



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DOÑA MARÍA DE LOS ÁNGELES PRIETO SÁNCHEZ

Sesión celebrada el día 22 de mayo de 2025, en Valladolid

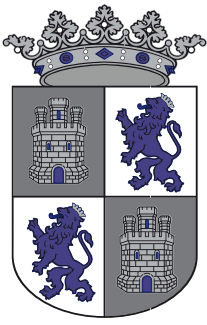
ORDEN DEL DÍA

1. Pregunta para su respuesta oral, POC/000280, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores D. José María Sánchez Martín, Dña. María de los Ángeles Prieto Sánchez, D. Francisco Javier Carpio Guijarro, Dña. Beatriz Coelho Luna, Dña. Lorena de la Fuente Ruiz, D. Raúl Hernández López y Dña. María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a cuál es el balance del programa que desarrolla la Consejería de Sanidad para la fidelización y captación del talento de residentes que finalizan su formación sanitaria especializada en el SNS, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 377, de 30 de enero de 2025.
2. Pregunta para su respuesta oral, POC/000364, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores D. José María Sánchez Martín, Dña. María de los Ángeles Prieto Sánchez, D. Francisco Javier Carpio Guijarro, Dña. Beatriz Coelho Luna, Dña. Lorena de la Fuente Ruiz, D. Raúl Hernández López y Dña. María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a situación en que se encuentra la obra de construcción del nuevo Hospital de Aranda de Duero, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 388, de 27 de febrero de 2025.
3. Pregunta para su respuesta oral, POC/000367, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores D. José María Sánchez Martín, Dña. María de los Ángeles Prieto Sánchez, D. Francisco Javier Carpio Guijarro, Dña. Beatriz Coelho Luna, Dña. Lorena de la Fuente Ruiz, D. Raúl Hernández López y Dña. María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a últimas modificaciones del calendario de vacunación e inmunización de Castilla y León, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 388, de 27 de febrero de 2025.



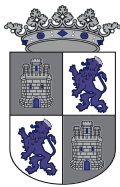
SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos.	22732
La presidenta, Sra. Prieto Sánchez, abre la sesión.	22732
Intervención del procurador Sr. García Fernández (Grupo UPL-SORIA ¡YA!) para comunicar sustituciones.	22732
Intervención del procurador Sr. Sánchez Martín (Grupo Popular) para comunicar sustituciones.	22732
Primer punto del orden del día. POC/000280.	
La secretaria, Sra. Frutos Rubio, da lectura al primer punto del orden del día.	22732
Intervención del procurador Sr. Hernández López (Grupo Popular) para formular su pregunta a la Junta de Castilla y León.	22732
Contestación, en nombre de la Junta, de la Sra. García Rodríguez, directora general de Personal y Desarrollo Profesional.	22735
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Hernández López (Grupo Popular).	22739
En turno de dúplica, interviene la Sra. García Rodríguez, directora general de Personal y Desarrollo Profesional.	22740
Segundo punto del orden del día. POC/000364.	
La secretaria, Sra. Frutos Rubio, da lectura al segundo punto del orden del día.	22742
Intervención de la procuradora Sra. De la Fuente Ruiz (Grupo Popular) para formular su pregunta a la Junta de Castilla y León.	22742
Contestación, en nombre de la Junta, del Sr. Muñoz Galindo, director general de Calidad e Infraestructuras Sanitarias.	22744
En turno de réplica, interviene la procuradora Sra. De la Fuente Ruiz (Grupo Popular).	22748
En turno de dúplica, interviene el Sr. Muñoz Galindo, director general de Calidad e Infraestructuras Sanitarias.	22749
Tercer punto del orden del día. POC/000367.	
La secretaria, Sra. Frutos Rubio, da lectura al tercer punto del orden del día.	22751
Intervención del procurador Sr. Sánchez Martín (Grupo Popular) para formular su pregunta a la Junta de Castilla y León.	22752



Páginas

Contestación, en nombre de la Junta, de la Sra. Granda Castro, directora general de Salud Pública.	22753
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Sánchez Martín (Grupo Popular).	22756
En turno de dúplica, interviene la Sra. Granda Castro, directora general de Salud Pública.	22758
La presidenta, Sra. Prieto Sánchez, levanta la sesión.	22759
Se levanta la sesión a las doce horas.	22759



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

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Señorías, se abre la sesión. Buenos días. ¿Algún grupo parlamentario tiene que comunicar alguna sustitución a esta Presidencia?

EL SEÑOR GARCÍA FERNÁNDEZ:

Sí, señora presidenta. Buenos días. José Ramón García Fernández sustituye a don Luis Mariano Santos Reyero.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias. ¿Algún grupo más?

EL SEÑOR SÁNCHEZ MARTÍN:

Sí, presidenta. José Antonio Mendoza Toribio sustituye a Javier Campo Guijarro.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

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

POC/000280

LA SECRETARIA (SEÑORA FRUTOS RUBIO):

Buenos días. Primer punto del orden del día: **Pregunta para su respuesta oral número 280, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores José María Sánchez Martín, doña María de los Ángeles Prieto Sánchez, don Francisco Javier Carpio Guijarro, doña Beatriz Coelho Luna, doña Lorena de la Fuente Ruiz, don Raúl Hernández López y doña María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a cuál es el balance del programa que desarrolla la Consejería de Sanidad para la fidelización y captación del talento de residentes que finalizan su formación sanitaria especializada en el SNS (Sistema Nacional de Salud), publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 377, de treinta de enero de dos mil veinticinco.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias. Damos la bienvenida a la directora general de Personal y Desarrollo Profesional, doña Sonsoles García Rodríguez. Muchísimas gracias por asistir a esta Comisión y dar respuesta. Para la formulación de la pregunta, y en nombre del grupo proponente, tiene la palabra don Raúl Hernández López, por un tiempo máximo de diez minutos.

EL SEÑOR HERNÁNDEZ LÓPEZ:

Muchas gracias. Disculpe, señora presidenta, pero bueno, estábamos aquí conectando ordenadores, papeles y todo, y bueno... Y también pedirle disculpas por



la voz, porque andamos un poco ahí acatarrados, y, bueno, intentaremos llegar al final de la intervención con una voz que se escuche y se entienda.

Señora directora general, bienvenida de nuevo a su casa. Agradecerla, ¿cómo no?, siempre su disposición para poder venir a esta... a esta Institución para darnos cuenta de las situaciones, del trabajo y de la labor desempeñada por la Dirección General que usted desempeña.

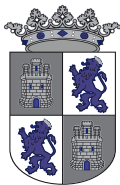
Desde este grupo, la verdad que este tema nos parece muy muy importante; muy importante porque de todos es sabido la situación que tiene este país, España, por la situación de los médicos: si me permite la expresión, incluso el inicio de subasta que ya hemos empezado a hacer todas las Comunidades Autónomas a la hora de poder obtener pues esos recursos humanos necesarios para poder prestar el servicio de una forma conveniente y adecuada, como todos deseamos.

Lamentablemente, la sanidad es un arma de lucha política, y donde unos están en la Oposición tienen un discurso, y cuando unos están en el Gobierno, en otros sitios, tienen otros muy diferentes.

En septiembre de este... del año dos mil veinticuatro, a este procurador le sorprendía -me imagino que a ustedes también, ¿no?- pues este... esta carta que remitió la ministra de Sanidad a las Consejerías autonómicas de este país, en la que la señora García solicitaba que se fidelizaran a los mir, aunque decía que ya la mayoría de las Comunidades lo sabían y lo estaban haciendo, entre ellas Castilla y León era una de las Comunidades que lo hacía, ella decía textualmente en su escrito que... que instaba a que los consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas implementaran medidas que garantizaran la estabilidad laboral de los médicos internos residentes, mir, que finalizarán su formación el próximo veinticuatro de septiembre.

Hombre, a mí me sorprende que la medida del Ministerio de Sanidad en este país sea mandar una carta a las Comunidades Autónomas instando a que... -ya algunas lo hacen- para que, si alguna no lo hace, que lo haga. Yo creo que los políticos tienen que tomar decisiones y medidas; y para eso están, para tomar decisiones y medidas, aunque en ocasiones no se acierten. Pero intentar transmitir a los ciudadanos... -en este caso ella, a nivel nacional, a nivel de todo el país- intentar transmitir una sensación de tranquilidad a que hoy en día tenemos un Gobierno que está intentando frenar esa sangría que tenemos a nivel nacional. Pero cuando la medida es una carta en la que lo que hace es recordar a quien lo hace que lo siga haciendo, y al que no lo ha... a quien no lo hiciera que lo haga, pues sorprende.

Sorprende cuando vemos datos, como, por ejemplo, podíamos ver en el último informe 2019-2023, en el que la cifra total de médicos que se han marchado de España, cuando estamos hablando de que hay una fuga de médicos -datos oficiales, repito- en el año dos mil diecinueve fueron 403 médicos los que se dieron de baja por emigración; en el año dos mil veinte, no se dio de baja ningún médico -seguramente sería por el tema de la pandemia-; en año dos mil veintiuno fueron 395; el año dos mil veintidós, 358; y en el año dos mil veintitrés, un récord histórico, lamentablemente: fueron 499 médicos los que se dieron de baja por migración en los últimos años a nivel nacional. Son datos oficiales del Colegio Oficial de Médicos y que están a disposición de cualquiera que los busque en internet.



A mí también me llaman la atención otros datos, ¿no? Pues cuando siempre estamos escuchando que hay un problema a la hora de poder fidelizar, en relación a los médicos que se presentan a la especialidad y que luego realizan su labor en los hospitales, es que siempre decimos pues que faltan médicos. Y hay que decir los datos. Y a mí me gustaría que alguna vez se abriera un debate, dijéramos cuántos médicos se presentan a la especialidad, cuántos aprueban y cuántas plazas se sacan.

No voy a entrar en esta primera intervención en el hecho de que no es verdad lo que se viene acusando siempre en estas Cortes: la época en la que se empezó a defender la oferta pública que se sacaba no fue un ministro que empezaba su nombre por Mariano y apellidado Rajoy, fue otro presidente de Gobierno el que empezó a reducir este número de plazas que se sacaban, y ahí está la hemeroteca.

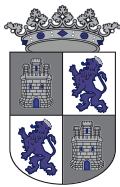
Por eso, creo que es importante la labor de fidelizar; una labor complicada, porque estamos hablando –yo lo decía antes– de una situación de carencia de especialistas donde hoy en día se dan bastantes bastantes bastantes variables. Hace poco leía declaraciones de una consejera de Sanidad, que no es del Partido Popular, que decía que el hecho de no poder fidelizar en su Comunidad Autónoma era porque parte de los que habían ido a ejercer no eran de allí y que tenían un arraigo en otra Comunidad. ¿De acuerdo?

Entonces, veía que hay un mal, y es un mal que no es una excusa política, si me permiten la expresión; es un mal que existe, y que eso existe en todas las profesiones, no en la de médico. Cuando alguien va a trabajar fuera de su lugar de residencia, donde su familia no reside, tiende a irse hacia su zona. Y eso lo podemos hablar en cualquier profesión, y lo podemos encontrar en educación, lo podemos encontrar en sanidad o en empresas privadas. Que yo le podría decir en casos particulares, el mío de especial: yo hasta que me he ido acercando a mi domicilio, he ido cambiando de centro de trabajo. No porque estuviera a disgusto, no porque estuviera mal; sino porque, al final, tiendes a ir donde está tu familia. Si tienes una opción de acercarte, te vas.

Pues eso lo decía hace poco una consejera de Sanidad de un partido que no es el Partido Popular. Entonces, cuando tú ves que los consejeros de Sanidad de las diferentes Comunidades Autónomas coinciden en los argumentos, pues esto será que no le faltará motivos. Y entonces la equivocación no la pueden tener todas las Comunidades Autónomas de este país. Esto es como ese mal chiste del que va por la carretera en sentido contrario y dicen: hombre, que van todos los coches en sentido contrario al nuestro; y él dice: no, no, los equivocados son los demás.

Pues esto ocurre lo mismo: yo... cuando vemos que están todas las Comunidades Autónomas sacando programas de fidelización, ofertando contrato de larga duración, bonificaciones salariales, condiciones... Bueno, leí alguna –además les invito a que lean algunas y que busquen en internet– que son ya, la verdad, muy sorprendentes las condiciones que se están ofertando. Entonces el problema no será de una zona y no es de una sanidad; es un problema que es un problema nacional.

Por eso yo creo que es importante trasladar a los ciudadanos de Castilla y León también que sepan esa información –que no busquen en internet, no la van a encontrar–, que es: ¿qué está haciendo la Junta de Castilla y León para intentar que esos profesionales que vienen a la Comunidad se queden ahí, en esa



competencia que hemos abierto entre Comunidades Autónomas? Desde mi punto de vista, lamentable; porque que estemos en una subasta porque no se toman otras medidas creo que es un error. Y lo pagaremos todos los españoles, vivamos donde vivamos.

Por eso, yo creo que es importante hoy su comparecencia aquí para responder a esta pregunta y paso a hacérsela, que es: ¿cuál es el balance del Programa que desarrolla la Consejería de Sanidad para la fidelización y captación del talento de residentes que finalizan su formación sanitaria especializada en el Servicio Nacional de Salud?

Y yo creo que, después de que en su intervención nos dé algunas variables, tengo alguna cuestión que solamente le plantearé alguna que linda un poco con este tema. Sin más, espero su respuesta. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señor Hernández. Para la contestación de la Junta de Castilla y León, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, la señora directora general de Personal, doña Sonsoles García Rodríguez.

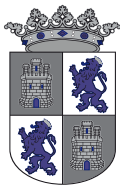
LA DIRECTORA GENERAL DE PERSONAL Y DESARROLLO PROFESIONAL (SEÑORA GARCÍA RODRÍGUEZ):

Pues muchas gracias, señora presidenta. Y buenos días, señoras y señores procuradores. Muchas gracias por las amables palabras de bienvenida del procurador del Grupo Popular.

Comparezco para contestar a la pregunta formulada: que cuál es el balance del programa que desarrollamos desde la Consejería de Sanidad de fidelización y captación del talento de residentes en el Sistema Nacional de Salud. La respuesta a la cuestión planteada es clara para nosotros: el balance del programa de fidelización es positivo.

El programa de fidelización surge como una herramienta de la que se dota al Servicio Público de Salud para convencer, para mantener, para retener, en definitiva, para fidelizar –como lleva el propio nombre del programa– a todos aquellos residentes que han finalizado su formación en la Comunidad de Castilla y León, aunque posteriormente lo hemos ido abriendo –como veremos– a todo el Sistema Nacional de Salud. Y el balance es positivo porque cada año hemos ido mejorando en el número de fidelizados que permanecen en la Comunidad de Castilla y León.

Los datos más básicos: desde el dos mil quince, momento en el que se inicia el programa de fidelización, hasta el día de hoy se han incorporado al Servicio Público de Salud de Castilla y León 790 médicos. De estos, 672 –el 85 % de todas las incorporaciones– se han producido en esta legislatura, en los últimos 3 años. Y dentro de estos 672, 113 de ellos provienen de otras Comunidades Autónomas; con lo cual no solamente empezamos fidelizando, hemos continuado captando, y esta captación ya se ve en estos 113 profesionales que, no terminando en Castilla y León, han retornado. Evidentemente el programa no ha sido estancado, sino que ha ido evolucionando y se han ido superando distintas dificultades. Pero los datos lo marcan también.



Por ejemplo, entre los años quince y diecinueve se fidelizaron 61 médicos. Solamente en el año dos mil veintitrés, y solamente en el ámbito hospitalario, hemos fidelizado 218 médicos. Y en este ámbito, en el ámbito hospitalario, logramos en ese momento fidelizar el 86 % de los residentes que terminaban su residencia en Castilla y León.

En cuanto a la ansiada captación de médicos en Atención Primaria, también el incremento se vio; es decir, partimos de una cifra de 16, en dos mil veintidós, hasta alcanzar los 45 en el año dos mil veintitrés. Ciertamente, y aquí tenemos que reconocerlo, es en el ámbito de la atención... de la... de la Atención Primaria, de la Medicina Familiar y Comunitaria, donde debemos seguir trabajando para alcanzar unas mayores cotas de fidelización, como luego veremos.

En términos globales podemos decir que de los 74 médicos fidelizados en el año dos mil veintidós, es decir, en solo 2 años, hemos aumentado un 350 %. Es decir, en el año veintidós se incorporaron 74 médicos; en el año dos mil veinticuatro, 335 médicos hemos incorporado a través del programa de fidelización. Y este balance pues a nosotros, en un entorno de déficit de médicos –como se ha dicho–, en un entorno donde todas las Comunidades Autónomas estamos intentando captar profesionales, nos parece que es, en términos globales, positivos.

Y además hay que decir que el programa de fidelización de médicos del Servicio Público de Salud de Castilla y León, de la Junta de Castilla y León, ha sido pionero; y ha sido un sistema en el que el resto de las Comunidades han ido detrás de nosotros, incorporando medidas que no han tenido, creo yo, la visión global que mantenemos nosotros. Porque el mejor valor que tiene un servicio público de salud es el capital humano, de tal manera que nuestros programas de fidelización no solamente van a captar para trabajar, sino que fomentan que se continúe en la formación, no solamente a través de una formación académica, como puede ser un máster, sino con rotaciones externas o con estancias en el extranjero, que esto es lo que completa para nosotros el sistema de formación.

Y además que parte de una estructura muy sólida docente. Quiero recordar, aunque no es el tema de mi... de mi comparecencia, de la pregunta, pero sí que se tiene que saber que en Castilla y León contamos con 250 unidades docentes. Y que actualmente tenemos 794 plazas acreditadas de formación mir, 33 hemos creado últimamente en esta legislatura. Y quiero hacer hincapié en las que se han creado: 3 en el hospital del Bierzo; 3 en el hospital de Ávila, y 4 en el hospital de Zamora. Es necesario fomentar la formación en todo el espectro de la Comunidad de Castilla y León y la fidelización en todos los ámbitos, todas las áreas y todos los hospitales.

Por tanto, lo que podemos decir es que en el inicio del programa de fidelización, entre los años dos mil quince y dos mil diecinueve, era un programa de reconocimiento al mir excelente, por decirlo de alguna manera. Cierto es que aquellos fidelizados, en torno a los 9 o 10 en cada uno de estos años, que obtenían una mejor puntuación o habían sido destacados en su promoción se les ofertaba un nombramiento de tres años y se les abría la posibilidad de realizar actividad investigadora sufragada con unos 1.000 euros.

En estos tres años, a partir del año dos mil veintiuno, se amplía y se tiende también a acudir a la bolsa para completar el programa de fidelización. Como ya he dicho, entre el año dos mil quince y el año dos mil veintiuno se fidelizan 119 médicos residentes.



Quiero decir que en estos años también existía un programa de fidelización de eir, y en estos años se fidelizaron unas diez enfermeras. Es verdad que el perfil entre la enfermería y la medicina es diferente -luego, si quieren, profundizamos un poco más-, pero también es cierto que se baremó y valoró la formación de las enfermeras residentes.

En el año dos mil veintidós, con el inicio de la legislatura, se observa la necesidad, y por la situación en la que se encontraba el déficit de profesionales, de reorientar completamente el programa de fidelización. Pasa a ser, por tanto, un programa en el que se abre completamente a captar a todas las especialidades; se oferta un nombramiento de tres años; se completa con la realización de un máster o un título propio para aquellos que resultaban fidelizados; se habilita la formación de programas y proyectos de investigación; o bien la realización de estancias formativas.

Este programa del año dos mil veintidós ya estaba reorientado. Necesitábamos fidelizar en el ámbito hospitalario, en el ámbito de la Atención Primaria; se segregó, se necesitaban todas las especialidades y además se incorpora a los médicos doctores, es decir, aquellos profesionales que al finalizar la residencia ya tenían el título de doctor, y contribuían, en los centros donde teníamos servicios vinculados, no solo a prestar asistencia sanitaria, sino a continuar con la labor de preparación de tesis. En el año dos mil veintidós se fidelizaron 74 residentes, es decir, en 5 años habíamos fidelizado 119; en 1, 74.

Finalizado este año, también nos damos cuenta que hay que seguir avanzando, y lo primero que hacemos es un análisis de la situación real. Y -como ya ha dicho el procurador- lo primero que se detecta es que un 58 % de los residentes que se forman en Castilla y León tienen origen de fuera de la Comunidad de Castilla y León, y, por tanto, tienen menos arraigo -como ya ha dicho el señor procurador-.

¿Qué pensamos? Pues que teníamos que abrir el programa de fidelización a todo el Sistema Nacional de Salud. Hasta el año dos mil veintidós ofrecíamos la fidelización solo a los residentes que terminaban en Castilla y León. A partir del año dos mil veintitrés lo abrimos a todo el Sistema Nacional de Salud; porque del mismo modo que nosotros tenemos residentes con arraigo fuera, habría residentes de fuera que tenían arraigo en Castilla y León.

Y tres elementos mejoran el sistema de fidelización. El primero de ellos -como digo-, hacer las reformas legales pertinentes para que se pudiera abrir a todas... a todo el espectro del Sistema Nacional de Salud.

Y, en segundo lugar, incorporamos un elemento pionero a la hora de fidelizar, que es la realización de una encuesta, donde nos dirigíamos a todos los residentes y valorábamos y preguntábamos sobre cuáles eran sus preferencias, qué elementos iban a determinar que quisieran trabajar en Castilla y León. La encuesta realmente fue muy importante en nosotros a la hora de decidir. Se realizaron 328 encuestas. Y, de estas, 40 de los encuestados, o que quisieron contestar, venían de otras Comunidades Autónomas. Y en la realización de esta encuesta colaboraron ampliamente sociedades científicas, todos los centros hospitalarios, porque lo hacían poroso al resto de especialistas.

Y el tercer lugar, establecimos... incorporamos lo que hemos llamado los nombramientos compartidos, es decir, aquellos nombramientos en los que no



solamente se iba a prestar trabajo en el centro de preferencia, que podía ser siempre un grupo 3 o un grupo 4, sino que necesariamente tenían que prestar también asistencia sanitaria a los hospitales del grupo 1 o del grupo 2.

Como he dicho al principio, el programa de fidelización trata de convencer a los profesionales para que se queden, pero para nosotros este convencimiento pasa del conocimiento. Si no conoces realmente la actividad que se realiza en todo el ámbito del Servicio de Salud de Castilla y León, poco te puedes quedar. Quiero decir que tenemos que tener en cuenta que la mayor parte de nuestra formación se realiza en los hospitales del grupo 3 o del grupo 4. De los 794 puestos acreditados, digamos que más de 500 se reparten entre el grupo 3 y el grupo 4; y 200 entre el grupo 1 y el grupo 2. Y, por tanto, cualquier nombramiento en un hospital del grupo 3 o del grupo 4 requería un 30 % anual de jornada en el grupo 2.

¿Y cuál fue el resultado? Pues 263 nombramientos de fidelización en el año dos mil veintitrés, es decir, prácticamente el 70 % de la oferta estaba cubierta de los... de los que terminaban; un incremento del 255 % si lo comparamos respecto a los 74 del año anterior. Y como habíamos abierto el programa de fidelización al resto de servicios públicos de salud, retornaron a Castilla y León 50 profesionales.

En el ámbito de la Atención Primaria se produjo también un salto importante –como ya he dicho–, y es que de... frente a los 16 que habíamos conseguido fidelizar, alcanzamos la cuota de 45. Quiero explicar aquí que en el ámbito de la Atención Primaria, y sobre todo en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, esta es una especialidad que nutre dos tipos de atención: la propia de la Atención Primaria; pero también las urgencias hospitalarias. Un gran número de especialistas de Atención Primaria prestan servicios en urgencias hospitalarias. Ya veremos, cuando arranque la nueva especialidad, cómo se lo reparten.

Lo destaco porque, aunque 45 se quedaron en Atención Primaria, 17 especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria se incorporaron a los hospitales. Por lo tanto, logramos fidelizar 62; aunque no de la manera más óptima.

Y por último, llegamos al año dos mil veinticuatro. Mantenemos también la apertura, mantenemos la encuesta; esta vez en la encuesta nos contestan 404 encuestados. Aumentamos casi a 70 las encuestas que recibimos de fuera, y cambiamos la parte compartida. Seguimos considerando que es necesario que todos los residentes que trabajan en Castilla y León o que vienen de fuera de Castilla y León conozcan toda la actividad asistencial que se realiza.

A veces, cuando acuden a centros que en principio no son de su preferencia, al conocerlos se quedan. Y, en este momento, todos los nombramientos de fidelización del ámbito hospitalario llevaban: el primer año, 50 % entre un grupo 3... 3 o 4 o un grupo 1 o 2; el segundo año, un 40 %; y el tercer año, 30 %.

El resultado ha sido para nosotros muy bueno. Se logró fidelizar 335 residentes. Por tanto, incrementamos un 27 %. Aseguramos la permanencia de un 77 % respecto de los residentes que terminan. Y conseguimos para nosotros lo más importante, que es el arraigo de las personas también que estaban de fuera, y en este momento 50 venían de fuera, pero logramos que vinieran 63. Luego el número seguía creciendo.

¿Qué pasa en Medicina Familiar y Comunitaria? Que volvemos...



LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Señora directora, le ruego...

LA DIRECTORA GENERAL DE PERSONAL Y DESARROLLO PROFESIONAL (SEÑORA GARCÍA RODRÍGUEZ):

(Estoy terminando). ... que llegamos a los 45 nuevamente. También insisto, 32 se fueron a urgencias hospitalarias y, por tanto, fue un total de 77.

Termino ya y solo quiero destacar -como he dicho- que el programa no es solo la captación para la mera asistencia; en estos 3 últimos años hemos financiado 117 máster con una inversión de más de 370.000 euros y hemos financiado también rotaciones externas de los fidelizados por un importe de 34.000 euros.

Sabemos que tenemos que mejorar en algunos aspectos, pero creemos que el balance del programa es altamente positivo. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora García. En un turno de réplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra el señor procurador don Raúl Hernández López.

EL SEÑOR HERNÁNDEZ LÓPEZ:

Muchas gracias, señora presidenta. Señora directora general, muchas gracias por las explicaciones. Sé que algún dato se habrá quedado en el tintero. A lo mejor se lo voy a recordar ahora, por si en su segunda intervención lo puede hacer.

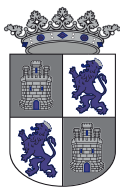
Yo voy a empezar mi segunda intervención con una reflexión que todos debemos hacer, ¿no?, de la situación, y voy a leerles textualmente una noticia que publicaba Radiotelevisión Española, que creo es un medio no dado a publicar bulos, ¿no, señorías?, donde dice que un total de 32.212 personas optan este sábado a las 11.943 plazas ofertadas para la formación sanitaria especializada, de las que 9.007 serán reservadas para medicina mir.

CSIF reclama más plazas. Pese a la convocatoria, la Central Sindical Independiente de Funcionarios (CSIF) ha denunciado que casi 6.000 médicos y 8.000 enfermeras se quedarán sin plaza, y ha reclamado un mayor aumento de las mismas.

Creo que esto nos debería hacer reflexionar a todos los políticos, empezando por la señora García, ministra de Sanidad, y a todos los demás. Creo que es suficientemente claro y rotundo este texto para hacernos reflexionar de que hay un problema y hay herramientas.

Y la gente que no está dentro del sistema sanitario difícilmente darles a entender cuál es el problema. Si tenemos en una convocatoria de un año 32.212 personas para cubrir 11.943 plazas, creo que los datos son claros, ¿no, señorías? Y hay un problema: que alguien no hace bien sus deberes.

Señora directora general, nos ha hablado de la historia del programa de fidelización, demostrando que esta carta, hasta ahora la única labor que ha hecho la ministra... bueno, ha hecho algunas más, mejor no mencionarlas, como aquella



polémica que creó cuando dijo que los médicos ganaban lo mismo que los ministros y que pues estaban bien pagados, ¿no? Pues esperemos a ver si ella, aparte de esa carta, hace algo nuevo, hace algo más. Esperemos, porque ella es una concedora de la sanidad. No estamos hablando de un político que viene de fuera del sistema sanitario y que está por la labor política solo. Ella está... aparte, me imagino, del acuerdo de coalición, pero también porque ella tenía conocimientos al ser médico, ¿no? Pues esperemos ver realidad y que esa datos que he lanzado en esta segunda intervención como reflexión, y que cada uno reflexione tranquilamente y valoren esos datos, pues lo haga ella alguna vez.

Nos gustaría, señora directora general, que nos centrásemos más ya en el programa del año dos mil veinticinco. ¿Qué diferencias, en relación a esos otros programas que ha habido anteriores, está ejecutando la Junta? ¿Cuál es su visión de lo que puede ser ese programa de dos mil veinticinco? ¿Qué realidad puede trasladar a los habitantes de esta Comunidad?

Y también hay algo que los que venimos del mundo rural nos importa muchísimo, que es sobre todo la afectación de este programa de fidelización en el ámbito de la Medicina Familiar y Comunitaria; porque creo que es una base y un pilar básico del sistema sanitario de esta Comunidad y de este país.

Sin más, y deseando que este minuto largo que me queda a mí de mi intervención lo puede usted ampliar para cubrir todos estos datos, pues le vuelvo a terminar agradeciéndole a usted, a su equipo que le acompaña hoy. Y desearle que tenga un éxito este programa por el éxito de todos los castellanoleoneses. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señor Hernández. En un turno de dúplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra la señora directora general de Personal y Desarrollo Profesional, doña Sonsoles García Rodríguez.

LA DIRECTORA GENERAL DE PERSONAL Y DESARROLLO PROFESIONAL (SEÑORA GARCÍA RODRÍGUEZ):

Pues muchas gracias. Como ya he dicho anteriormente, una de nuestras mayores preocupaciones siempre ha... es -en este momento es- no solamente fidelizar, sino realmente llegar a todos los sitios más imprescindibles y necesarios.

Para el año dos mil veinticinco, lo primero que hacemos es un nuevo replanteamiento del programa: empezó siendo de fidelización; fidelización y captación; para nosotros ahora es de fidelización y cobertura asistencial. Este cambio de orientación lo primero que nos ha hecho es reorientar la encuesta que hemos hecho a los residentes. Este año hemos tenido también una participación muy importante, sigue creciendo (434), pero hemos cambiado. Antes preguntábamos qué querían, o sea, dónde estarían dispuestos a irse; y este año la encuesta ha sido dirigida más proactivamente: les hemos preguntado si estarían dispuestos exclusivamente a venir a trabajar en el ámbito hospitalario, por ejemplo, a los hospitales del grupo 2 y del grupo 3.

La respuesta ha sido que 287 encuestados son favorables a permanecer, sin compartir y de manera exclusiva, en el grupo 3. Por tanto, en el ámbito de la Atención Hospitalaria, la primera reorientación que vamos a hacer es que vamos a



reducir las plazas por compartidas y vamos a ofertar en exclusiva fidelización en los hospitales del grupo 3 y del grupo 2. Creemos que podemos tener éxito.

Y vamos a potenciar más la colaboración, de tal manera que serán menos plazas compartidas, pero con un aumento de la prestación de la actividad, sobre todo en el ámbito del grupo 2 y del grupo 3.

Como decimos, para nosotros es muy importante llegar a todos los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, y ahora queremos fidelizar allí. La masa crítica que hemos conseguido, el pulmón que hemos conseguido dar en estos tres últimos años, nos ha permitido prestar asistencia, y ahora queremos fijarla en los lugares donde creemos que es más necesario.

Y por lo que se refiere al ámbito de la Atención Primaria, que es para nosotros capital, también hemos reorientado la... la encuesta, y lo que les hemos preguntado es ¿qué elementos contribuirían a que participaran o prestaran servicios en el ámbito de la Atención Primaria rural? Les hemos preguntado si serían incentivos económicos, flexibilidad horaria, estancias formativas, un máster.

Y en este aspecto hemos conseguido prácticamente doblar las encuestas. Ahora nos han respondido ochenta y una... ochenta y un médicos especialistas en Familiar y Comunitaria dispuestos a acudir a los centros... a los centros de Primaria. Por tanto, en este ámbito, este año probablemente lo que ofertamos serán zonas específicas deficitarias en el ámbito de la Atención Primaria, para que, de manera exclusiva, fidelicen en el mundo rural. Para lo cual, el programa se completará con la posibilidad de que se flexibilicen los horarios para que la... para acudir a estos centros les sea menos gravoso, que cualquier incentivo que se pudiera reconocer a los puestos de difícil cobertura en el futuro sean reconocidos a estas personas si nos prestan atención en el ámbito rural, y serán los únicos a quienes financiamos una estancia formativa en el extranjero, si así lo quisieran, o en un centro nacional de referencia durante los tres años en los que permanezcan con nosotros.

Como medidas más importantes, por tanto, queremos reforzar la fidelización en los grupos 3 y 4 en el ámbito de la atención hospitalaria y hacer una apuesta decidida por la fidelización en el mundo rural, completándolo con la máxima formación posible y estancias formativas. Y pensamos que mantendremos el mismo éxito. Ya no buscamos tanto un número elevado cuanto el número adecuado en los lugares adecuados. Espero haber contestado a su... a su pregunta.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora directora. Y volvemos otra vez a agradecer su buena disposición siempre para venir, sus explicaciones –extensas, pero necesarias–, para que todos los miembros de esta Comisión conozcamos realmente lo que está haciendo su Dirección General y su Consejería. Muchas gracias. Hacemos un receso de un minuto para cambiar de director general.

[Se suspende momentáneamente la sesión].

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Reanudamos la sesión. Por la señora secretaria se dará lectura del segundo punto del orden del día.

**POC/000364****LA SECRETARIA (SEÑORA FRUTOS RUBIO):**

Segundo punto del orden del día: **Pregunta para su respuesta oral número 364, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores don José María Sánchez Martín, doña María de los Ángeles Prieto Sánchez, don Francisco Javier Carpio Guijarro, doña Beatriz Coelho Luna, doña Lorena de la Fuente Ruiz, don Raúl Hernández López y doña María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a la situación en que se encuentra la obra de construcción del nuevo hospital de Aranda de Duero, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 388, de veintisiete de febrero de dos mil veinticinco.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora secretaria. Damos la bienvenida al director general de Calidad e Infraestructuras Sanitarias, don Álvaro Muñoz Galindo. Muchísimas gracias por su presencia esta mañana en esta Comisión y su buena disposición para asistir a la misma cada vez que se le solicita.

Para la formulación de la pregunta, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra la señora procuradora doña Lorena Martín.

LA SEÑORA DE LA FUENTE RUIZ:

Muchas gracias, presidenta. Buenos días a todos, señorías. Y especialmente al director general, don Álvaro Muñoz, que siempre comparece con total disposición en esta Comisión.

Las infraestructuras sanitarias desempeñan un papel crucial en la prestación de servicios de salud de calidad. A lo largo de la historia, estas infraestructuras pues han ido evolucionando considerablemente. Desde los primeros antecedentes de hospitales, que se encuentran en la India, Egipto y la antigua Grecia, donde los templos cumplían funciones de refugio y atención para enfermos. Posteriormente, en la Edad Media, donde los hospitales fueron promovidos por la Iglesia, con una función más asistencial que médica, y en los que eran las órdenes religiosas quienes se encargaban de gestionar albergues para enfermos y peregrinos. Fue con el Renacimiento y la revolución científica cuando empezó a aplicarse un enfoque más estructurado de la medicina, dando lugar a hospitales organizados con salas especializadas.

Desde el siglo XIX los hospitales se secularizan, se profesionalizan y se convierten en centros de referencia para la atención médica, la docencia, la investigación científica. La tecnología ha cambiado radicalmente la forma en que los hospitales operan, desde la digitalización de historiales médicos hasta el uso de la inteligencia artificial. Los avances han permitido optimizar procesos y mejorar diagnósticos.

La construcción de hospitales es, por tanto, una inversión estratégica y socialmente imprescindible, ya que garantiza el acceso a la salud, promueve la equidad, impulsa el desarrollo y protege a la población frente a riesgos sanitarios presentes y futuros. Permite a las comunidades acceder a los servicios médicos



avanzados con instalaciones de última generación y personal altamente capacitado; esto reduce la necesidad de desplazarse largas distancias para recibir atención y mejorar los diagnósticos y los tratamientos.

Los hospitales no solo ofrecen tratamientos, sino que también desarrollan programas de prevención, campañas de concienciación y educación sanitaria, contribuyendo a la mejora de la salud pública y a la detección temprana de enfermedades.

Además, la presencia de hospitales modernos incrementa la confianza de la población en el sistema de salud, promoviendo que las personas busquen atención médica a tiempo y mejorando el manejo de enfermedades.

La provincia de Burgos actualmente cuenta con al menos cinco hospitales principales: el Hospital Universitario (el HUBU), el Hospital Santiago Apóstol, en Miranda de Ebro; el Hospital Santos Reyes, en Aranda de Duero; y dos privados, que son el Hospital Recoletas y el de San Juan de Dios. Además, hay varias inversiones en marcha y previstas y una tendencia al alza en la dotación presupuestaria para infraestructuras sanitarias, destacando el nuevo hospital de Aranda de Duero y la apuesta por la docencia y la investigación biomédica.

Durante este año dos mil veinticinco, la Junta de Castilla y León prevé invertir 143 millones y medio de euros en la provincia de Burgos, de los cuales cuarenta y medio corresponden a la Consejería de Sanidad, lo que supone un incremento del 34 % respecto al año anterior. El nuevo hospital de Aranda absorbe el 25 % de toda la inversión provincial prevista para dos mil veinticinco.

En cuanto a las previsiones, tenemos la finalización del nuevo hospital de Aranda de Duero en dos mil veintisiete; la puesta en marcha del nuevo centro de salud García Lorca en el verano de dos mil veinticinco; la continuación de la rehabilitación y modernización de infraestructuras, como el Hospital de la Concepción, y ampliación de centros de salud en la provincia; y la creación de la Facultad de Medicina, tan demandada y tan deseada, y el Instituto de Investigación Biosanitaria en el Complejo Divino Valles, con el objetivo de iniciar la docencia en septiembre de dos mil veintiséis.

Por ello, quiero felicitar especialmente a la Consejería de Sanidad por esta gran apuesta por la provincia de Burgos -mi provincia- y agradecer el esfuerzo presupuestario que supone.

El nuevo hospital de Aranda se trata de la obra de mayor magnitud que se está acometiendo en Castilla y León y muestra el compromiso del Ejecutivo autonómico con la sanidad de la Comunidad, que dispone del segundo sistema de salud más valorado en España, la mayor red de centros de Atención Primaria, la mejor ratio de médicos y la segunda mejor en enfermería.

Este hospital sustituirá al actual hospital de los Santos Reyes, dando servicio a una población de referencia de unos 65.000 habitantes, de 114 localidades de Burgos, Segovia y Soria.

La licitación del hospital fue autorizada por el Consejo de Gobierno, y la adjudicación final fue de noventa y siete millones y medio de euros más IVA, lo que eleva la inversión total a 108 millones de euros.

Las obras comenzaron oficialmente tras la firma del acta de replanteo el veinte de octubre de dos mil veintitrés, con un plazo de... de ejecución de 42 meses, por lo que la finalización está prevista para abril de dos mil veintisiete.



Este nuevo edificio será más accesible, luminoso y confortable, sostenible y eficiente, y contará con las últimas tecnologías y multiplicará por cuatro la superficie del actual Hospital Santos Reyes. También incluirá un incremento en el número de profesionales, de hecho, desde dos mil diecinueve, la Junta de Castilla y León ha aumentado en más de un 9 % la plantilla en Aranda de Duero.

El nuevo hospital aumentará la actual cartera de servicios que se ofrecen a la población incorporando más quirófanos; una unidad de cuidados intensivos, con 8 puestos; una unidad de diálisis, con 14 puestos y sala de entrenamiento para la diálisis peritoneal; una nueva unidad de hospitalización a domicilio y nuevos equipos de última tecnología. A su vez, se integrarán todas las consultas externas, que aumentan de las 27 actuales a 43 en un solo edificio.

Todo ello permitirá reducir aproximadamente un 30 % de las derivaciones de pacientes a otros hospitales de referencia, lo que supondrá mejorar la calidad y la confortabilidad, así como servir de estímulo para la incorporación de nuevos profesionales al disponer de una cartera de servicios más amplia, de mayor complejidad y mucho más resolutive.

Por todo ello, me permito hacerle la siguiente pregunta: ¿En qué situación se encuentra actualmente la obra de construcción del nuevo hospital de Aranda de Duero? Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

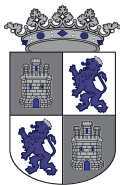
Muchas gracias, señora De la Fuente Ruiz. Para la contestación de la Junta de Castilla y León, y por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor director general de Calidad e Infraestructuras Sanitarias, don Álvaro Muñoz Galindo.

EL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS (SEÑOR MUÑOZ GALINDO):

Muchas gracias, señora presidenta. Muchas gracias, señoría. La Junta de Castilla y León cuenta con una de las redes de infraestructuras sanitarias más potentes de todo el Sistema Nacional de Salud gracias a sus profesionales y gracias a sus 14 hospitales, 14 centros de especialidades, 247 centros de salud y 3.634 consultorios locales.

Tanto esta red como su amplia dotación tecnológica, que duplica a la nacional, posicionan a nuestra Comunidad a la vanguardia de la asistencia sanitaria en toda España; hecho que se confirma con la buena consideración de nuestros ciudadanos al posicionar a Castilla y León como la segunda mejor Comunidad en cuanto a valoración en todo el territorio nacional, según el propio barómetro del Ministerio de Sanidad.

Entre las numerosas iniciativas relacionadas con nuevas infraestructuras sanitarias, en este caso en el ámbito hospitalario, destaca, tanto por el volumen de inversión como por la naturaleza del propio proyecto, el nuevo hospital de Aranda de Duero. El nuevo centro viene a sustituir al actual, ubicado en un edificio de mil novecientos cincuenta y cinco, con una superficie construida de 12.800 metros cuadrados, situado en el centro de la ciudad, y sin posibilidad de más ampliaciones dada la evolución urbanística del propio municipio.



La construcción del nuevo hospital se desarrolla en una parcela de gran tamaño, situada en el borde del casco urbano –al suroeste, en concreto–, en una zona de nuevo crecimiento y disponiendo de buenos accesos y muy bien comunicada con el entorno de Aranda, y donde la proximidad al río se ha aprovechado para el aspecto energético y medioambiental.

Los accesos rodados se producirán desde distintos flancos de la parcela, diferenciando las diferentes velocidades: ambulancias, acceso general al hospital y los suministros, contando cada uno de ellos con distintas zonas de aparcamiento. De igual manera, los accesos peatonales al interior del edificio también van a estar segregados para mayor eficiencia y comodidad.

Por un lado, el acceso principal, a través de un bulevar que organiza la distribución general del público, y existiendo a su vez otra serie de accesos independientes a áreas específicas, como las urgencias o las consultas externas. A ello se sumarán además todos los accesos de uso interno y para suministros, mantenimiento e instalaciones.

El proyecto plantea un edificio muy horizontal, de unos 180 metros de largo por 130 metros de ancho, y de 16 metros de altura, que a nivel volumétrico contará con las dos primeras plantas actuando como una especie de gran basamento en el que se desarrollará toda la actividad asistencial y sobre el que emergen las 2 plantas que concentran la hospitalización.

En líneas generales, es un hospital fácil de entender, con accesos independientes y bien diferenciados, marcadamente horizontal, con mucha luz natural, circulaciones claras y en el que los distintos servicios van a ser fácilmente localizables por los usuarios.

La superficie total útil del nuevo hospital es de 28.274 metros cuadrados y su superficie total construida supera los 45.000 metros. En estos espacios está contemplada la base de emergencias sanitarias y la base para ambulancia de soporte vital básico.

Por otro lado, como servicios generales complementarios, a esta superficie se deben de sumar más de 750 metros cuadrados destinados a la helisuperficie, y un aparcamiento para 290 plazas.

El nuevo hospital de Aranda supone, por tanto, un incremento del 274 % de la superficie total útil, un incremento del 400 % en cuanto a la superficie total construida y un incremento del 900 % con respecto a la superficie de la parcela.

El programa a desarrollar en el proyecto –como mencionaba– consta de hospitalización, servicios ambulatorios, servicios centrales de diagnóstico y tratamiento, unidad de soporte asistencial, unidades de servicios generales, soporte logístico y otros espacios, además de un programa de docencia y el resto de áreas de soporte asistencial y apoyo administrativo.

El proyecto de urbanización fue adjudicado por un total de 1,8 millones de euros. A su vez, la contratación de los cambios del trazado de las redes de gas y electricidad existentes en la parcela como paso previo a la construcción del edificio han supuesto una inversión superior a 400.000 euros.

El contrato de ejecución de la obra –como comentaba– ha sido adjudicado por ciento coma... 108 millones de euros, siendo así el proyecto hospitalario de mayor volumen económico licitado durante esta legislatura.



El esquema general del hospital se concibe desde la idea de doble pasillo, de modo que existen dos grandes ejes longitudinales: un uso externo para la circulación de público y pacientes ambulatorios configurado como un bulevar, por lo tanto, un gran espacio público que organiza la distribución general del hospital; y otro eje de uso interno para circulación de profesionales y camas de pacientes hospitalizados. Y entre ambos se van insertando las distintas piezas separadas por patios de luz y vegetación, dando calidad a los espacios interiores.

Uniendo la idea del doble pasillo y diferenciando el edificio en cuatro grandes bandas, el hospital funcionaría de la siguiente manera.

Ese gran vestíbulo principal, a modo de ágora griega, en el que se desarrollan todas las circulaciones de uso externo, tipo pacientes ambulantes y visitas, así como el área de gerencia administrativa del centro. A esta gran calle interior también se vuelcan los cuatro grandes patios interiores, debidamente ajardinados, no solo para optimizar las vistas desde el vestíbulo, sino también para favorecer la creación de un microclima que suavice, en la medida de lo posible, el clima local. Se diseña como un espacio acristalado, luminoso y que integra los patios interiores en el propio vestíbulo, permitiendo al usuario entender el edificio desde la entrada, situarse en él y manejarse dentro.

También cuenta con cinco bloques transversales al vestíbulo y apoyados en él, donde se producirán la práctica totalidad de los servicios asistenciales: tres de ellos tendrán dos alturas; y los dos restantes se elevarán hasta cuatro, destinándose las dos superiores a hospitalización.

Todas estas piezas conectan al otro lado con otro pasillo longitudinal, un tercer área destinada a circulación interna a lo largo de toda la longitud del hospital, en la que además se apoyan en planta baja los servicios generales del edificio, como la cocina, la farmacia y los almacenes.

Hay que resaltar que, además, en la planta baja se ha duplicado la circulación interna: una más próxima a los servicios asistenciales, dedicada a pacientes hospitalizados y personal sanitario; y otra únicamente dedicada a suministros.

Por último, el edificio de instalaciones consta de una sola planta y se encuentra separada del hospital por una calle de suministros y servicios. Sobre este edificio se proyecta el helipuerto, que se comunicará internamente con el hospital mediante una pasarela en planta primera, y de forma inmediata también con el bloque quirúrgico y la UCI. Por lo tanto, todos los servicios asistenciales se comunicarán en un extremo con el área pública y ambulante, y, por el extremo opuesto, con el área de uso interno.

Entrando en una escala más próxima, en el diseño de los espacios interiores, tales como el bulevar, los patios, las salas de espera y las habitaciones de hospitalización, se ha hecho un esfuerzo por conseguir una deseada humanización de los espacios, incorporando elementos clave para crear un entorno confortable y adecuado a pacientes y profesionales.

Como ha comentado, tras la firma del contrato de ejecución y del acta de replanteo, el veintiuno de octubre del veintitrés, comenzaron formalmente las obras. Previamente al propio inicio de los trabajos, se realizaron actuaciones para el desvío y modificación -como he comentado- del trazado de la línea de gas, así como el soterramiento de una línea eléctrica. Las primeras actuaciones que se realizaron



fueron: la poda de árboles y arbustos, así como la demolición de un pequeño edificio en el interior de la parcela. A continuación, se realizó la excavación del terreno hasta la cota de la cimentación de sótano.

El inicio de la obra, comenzando por los trabajos de cimentaciones y estructura, se planteó desde los bloques centrales más elevados (los de hospitalización) avanzando hacia los bloques externos en sentido oeste, hacia la diálisis las consultas externas, para luego realizar los avances hacia los bloques más al sur, como la farmacia y la esterilización, siguiendo con el bloque quirúrgico y finalizando con los bloques de la zona de acceso. Siguiendo también este orden, se comenzó con la cimentación consistente en zapatas aisladas y corridas, muro perimetral de sótano y solera. Y una vez avanzada la cimentación con dos bloques, se inició la estructura de hormigón, las losas.

Tras estos pasos relativos a la estructura, en diciembre del veinticuatro comenzaron los trabajos de albañilería para ejecutar el cerramiento de las fachadas, comenzando por los petos de cubierta, para seguidamente realizar la formación de pendientes, ejecutando simultáneamente la estructura metálica necesaria para su suportación. En este caso, el orden de ejecución que se ha planteado ha sido comenzar por los bloques más al este, siguiendo con los bloques al oeste, y posteriormente con los bloques centrales.

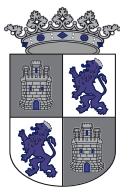
Actualmente la cimentación y estructura del edificio hospitalario está prácticamente finalizada y se está continuando con la ejecución de la albañilería y los casetones de estructura metálica de la cubierta; también con la preparación de los trabajos previos a la cimentación del edificio industrial y su estructura prefabricada, así como los trabajos de movimiento de tierras para la unión de la galería con el hospital. También se han comenzado los trabajos de colocación de aislamiento acústico y las formaciones de pendientes en las cubiertas.

Respecto a las instalaciones del interior del edificio, se está realizando la instalación de saneamiento sifónico y la instalación de electricidad de sótano. A continuación, se iniciará la protección contra incendios. También se ha ejecutado toda la impermeabilización de los muros de cimentación, se ha realizado el saneamiento de las redes fecales y pluviales situado tanto al norte como al sur del edificio, y la conexión a dos acometidas municipales.

De la misma forma, como el edificio se encuentra elevado respecto del terreno existente, se ha realizado el relleno de todos los patios del interior y de algunas zonas del perímetro exterior. Se ha realizado el relleno con tierras propias y tierras de aporte para situar a cota de planta baja la cimentación del edificio industrial. Previamente, en muchas zonas ha sido necesario sanear el terreno y retirar los escombros existentes.

Por último, se ha realizado la instalación de geotermia vertical profunda, y ya han finalizado, de hecho, la realización de todos los sondeos, así como el trazado horizontal y el colector. Y toda esta instalación está ubicada bajo la huella del edificio industrial, por lo que ha sido necesaria su ejecución previamente a realizar la cimentación y estructura de dicho edificio.

Por último, se están aplicando todas las medidas previstas en el Plan de Seguridad y Salud y la obra avanza a buen ritmo, resolviendo las incidencias naturales en el desarrollo de infraestructuras de un elevado grado de complejidad, como son las propias de los hospitales. Muchas gracias.

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

Muchas gracias, señor Muñoz Galindo. En un turno de réplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra la señora procuradora doña Lorena de la Fuente Ruiz.

LA SEÑORA DE LA FUENTE RUIZ:

Gracias, señora presidenta. Muchas gracias por su detallada respuesta y por ser tan conciso en todos los... las actuaciones.

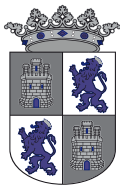
Uno de los aspectos clave en el desarrollo de las infraestructuras sanitarias modernas es la sostenibilidad. Los hospitales deben adaptarse a estrategias ecológicas que reduzcan su impacto ambiental sin comprometer la calidad del servicio. El diseño de los hospitales modernos prioriza el confort, la privacidad y el bienestar de los pacientes y familiares con espacios más acogedores, accesibles y adaptados a las necesidades humanas, lo que contribuye a una recuperación más rápida y satisfactoria.

Pero además los hospitales modernos incorporan tecnología médica punta y están diseñados para ser eficientes energéticamente, lo que reduce costos operativos y el impacto ambiental. El uso de materiales sostenibles y sistemas de ahorro energético es cada vez más común. La implementación de sistemas de energía renovable, como paneles solares y sistemas de iluminación eficiente para reducir costos y disminuir la huella de carbono, son esenciales, así como la adecuada gestión de residuos, ya que en los hospitales se generan una gran cantidad de residuos biológicos y plásticos. La correcta separación del tratamiento de desechos contribuye a un entorno más saludable y sostenible.

La arquitectura hospitalaria moderna está orientada a la eficiencia energética con materiales reciclables y sistemas de climatización que reducen el consumo de recursos. No obstante, la sostenibilidad no debe ser solo ambiental sino también económica. La tecnología ha permitido reducir costos administrativos y mejorar la planificación de inversiones en infraestructuras. La combinación de prácticas ecológicas y estrategias de gestión financiera responsable permite que los hospitales sean más eficientes y sostenibles, garantizando una atención médica de calidad sin comprometer el futuro.

Los hospitales deben adaptarse a las crisis sanitarias, cambios poblacionales y avances médicos. La flexibilidad de los espacios hospitalarios es esencial para garantizar que las infraestructuras sean capaces de responder a nuevas necesidades.

Algunos ejemplos de polivalencia de los nuevos centros son los hospitales modulares: estructuras diseñadas para adaptarse a emergencias sanitarias, permitiendo la ampliación de áreas de atención según la demanda; el uso mixto de espacios, con áreas que puedan cambiar de función dependiendo de la necesidad; capacidad de respuesta rápida, con sistemas integrados que permiten una rápida adaptación en caso de epidemias, desastres naturales o crisis hospitalarias; y hospitales conectados: infraestructuras con integración tecnológica para facilitar la comunicación entre distintas áreas médicas y mejorar la colaboración entre especialistas.



Un hospital diseñado con espacios polivalentes no solo es más eficiente en su funcionamiento, sino que también puede adaptarse mejor a situaciones excepcionales sin comprometer la calidad del servicio.

En definitiva, las infraestructuras sanitarias han evolucionado desde simples espacios de atención hasta complejos altamente tecnificados, con un enfoque de sostenibilidad y eficiencia. La incorporación de tecnología, la digitalización de procesos, la gestión responsable del medio ambiente y la planificación financiera son elementos esenciales para garantizar un sistema hospitalario moderno y eficaz.

La Junta de Castilla y León está invirtiendo más de 10 millones de euros en la instalación de paneles solares en 93 infraestructuras sanitarias públicas, de las cuales 23 son hospitales y 70 centros de salud y especialidades. Esta medida permitirá un ahorro anual de 2,25 millones de euros en la factura eléctrica, y evitará la emisión de 5.100 toneladas de CO₂ cada año.

Ya está en funcionamiento instalaciones solares en hospitales como el Río Hortega y el Clínico Universitario de Valladolid, y el Clínico de Salamanca; con una inversión conjunta de 1,78 millones de euros, y una potencia de 1,65 milvatios, lo que supone un ahorro de más de 400.000 euros anuales y una reducción de 853 toneladas de emisiones de CO₂.

En este sentido, sabiendo que Castilla y León está apostando de forma decidida por la sostenibilidad y la eficiencia energética en sus hospitales, con inversiones en energías renovables, gestiones... gestión ambiental avanzada y una hoja de ruta que sitúa a la Comunidad a la vanguardia de la sanidad sostenible en España, me gustaría preguntarle también sobre las medidas que, en relación a la sostenibilidad ambiental y eficiencia energética, se van a implementar en este nuevo hospital de Aranda. Muchas gracias.

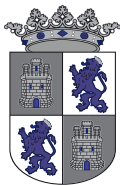
LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora de la Fuente. En un turno de dúplica, por un tiempo máximo de cinco minutos, tiene la palabra el señor director general de Calidad e Infraestructuras Sanitarias, don Álvaro Muñoz Galindo.

EL DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD E INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS (SEÑOR MUÑOZ GALINDO):

Muchas gracias, señora presidenta. Muchas gracias, señoría. El nuevo hospital de Aranda de Duero será todo un referente a nivel de sostenibilidad ambiental y eficiencia energética, con el objetivo de reducir costes de explotación y mantenimiento del hospital. Esto se refleja en el proyecto, que incluye sistemas de aprovechamiento de las energías renovables, teniendo como fuentes principales el sol, a través de energía solar fotovoltaica; el subsuelo, a través de energía geotérmica, mediante cimentación termo activa y pozos canadienses; el aire, a través de energía aerotérmica de alta eficiencia; y la conexión al sistema de *district heating*, con producción central de planta de biomasa en la localidad.

Este proyecto y la obra tienen como objetivo la obtención del certificado verde que emite *Green Building Council* España, con el fin de disponer de un edificio que minimice el impacto ambiental. Todo ello exige, además de las instalaciones, el estudiar el paisajismo y la urbanización de la parcela.



Concretamente, se incluyen las siguientes medidas activas de ahorro energético, tanto en la producción de energía como en otras instalaciones para potenciar la eficiencia.

En lo relativo a la producción de energía, se promoverá la reducción del consumo de energía primaria no renovable y el consumo de energía primaria total necesarias para cubrir las demandas de calefacción, refrigeración, agua caliente sanitaria, ventilación, control de la humedad y, en su caso, iluminación. Y entre los sistemas planteados para la climatización del edificio se encuentra un sistema de geotermia conformado por una bomba de calor geotérmica agua-agua; enfriadoras condensadas por aire de alta eficiencia y refrigerante ecológico con recuperación de calor para producción de agua caliente sanitario. Contará también el nuevo hospital con casi 17 kilómetros de tuberías de aire enterradas a más de un metro y medio de profundidad, a modo de pozos canadienses, para atemperar así la temperatura del aire exterior en su entrada a los climatizadores. Se reducirá la contribución de los refrigerantes con un elevado potencial de efecto invernadero, fomentando la instalación de sistemas eficientes y energías renovables. Y como instalación que aprovecha la energía solar, se prevé la colocación de 897 paneles fotovoltaicos de 450 vatios, es decir, más de 300 kilovatios instalados, lo que triplica lo exigido por la normativa aplicable.

En términos de eficiencia energética, en lo relativo a otras instalaciones, como el transporte, la electricidad y el alumbrado, comentar que se ha estudiado la contaminación lumínica que produce el alumbrado exterior para tratar de minimizar su impacto. Se reducirá el consumo de energía eléctrica en los sistemas de elevación y transporte, tales como ascensores, escaleras mecánicas y montacargas, a través de mejoras en las instalaciones, con la incorporación de variadores de frecuencia regenerativos, y se ha proyectado también iluminación LED. Y se incorporarán mejoras en la eficiencia energética del centro de transformación y en los grupos de presión de agua fría sanitaria e incendios.

En relación al ahorro en el consumo de agua, se reducirán los caudales de consumo de los aparatos sanitarios para favorecer el ahorro, así como las necesidades de riego en las zonas ajardinadas de la parcela y el edificio; se han proyectado aireadores en todos los grifos de agua; se instalarán cisternas de doble descarga, grifos termostáticos en las duchas o puntos de consumo y sistemas de recirculación de agua caliente sanitario ajustados y equilibrados; y se utilizarán depósitos estancos a presión de doble cámara con membrana de separación entre la propia cámara de aire y la de agua, cuyas ventajas son el ahorro energético, evitando así el deterioro de agua, manteniendo la presión de la calle y disminuyendo el uso de las bombas.

Además, el hospital contará con un total de 92 plazas de aparcamiento para bicicletas, para que trabajadores y visitantes puedan acudir en este medio de transporte al edificio, si así lo consideran. Se dispondrá de contenedores de reciclaje que incentiven a los usuarios del edificio a la correcta clasificación de los residuos que en él generan... en él se generan en todas las plantas, teniendo en cuenta que estos puntos serán accesibles y estarán señalizados de manera sencilla e intuitiva para favorecer su correcto uso. Además, el hospital contará también con una zona de almacenamiento de residuos generales.



Se han proyectado patios interiores ajardinados para favorecer un microclima que atempere la temperatura en invierno y la reduzca en verano. Y además, se ha realizado un estudio paisajístico y se propondrá la plantación de una extensa superficie con árboles y matorrales en las zonas exteriores del hospital y en los alrededores del aparcamiento.

Una de las propuestas más innovadoras es la... más innovadoras es la ventilación natural del gran vestíbulo de entrada mediante monitorización de huecos, tanto horizontales (los lucernarios) como verticales (las puertas y las ventanas), lo que permitirá en verano reducir la temperatura de dicho vestíbulo por las noches y, además, aprovechar ciertos días de primavera y otoño para la climatización del centro.

En definitiva, señoría, el nuevo hospital de Aranda de Duero será motivo de orgullo por sus servicios y por su tecnología, así como por su sostenibilidad y eficiencia energética, y una muestra más del compromiso de la Junta de Castilla y León con las personas y con una sanidad de calidad. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señor don Álvaro Muñoz Galindo. Gracias por acudir nuevamente a esta Comisión. Y gracias por sus explicaciones. Hacemos un pequeño receso para despedir al señor director general.

[Se suspende momentáneamente la sesión].

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Señorías, reanudamos la sesión. Por la señora secretaria se dará lectura del tercer punto del orden del día.

POC/000367

LA SECRETARIA (SEÑORA FRUTOS RUBIO):

Tercer punto del orden del día: **Pregunta para su respuesta oral número 367, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores don José María Sánchez Martín, doña María de los Ángeles Prieto Sánchez, don Francisco Javier Carpio Guijarro, doña Beatriz Coelho Luna, doña Lorena de la Fuente Ruiz, don Raúl Hernández López y doña María Paloma Vallejo Quevedo, relativa a las últimas modificaciones del calendario de vacunación e inmunización de Castilla y León, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 388, de veintisiete de febrero de dos mil veinticinco.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora secretaria. Damos la bienvenida, por primera vez en esta Comisión, a la señora directora general de Salud Pública, doña Cristina Granda Castro, estando y esperando que se encuentre usted a gusto hoy en su casa, que lo está.

Para la formulación de la pregunta, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor procurador don José María Sánchez Martín.



EL SEÑOR SÁNCHEZ MARTÍN:

Gracias, presidenta. Buenos días, señorías. Señora directora general, bienvenida a esta casa, como le ha dicho la presidenta. Enhorabuena por su reciente nombramiento. Y le agradecemos su presencia en esta Comisión para dar respuestas a las preguntas formuladas por este grupo parlamentario. Esperamos con interés su intervención y que pueda ofrecernos las respuestas a las preguntas formuladas.

Como todos sabemos, la vacunación ha sido y sigue siendo uno de los mayores logros de la medicina moderna. Gracias a ella, enfermedades que durante siglos asolaron a la población han sido erradicadas o reducidas de forma drástica. Pero más allá de su eficiencia histórica, es imprescindible entender la vacunación como una herramienta fundamental para la salud pública.

Debe acompañarse durante todas las etapas de nuestra vida, desde la infancia hasta la vejez, porque protegernos frente a enfermedades prevenibles no es solo una cuestión individual, sino una respuesta colectiva. La prevención –y es algo que opinan los expertos y está presente en muchos estudios– es la mejor inversión sanitaria. Para los economistas sanitarios es una piedra angular; porque cada euro destinado a la vacunación revierte en ahorro para el sistema sanitario y, lo que es más importante, el aumento de la calidad de vida de las personas.

Evitar hospitalizaciones, acudir a urgencias, evitar secuelas graves y, sobre todo, fallecimientos es la esencia de la política sanitaria moderna, como hemos podido comprobar no hace mucho tiempo; una política eficiente y sobre todo comprometida con toda la ciudadanía.

Sabemos que la estrategia de la vacunación integral de la Junta de Castilla y León contempla todas las edades de la vida y eso se refleja en el... en el calendario; y además adapta las recomendaciones con las evidencias científicas más actualizadas. Y es que en Castilla y León sí que podemos sentirnos orgullosos de nuestro calendario vacunal; un calendario de los más completos de España y que se actualiza permanentemente para incluir nuevas inmunizaciones en función de criterios técnicos y epidemiológicos.

Proteger a los mayores nos consta que es una prioridad de la Consejería de Sanidad, y así lo ha expresado en multitud de ocasiones el consejero de Sanidad. Castilla y León también ha sido pionera en incluir vacunas para personas mayores, así como mantener altas coberturas de vacunación antigripal y frente a la COVID-19, sobre todo, especialmente en personas de edad avanzada, pacientes crónicos y, aunque nos resistamos mucho, al personal sanitario.

Durante la pandemia, Castilla y León demostró una capacidad ejemplar de organización y respuesta. Pero yo voy a más; es que creo que son muy importantes las campañas de sensibilización y concienciación sobre la importancia de la vacunación a lo largo de todas las etapas de la vida, donde los colegios profesionales, las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y nosotros mismos jugamos un papel muy importante.

Desde este grupo parlamentario creemos firmemente en la sanidad pública universal, gratuita y de calidad. Defender la salud de nuestros niños, proteger a nuestros jóvenes y prevenir brotes epidémicos debe ser una obligación y una prioridad para la Consejería, porque la salud no entiende de edades. Por eso, una de... una



visión de la vacunación como estrategia de salud a lo largo de toda la vida, desde la infancia hasta la vejez, adaptando a las necesidades de cada etapa con una visión poblacional, es clave para mantener y aumentar, como he dicho, la calidad de vida de las personas.

Invertir en prevención es, sin duda, invertir en futuro. Está claro que las vacunas contribuyen a la sostenibilidad –como he dicho– de nuestro sistema sanitario. Y sabemos que desde su Dirección General se seguirá apostando por una política de vacunación ambiciosa, moderna y equitativa en defensa de la salud y el bienestar de todos los castellanos y leoneses. Por lo anteriormente expuesto, nos gustaría saber cuáles son las últimas modificaciones del calendario de vacunación e inmunización de Castilla y León para toda la vida de las personas. Gracias, presidenta.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchísimas gracias, señor Sánchez. Para la contestación de la Junta de Castilla y León, tiene la palabra la señora directora general de Salud Pública, doña Cristina Granda Castro, por un tiempo máximo de diez minutos.

LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA (SEÑORA GRANDA CASTRO):

Muchas gracias, señora presidenta. Buenos días a todos. Y muchas gracias por su bienvenida y por su pregunta, señoría.

La Junta de Castilla y León lleva muchos años apostando por la prevención a través de la vacunación. Primero, bajo el calendario de vacunación infantil; después, para toda la vida; y, actualmente, calendario de vacunaciones e inmunizaciones sistemáticas a lo largo de la vida de las personas.

Convencidos –como usted ha dicho– que la inversión en prevención contribuye a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, esta Comunidad mantiene una gran apuesta por la salud pública, siendo la Comunidad que más recursos destina a esta materia, con un 2,6 %, más del doble de la media nacional, situada en el 1,1 %, según la última estadística sobre gasto público sanitario del Ministerio de Sanidad correspondiente al año dos mil veintitrés.

El firme compromiso de Castilla y León con la vacunación se demuestra con un incremento de un 170 % del presupuesto destinado a esta medida en los últimos años, pasando de 12 millones de euros en dos mil dieciocho a más de 35 millones de euros en dos mil veinticuatro.

Nuestro calendario tiene características diferenciales:

El enfoque poblacional y solidario de la vacunación; determinadas vacunaciones están planificadas para aportar una protección indirecta a otros grupos de población, además de a quien recibe la intervención médica, como son la gripe o la meningitis.

Y su permanente actualización; en Castilla y León anualmente se revisa el calendario, incluyendo las recomendaciones del calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida, aprobado por acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, así como las recomendaciones acordadas con las últimas evidencias científicas, e incorporando nuevas vacunas o variaciones técnicas de las



ya existentes. De este modo, en los últimos años –dos mil veintitrés, dos mil veinticuatro y en el que estamos, dos mil veinticinco– se han llevado a cabo varias actualizaciones del calendario, mejorando la protección frente a diferentes enfermedades.

En población infantil, nuestro calendario está totalmente alineado con lo que recomiendan las sociedades científicas, como la Asociación Española de Pediatría. Castilla y León incorporó en el año dos mil veintitrés la inmunización frente al virus respiratorio sincitial, con una dosis de Nirsevimab para los niños en su primera temporada de exposición a este virus. Asimismo, se administra a niños con determinados factores de riesgo en su segunda temporada de exposición al virus.

El virus respiratorio sincitial es responsable de una carga de enfermedad elevada en la infancia, especialmente en recién nacidos y lactantes. La estacionalidad de este virus hace que la mayor incidencia se produzca durante los meses de otoño e invierno, produciendo una alta carga asistencial tanto en consultas de Atención Primaria como en urgencias e ingresos hospitalarios.

Los resultados de la inmunización con Nirsevimab han sido excelentes no solo en cuanto a coberturas, alcanzando el 95 % de la población diana, sino también en cuanto al impacto que sobre el sistema sanitario ha tenido, con una disminución de la carga asistencial en Atención Primaria y servicios de urgencias, así como un menor número de hospitalizaciones e ingresos en UCI.

Por ello, la inmunización con Nirsevimab se ha recomendado en la temporada veinticuatro-veinticinco ya finalizada y se administrará también en la temporada veinticinco-veintiséis, iniciándose el próximo mes de octubre antes de que empiece a circular el virus respiratorio sincitial.

También en el año dos mil veintitrés, Castilla y León incluyó la vacunación sistemática frente a rotavirus en lactantes. El rotavirus produce un cuadro de gastroenteritis que en ocasiones requiere hospitalización y a veces produce complicaciones como convulsiones y secuelas. Esta vacuna continúa en nuestro calendario vacunal, alcanzándose coberturas del 94 % en la cohorte de personas nacidas en dos mil veinticuatro.

En relación con la protección frente al meningococo, nuestro calendario incluye vacunas frente a los serogrupos más prevalentes en nuestro medio. Hay que destacar que las infecciones por meningococo en lactantes provocan cuadros graves que en ocasiones pueden derivar en graves complicaciones, secuelas y a veces el fallecimiento de la persona afectada.

La vacuna frente a meningitis B se administra a los 2 y 4 meses de edad, coincidiendo su administración con la de otras vacunas de calendario, mejorando así la protección temprana, las coberturas y la organización en consulta al reducir el número de visitas. Las coberturas alcanzadas en dos mil veinticuatro son del 98 y 97 % a los 2 y 4 meses, respectivamente.

Para mejorar la protección frente a esta enfermedad, en dos mil veinticuatro se sustituye la dosis de vacuna frente a meningitis C a los cuatro meses por la vacuna tetravalente frente a los meningococos ACW e Y a los 4, 12 meses y 12 años.

Otra novedad introducida en dos mil veinticuatro y dos mil veinticinco ha sido la ampliación de la protección frente a los serotipos de neumococo en población infantil. La enfermedad invasiva por neumococo es una infección grave



causada por la bacteria *Streptococcus pneumoniae*, que puede afectar a diversos órganos y sistemas del cuerpo, causando enfermedades como sepsis, meningitis y neumonía, entre otras. La disponibilidad de nuevas vacunas autorizadas permite ampliar la protección frente a un mayor número de serotipos de neumococo y adaptarse mejor a las características epidemiológicas de la enfermedad invasiva en el momento actual.

Como consecuencia, en el calendario de vacunaciones del año dos mil veinticuatro se sustituyó la vacuna neumocócica conjugada de 13 serotipos por la vacuna neumocócica conjugada de 15 serotipos.

Y en el año veinticinco se ha vuelto a ampliar la protección frente a los serotipos de neumococo en la población infantil, tras la autorización, en marzo de dos mil veinticuatro, por la Agencia Europea del Medicamento, del uso de la vacuna neumocócica conjugada de 20 serotipos en población pediátrica a partir de las seis semanas de vida. Esta nueva vacuna contiene 20 serotipos diferentes. Algunos de los serotipos adicionales con respecto a la vacuna previamente utilizada en población infantil tienen relevancia especial desde el punto de vista epidemiológico, debido a su contribución en la carga de enfermedad, su letalidad o por su papel en las resistencias antimicrobianas.

Por ello, en dos mil veinticinco se ha sustituido la vacuna neumocócica conjugada de 15 serotipos por la vacuna neumocócica conjugada de 20 serotipos en la vacunación de la población infantil. Esta vacuna se administra con una pauta de prevacunación de 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses, y una dosis de recuerdo a los 11 meses.

Continuando con la población infantil, en dos mil veintitrés se incluyó la vacuna frente a la gripe para los niños de 6 a 59 meses. La gripe es una enfermedad que cursa con síntomas de predominio respiratorio, pero puede afectar a todos los órganos y sistemas y convertirse en una infección grave con hospitalización y en ocasiones el fallecimiento de la persona, en especial en poblaciones vulnerables, como son los menores.

La vacunación frente a gripe en este grupo de edad ha continuado durante la campaña dos mil veinticuatro, alcanzando en esta segunda campaña de vacunación 24-25 una cobertura del 50 % de la población diana. Igualmente, en el calendario del año veinticinco, aprobado en enero de este año, continúa la vacunación frente a gripe en los niños de 6 a 59 meses.

En relación con la protección frente al virus del papiloma humano en adolescentes, tras la revisión de la evidencia disponible sobre la estrategia de vacunación frente al VPH con una dosis de vacuna, así como las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y otros países de nuestro entorno que apoyan el paso a una dosis en las niñas y niños de 12 años, en Castilla y León se ha realizado este cambio en el calendario de vacunaciones e inmunizaciones a lo largo de toda la vida para el año dos mil veinticinco, junto a otras estrategias de captación activa. Por ello, en el año dos mil veinticinco se están realizando como novedad la vacunación sistemática frente al VPH con pauta de una dosis de vacuna nonavalente en las niñas y niños de 12 años de edad y la captación activa de varones que no hubieran recibido ninguna dosis de vacuna frente a VPH hasta los 18 años inclusive, con pauta de una dosis.



La infección genital por el VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo. Además, la infección persistente por el virus del papiloma humano tiene relación causal no solo con el cáncer de cérvix, sino con otros cánceres anogenitales y del área de la cabeza y del cuello.

La recomendación de vacunación en niñas se incluyó ya en el año mil novecientos noventa y cuatro en el calendario de vacunación de Castilla y León, y en dos mil veintitrés se incorporó la vacunación frente al virus del papiloma humano en varones a los 12 años. En dos mil veinticuatro se han alcanzado coberturas del 86 % para ambos sexos.

En cuanto a la vacuna en personas adultas, en el año dos mil veintitrés se incorporó la vacunación frente a la infección por el virus del herpes zóster de las personas al cumplir los 65 años de edad, además de la ya establecida para grupos de riesgo. En dos mil veinticuatro, se amplió la vacunación sistemática frente al herpes zóster en las personas que cumplían 80 años, alcanzándose una cobertura de vacunación del 40 % en ambas franjas de edad. En este año dos mil veinticinco se continúa con la misma indicación.

Es difícil ver el impacto de esta medida, ya que son pocas las cohortes vacunadas. Sin embargo, los datos que vamos obteniendo son prometedores. Los datos provisionales de dos mil veinticuatro aportan un menor número de casos de herpes zóster que en dos mil veintitrés, cambiando la tendencia al alza de los últimos diez años.

El herpes zóster es una enfermedad muy incapacitante y dolorosa, cuyo riesgo es mayor en personas con determinadas patologías y a medida que aumenta la edad.

Por último, en relación con la protección frente al neumococo, Castilla y León continúa ofreciendo la vacuna conjugada de 20 serotipos a las personas al cumplir los 65 años. La cobertura alcanzada en nuestra Comunidad Autónoma con esta vacuna en la cohorte de personas que cumplían 65 años de edad en dos mil veinticuatro es del 43 %.

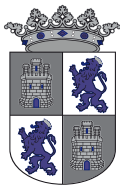
En conclusión, señorías, el calendario de vacunaciones e inmunizaciones sistemáticas a lo largo de la vida de las personas en Castilla y León es un programa completo que, gracias a que viene siendo y es una prioridad para la Junta de Castilla y León, ha llegado a ser uno de los mejores en España, convirtiéndose en un activo de salud para nuestros conciudadanos. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias, señora directora. En un turno de réplica, tiene la palabra el señor portavoz don José María Sánchez Martín, por un tiempo máximo de cinco minutos.

EL SEÑOR SÁNCHEZ MARTÍN:

Gracias, presidenta. Señora directora general de Salud Pública, permítame, en primer lugar, agradecer su intervención y las explicaciones en cuanto a las últimas modificaciones del calendario de vacunación; un asunto de indudable trascendencia sanitaria y social y que tiene su repercusión directa en la calidad de la vida y en la protección de la salud de nuestra población.



Desde este grupo parlamentario siempre hemos defendido –como dije anteriormente– que la política de vacunación es una de las estrategias fundamentales de la salud pública, y con su explicación pues lo ha refrendado.

Castilla y León ha sido tradicionalmente una Comunidad Autónoma ejemplar en el ámbito vacunal y se han liderado coberturas –no me esperaba ahora que las coberturas hubieran sido tan importantes en algunas vacunas–, y se trabaja en la prevención desde la infancia, pero –como hemos visto– también en la edad adulta, en las enfermedades que están apareciendo y en las etapas más vulnerables de la vida.

Por eso valoramos pues muy positivamente las últimas modificaciones del calendario vacunal que, según nos ha trasladado, supone un avance relevante con una buena estrategia integral, ambiciosa y bien comunicada. Sin duda, los amplios porcentajes de cobertura en las vacunaciones son por algo, y es por la información que establece la Junta de Castilla y León.

Pero sí que nos gustaría saber, porque saben que se van pues aprobando muchas vacunaciones a nivel europeo, que en su segunda intervención pues nos relatara qué otras modificaciones tiene previsto introducir la Consejería de Sanidad. El consejero dijo que se iban a incluir vacunas que estuvieran aprobadas y que Castilla y León sería pionera en España en incluir ese tipo de vacunaciones. Si puede o tiene conocimiento y nos puede decir en su segunda intervención qué vacunas se van a introducir, pues se lo agradeceríamos.

Y también –como decía en mi primera intervención– pues incidir en las campañas de información y sensibilización para combatir la desinformación y el rechazo a la vacuna. Y entre ellos, pues los sanitarios, ¿no?, somos los que más reacios muchas veces estamos para... para administrarnos las vacunas que... que administramos normalmente.

La mejor vacuna es la confianza, y hay que crear esta confianza en la población; y para ello se necesita explicar con claridad y rigor las ventajas de la seguridad en el calendario vacunal y no escuchar pues esas opiniones que muchas veces nadan en contra de la corriente. Por eso yo creo que comparecer en estas Cortes y explicar todas estas coberturas e innovaciones pues creemos que es importante.

Consideramos que se debe... se debe seguir avanzando en la accesibilidad a las vacunas, y todos sabemos que eso exige un esfuerzo en medios materiales y recursos humanos que, desgraciadamente, con el modelo de financiación estatal que tenemos en estos momentos, pues resulta muy complicado. Y requiere que la Junta de Castilla y León pues requiera de un gran esfuerzo económico por parte de esta Administración.

Pues yo creo que nada más, señora directora general. Le animamos a que desde su Dirección General se continúe liderando la incorporación de vacunas. Y desde este grupo parlamentario pues ofrecemos nuestra colaboración leal y constructiva para seguir avanzando en una política de vacunación de calidad que sea de futuro y de referencia para toda España, porque –como he dicho y vuelvo a reiterar– proteger la salud de nuestros ciudadanos es una responsabilidad compartida que debe estar por encima de las diferencias políticas. Por eso, venir aquí y anunciar este tipo de medidas pues nos congratula. Muchísimas gracias. Y gracias, presidenta.

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

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

LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA (SEÑORA GRANDA CASTRO):

Le agradezco sus palabras. El equipo que conformamos la Dirección General de Salud Pública, sin duda, seguiremos trabajando en una política de vacunación ambiciosa, moderna y equitativa en defensa de la salud y el bienestar de todos los castellanos y leoneses. Muestra de esta mejora continua son las modificaciones que la Consejería de Sanidad tiene previsto introducir próximamente en el calendario de vacunaciones e inmunizaciones sistemáticas a lo largo de la vida de las personas para la Comunidad de Castilla y León.

Informarles de dos novedades que se implementarán en la próxima campaña de vacunación frente a infecciones respiratorias. La primera, la próxima publicación de la orden que amplía el calendario de vacunaciones e inmunizaciones de Castilla y León, incorporando nuevas cohortes de personas en edad infantil a la vacunación frente a gripe. En concreto, los niños con edades comprendidas entre los 5 y los 8 años de edad. Esta modificación se realizará en la próxima campaña, recomendando la administración de la vacuna atenuada intranasal, mejorando de este modo la aceptabilidad de su administración por parte de los profesionales, así como de la población diana y sus progenitores.

Sin lugar a dudas, la vacunación infantil frente a la gripe estacional es una alternativa costefectiva desde la perspectiva sanitaria y social, especialmente cuando se toman en consideración los efectos indirectos de la vacunación.

Asimismo, en la próxima campaña de vacunación frente a infecciones respiratorias 2025-2026, se recomendará en nuestra Comunidad la vacunación frente al virus respiratorio sincitial en personas institucionalizadas y en personas que pertenezcan a determinados grupos de riesgo, de acuerdo con el análisis realizado por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones.

El virus respiratorio sincitial se asocia habitualmente con bronquiolitis y neumonía en población infantil, pero también causa una importante morbimortalidad en población adulta, especialmente mayores de 65 años, personas con enfermedades pulmonares o cardíacas graves y personas inmunodeprimidas.

Asimismo, las personas institucionalizadas tienen un mayor riesgo de enfermedad grave por virus respiratorio sincitial con respecto a las personas de la población general de su misma edad. En el sistema asistencial, las infecciones por VRS suponen anualmente una importante sobrecarga tanto en Atención Primaria como en hospitales, incluyendo visitas a urgencias, hospitalizaciones e ingresos en la UCI. En consecuencia, se va a iniciar el procedimiento para la adquisición de 50.000 dosis de vacuna, las estimadas para llevar a cabo esta recomendación.

Por otro lado, estoy de acuerdo con usted en que la comunicación es crucial para llegar a los ciudadanos y lograr mejorar las coberturas. Por ello, desde la Consejería de Sanidad se realizan diversas actuaciones en este ámbito.



Por nombrar algunas -las más recientes-, en dos mil veinticuatro se ha realizado una campaña de comunicación en medios dirigida a adolescentes para conseguir mejorar las coberturas frente a enfermedades como el virus del papiloma humano o la meningitis. Y en el año dos mil veinticinco, y también dirigido a adolescentes, se han realizado actuaciones en redes sociales informando de la campaña de captación de varones nacidos entre dos mil siete y dos mil diez para la vacunación frente al virus del papiloma humano, tras el cambio comentado anteriormente de pauta a una sola dosis a los 12 años.

Por otro lado, en esta línea divulgativa, se elaboran materiales como cartelería y documentos de preguntas y respuestas siempre disponibles en nuestro portal de salud.

Ahondando en la información y sensibilización a los ciudadanos, contamos con la colaboración del Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León, que, desde hace algunos años y a través de las oficinas de farmacia, realiza, durante toda la campaña de vacunación frente a infecciones respiratorias, un recordatorio a todas las personas con tarjeta sanitaria, trasladando la recomendación de vacunarse y recogiendo variables como si conoce la recomendación o no; si se ha vacunado ya o no; si no se ha vacunado, ¿por qué no lo ha hecho?; y, si no piensa vacunarse, las razones para no hacerlo. Asimismo, recogen reacciones adversas que puedan haberse producido y la notifican al sistema de farmacovigilancia.

Y finalmente, no nos olvidamos del papel fundamental que juegan nuestros profesionales sanitarios. Por ello, en dos mil veinticuatro, la Consejería de Sanidad ha llevado a cabo el Proyecto "12 meses, 12 razones para vacunarse". Este proyecto consiste en un programa informativo y formativo mediante vídeos que abordan temas relacionados con la vacunación y el calendario de vacunaciones e inmunizaciones para toda la vida de Castilla y León, con el objetivo, entre otros, de estimular el liderazgo y la motivación como profesionales sanitarios para facilitar la captación y mejora de las coberturas de vacunación de sus pacientes y de ellos mismos.

En definitiva, señorías, les puedo asegurar que Castilla y León se puede sentir segura y orgullosa de su salud pública y de los profesionales que la hacen posible. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA PRIETO SÁNCHEZ):

Muchas gracias a usted por su comparecencia, señora directora, a la... al equipo que le acompaña. Y le agradecemos muchísimo su buena disposición.

Y sin más, se levanta la sesión. Hasta... buenos días, señorías.

[Se levanta la sesión a las doce horas].