me da tiempo, luego, pues anticiparles la implantación asistencial del modelo de... en red de la atención para las enfermedades raras de Castilla y León, que yo creo que también va a contribuir a un diagnóstico precoz y a un alivio para este tipo de enfermedades, que son muy poco prevalentes, pero son muy frecuentes en número.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muy bien. Pues nada, muchas gracias. En un turno de réplica, tiene la palabra el señor procurador don José Luis Aceves, por un espacio de tiempo de cinco minutos.

EL SEÑOR ACEVES GALINDO:

Gracias, presidenta. Bueno, pues sí, agradecer al director general sus explicaciones rápidas, por otra parte, porque eran muchas cuestiones, pero voy a ir a tres cuestiones básicas.

La primera. Desde luego, creo que siguen... -y se lo decía en mi primera intervención- realmente si siguen por único parámetro de exigencia de este servicio público el decir que al haber menos niños, o al haber menos presión, está todo resuelto, vuelvo a repetir, es que están perdiendo lo básico de lo que significa la atención de un servicio público de calidad en el medio rural. Es que la gente se marcha, es que con este tipo de medidas, ya digo, no una carretera, sino una autopista de viaje directa. Porque, vuelvo a repetir, si no reconocen, aunque al final me ha dicho en su intervención que en el plan este que están intentando poner en marcha, de que haya dos días mínimo, y tal y cual, con lo cual, indirectamente están reconociendo que algo no funciona, porque, si no, no tendrían que hacer ningún plan para que fueran atendidos en dos días; es evidente, no lo quieren decir, no entiendo por qué. Porque, fíjese, le



digo una cosa con absoluto cariño, de verdad: para acometer un problema siempre hay que ver la realidad y saber, si se ha producido un error, poderle modificar, y aquí es evidente que en este caso que la atención no ha sido la adecuada. Y ahora dicen que van a poner en marcha un plan. Bienvenido sea todo plan, pero que sea efectivo, no que sea cara a la galería y que tengamos que volver a tratar siempre de la misma situación.

Segunda cuestión que le digo fundamental... es decir, la primera, siguen sin ver la realidad de lo que significa que la gente se va del medio rural, si no hay servicios públicos básicos de calidad.

Segunda cuestión, de verdad, con un ejemplo concreto, que no me ha sacado, seguramente por olvido, pero yo se le saco: ¿de verdad piensa que en Fuentesauco de Fuentidueña, en el centro de salud de Fuentesauco de Fuentidueña, que va un día a la semana, compartido con Sacramenia el pediatra a atender, de verdad piensa que puede a las 76 personas... 76 personas puede atender en condiciones normales? Pero si con los programas básicos, que tiene que atender vacunaciones y tal, se ha completado la media jornada. Suplementen en esas plazas, para que puedan ser atendidos en condiciones normales; primero, para que la actividad del profesional sirva para que lo pueda hacer en mejores condiciones, y, segundo, para que la población se siente satisfecha con el servicio.

Pero le pongo el mismo ejemplo en San Ildefonso, en una población de esas características, flotante, porque tiene, aparte de los más de 5.000 habitantes el propio núcleo, más lo municipios de al lado, la cercanía a la ciudad y lo que supone, además, una parte importante de población flotante, que seguramente puede estar empadronada en cualquier otros lugares pero que al médico va a ser atendido al centro de salud, ¿de verdad que es tan complicado aumentar en un día o en dos días más la atención en este municipio con un número importante de población en edad infantil? Desde luego, eficacia, eficiencia, servicios públicos al límite siempre de su capacidad, pero, desde luego, cuando hay situaciones excepcionales, medidas. Y es lo que le reclamo claramente: medidas de aumento del número de profesionales hasta que esto se pueda volver a la normalidad y para que haya la suficiente cantidad de personas atendidas en las mejores condiciones. Eso es la reclamación que le hago absolutamente claro.

Tercer asunto. Mire, llega un momento que, de verdad, me pasaban por aquí los compañeros algún tipo de preguntas relacionadas con otros ámbitos de Castilla y León. Pero, de verdad, no escondan la realidad, que hay un déficit y los recortes en esto funcionan que es la maravilla. Seguramente, en otras condiciones no habría hecho falta nada más que la petición por parte de los usuarios, de los ciudadanos, pero, en este caso, bueno, pues como gato panza arriba, dan arañazos, como diciendo que está todo muy bien, no toquen nada, pero la realidad es que le va a tocar tomar decisiones. Pues anticípense, anticípense y tómenlas, pero ya; no sigamos con la presión de la ciudadanía en la calle, de la ciudadanía preguntando, sin entender realmente, cómo puede ser... -y vuelvo a poner ejemplos muy claros- cómo puede ser que en el Real Sitio de San Ildefonso llames y te den cinco días después la cita en una población de más 5.000 habitantes, con una población de 800 o 900 niños, con la cercanía y con una población flotante, como le digo, que hay mucha más gente de la empadronada realmente viviendo y siendo atendida por el centro de salud. Por lo tanto, tomen decisiones de una vez, que es realmente lo importante.



Y, finalmente, desde luego, si hay que tener en cuenta que para que el servicio de pediatría sea atendido en un cierto municipio un número mínimo de pacientes, para que pueda llegar el servicio de esa manera, de verdad, me gustaría saber si la petición que debe Castilla y León, además yo creo que unánimemente todos los partidos políticos y la presencia del presidente Herrera en el Comité de las Regiones diciendo que la diferencia de Castilla y León para poder asentar población es mejores servicios públicos básicos, si en este caso hay que hacer un paréntesis y decir que todos menos en pediatría. Me gustaría que me respondiera y, de todas maneras, muchas gracias por su atención.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Muchas gracias, señor procurador, don José Luis Aceves. Para contestarle de nuevo, tiene la palabra el señor director general de Asistencia Sanitaria.

EL DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR JOLÍN GARRIJO):

Muchas gracias, presidenta. Bueno, vamos a ver si también de forma breve puedo contestar las cuestiones que ha planteado y concretar sus peticiones.

En cuanto... yo creo que tenemos una sanidad pública de calidad en el medio rural. La despoblación y la situación en la que está una... los territorios de Castilla y León no es por falta, precisamente, de... no es por cuestión... por la falta de calidad de la sanidad pública, ni mucho menos, porque lo acabamos de ver, ha disminuido en Segovia en 5,40 y hemos aumentado en un facultativo de pediatría la dotación. Por lo tanto, yo creo que blanco y en botella en este sentido, ¿no?

Planes para que funcione, por supuesto. Planes para que funcione, anteriormente, pues parece ser que los planes eran para que... bueno, sí que hay planes para... pero los planes son para cumplirlos, evidentemente. Y de las miles y miles y miles de consultas a la demanda que hay diariamente en Atención Primaria en Castilla y León sí que puede haber alguna que supere las 48 horas. Nuestra intención es que ninguna supere las 48 horas. Es decir, que, por supuesto, evidentemente, cuando hay cientos de miles al año, vamos a procurar en lo posible, y por eso es la ambición de este Plan PERYCLES, la ambición de que no hay demoras en Atención Primaria. Y, donde las hay, a través de los planes de contingencia, a través de las consultas específicas de enfermería de gestión de la demanda y a través de otra serie de herramientas que vamos a utilizar, garantizar que los pacientes en ningún caso en consulta a la demanda superen las 48 horas, sobre todo en los días especiales, como pueden ser en períodos vacacionales, en Semana Santa, etcétera, etcétera, que es donde con mayor frecuencia tenemos este tipo de problemas. Y eso es lo que vamos a intentar garantizar, ¿eh?, lo que vamos a intentar garantizar, porque, evidentemente, en Atención Primaria no puede haber demoras, no puede haber listas de espera, y esa es la intención.

Si hay algún otro sistema nacional... algún otro sistema de Comunidad Autónoma de salud que... que no reconoce que no tienen, en alguna situación, pacientes que superen las 48 horas, que me lo digan y le ponemos una medalla inmediatamente. Pero, vamos, no es la situación. En Castilla y León lo que vamos a hacer es contarlos y constatarlos, y además por eso lo hemos puesto por escrito, cosa que otras Comunidades todavía no lo han hecho porque no tienen capacidad para realizarlo.



Concreta en... vamos a ver, en Fuentesauco. Mire, decía con mucha ironía un pediatra que mejor... vamos que conocí yo en la residencia, hablaba de los pobres niños sanos, ¿no?, cuando empezamos estos planes de tanta tal, de tanto... de darles, venir, venir, venga, ahora lo otro, lo cual y lo más allá. No, no, pues mire, la atención en Fuentesauco es la atención que corresponde a las tarjetas sanitarias. Pero, mire, es que no todos los niños van todos los días, ni mucho menos, y, aunque su frecuentación sea alta, está perfectamente diseñada para las necesidades asistenciales de esos niños.

Pero vuelvo a insistir, por tercera vez, que es que... o cuarta vez, ya no lo sé, que es que, además de médicos y de pediatras, en los centros de salud hay enfermeras que atienden a los niños, que les vacunan, que saben hacer promoción de la salud, prevención de las enfermedades y mucha de la cartera de servicios a la que da lugar la atención a los niños, y es importante no olvidarse de ello.

Hablaba... vamos a ver si le puedo concretar en cuanto... en cuanto a las poblaciones y en cuanto a los números, pero sí, mire, yo, ayer repasando concretamente esta pregunta, me llamó mucho la atención los datos de actividad por tarjeta sanitaria de la zona básica de salud de San Ildefonso-La Granja, porque, bueno, pues lo que ha estado hablando, ¿no?, en San Ildefonso, si no vamos a tener en cuenta la población flotante, etcétera, etcétera. Por supuesto que tenemos en cuenta la población flotante. Pero, mire, la conclusión a la que hemos llegado, por varias partes, además, no solo por la mía, porque, cotejando esta mañana los datos, nos ha llamado la atención, ¿no?

Fíjese, la actividad de la consulta de pediatría en el centro de salud de San Ildefonso es llamativo que la presión total, es decir, el número de consultas que tiene el pediatra los días que tiene consulta es 14,22 en agosto, 16,80 en julio. Días... bueno, pues ahora, pues claro, el resto de los meses será inferior, porque, bueno, pues la población en San Ildefonso... tiene una población flotante muy importante. Pues he aquí nuestra sorpresa y la importancia de los datos para organizar y planificar los recursos. En marzo y en febrero es de 20,64 y 20,42, respectivamente. Conclusión: no viene condicionada la presión por el período estival, por el turismo, por la población flotante, etcétera, más bien por los factores epidemiológicos de las enfermedades, no lo demográficos. Y esto es muy importante a la hora de planificar. Es decir, esta son la realidad de las cosas. A la hora de aumentar los recursos, a la hora... bueno, pues vamos a verlos, vamos a constatarlos. Y de aquí derivan las sorpresas. Es decir, incluso en octubre y septiembre hay mayor presión asistencial que en agosto y en julio, cuando la población flotante imagino que en San Ildefonso se duplicará sino triplicará. Y esto es un dato muy relevante.

En cuanto a... mire, en cuanto a Fuentesauco, sí que le puedo ofrecer algunos datos (sí, sí, si les... porque es que ya, la verdad, que son tantos los datos que hemos ofrecido hoy...). Vamos a ver, en cuanto... bueno, aquí están. Porque, claro, una de las cuestiones importantes... es decir, de qué estamos hablando, exactamente de cuántos niños, en este caso, estamos hablando en Fuentesauco. Bueno, pues estamos hablando... bueno, la media... la media no, las tarjetas... Vamos a ver. Mire, la población TIS en Fuentesauco de Fuentidueña es de 75 tarjetas sanitarias -creo que lo he dicho anteriormente- menores de 14 años; de ellos, 12 son niños que entendemos, bueno, pues que pueden requerir, que son los menores de 2 años, que pueden requerir una atención ordinaria pediátrica. ¿Que le parece mucho, que le parece...? Bueno, pero es que, claro, es que no van todos los días a la vez, ni, gracias a Dios, se nos ponen malos todos los niños, sino, bueno, pues lo... tienen su



actividad programada y luego tienen su consulta a demanda, y, además, como les he dicho anteriormente, también hay la atención domiciliaria y la atención, en caso de ser una urgencia o una emergencia, pues para eso están también los recursos, ¿no?

Y en cuanto a San Ildefonso-La Granja, la población, los niños son 657 menores de 14 años y, de ellos, 110 son menores de 2 años. Yo creo que, dadas estas cifras, no sé, no creo yo que muchas zonas básicas de salud del resto del territorio nacional puedan aportar estas cifras, ¿no? Pero bueno, esto sí que es un dato objetivo y sí que disponemos de un pediatra de área que atiende a los niños. ¿Que a lo mejor un día a la semana le parece poco? Pues la verdad es que nos parece suficiente, ¿no? Pero, bueno, como dije al principio, aquí lo importante es también ir monitorizando y viendo los cambios e irnos adaptando a las circunstancias cambiantes de los pacientes, porque para eso estamos, ¿no?, no para otra cosa.

Por último, sí que quería, bueno, hacer una reflexión sobre el empadronamiento. Mire, la gente, si fuese realidad lo que están diciendo de que van donde están los recursos y tal, todos los niños se empadronarían en donde tenemos los hospitales de referencia, en Salamanca, Burgos, León y Valladolid, y no es así; la gente también se empadrona en Palencia, en Ávila, en Segovia, en... pues.. y ahí no hay ucis pediátricas, no hay servicios específicos de neonatología, ni hay otras muchas cosas, ¿no?, pero, sin embargo, pues bueno, ¿por qué? Porque, bueno, lo que se trata es de trabajar en red, de trabajar de una forma integrada y dar respuesta de la mejor forma posible y con la mayor calidad a los niños.

LA PRESIDENTA (SEÑORA VILLORIA LÓPEZ):

Pues nada, muchas gracias. Agradecer de nuevo su comparecencia en esta Comisión de Sanidad, muy extensa y con muchísimos datos. Y nada más.

No habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

[Se levanta la sesión a las catorce horas treinta minutos].