



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DOÑA MARÍA MONTERO CARRASCO

Sesión celebrada el día 18 de octubre de 2019, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Pregunta para su respuesta Oral en Comisión, POC/000003, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores Dña. María Montero Carrasco, D. Juan Pablo Izquierdo Fernández y D. José Ignacio Delgado Palacios, relativa a publicación de datos de rendimiento, actividad y gasto, así como los indicadores de calidad de todos los servicios hospitalarios de Castilla y León, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 28, de 10 de octubre de 2019.
2. Proposición No de Ley, PNL/000182, presentada por los Procuradores Dña. Laura Domínguez Arroyo y D. Juan Pablo Fernández Santos, instando a la Junta de Castilla y León a llevar a cabo determinadas actuaciones para la prevención y tratamiento de los ictus y de sus secuelas, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 21, de 26 de septiembre de 2019.
3. Proposición No de Ley, PNL/000183, presentada por los Procuradores Dña. Laura Domínguez Arroyo y D. Juan Pablo Fernández Santos, instando a la Junta de Castilla y León a llevar a cabo determinadas actuaciones para analizar y mejorar la situación sanitaria en hogares vulnerables, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 21, de 26 de septiembre de 2019.

SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos.	1453
La presidenta, Sra. Montero Carrasco, abre la sesión.	1453
Primer punto del orden del día. POC/000003.	
La secretaria, Sra. Frutos Rubio, da lectura al primer punto del orden del día.	1453



	<u>Páginas</u>
Intervención del procurador Sr. Izquierdo Fernández (Grupo Ciudadanos) para formular la pregunta a la Junta de Castilla y León.	1453
Contestación, en nombre de la Junta, del Sr. Garmendia Leiza, director general de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica de la Gerencia Regional de Salud.	1454
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Izquierdo Fernández (Grupo Ciudadanos).	1457
En turno de dúplica, interviene el Sr. Garmendia Leiza, director general de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica de la Gerencia Regional de Salud.	1458
 Segundo punto del orden del día. PNL/000182.	
La secretaria, Sra. Frutos Rubio, da lectura al segundo punto del orden del día.	1458
Intervención de la procuradora Sra. Domínguez Arroyo (Grupo Mixto) para presentar la proposición no de ley.	1459
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Izquierdo Fernández (Grupo Ciudadanos).	1461
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. Vallejo Quevedo (Grupo Popular).	1464
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. García Rioja (Grupo Socialista).	1467
Intervención de la procuradora Sra. Domínguez Arroyo (Grupo Mixto).	1468
Se suspende la sesión durante unos minutos.	1468
Intervención de la procuradora Sra. Domínguez Arroyo (Grupo Mixto) para cerrar el debate y fijar el texto definitivo.	1468
La presidenta, Sra. Montero Carrasco, entiende aprobada por asentimiento, en los términos fijados por su proponente, la Proposición No de Ley número 182.	1471
 Tercer punto del orden del día. PNL/000183.	
La secretaria, Sra. Frutos Rubio, da lectura al tercer punto del orden del día.	1471
Intervención de la procuradora Sra. Domínguez Arroyo (Grupo Mixto) para presentar la proposición no de ley.	1471
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. Montero Carrasco (Grupo Ciudadanos).	1473
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. Rojo Sahagún (Grupo Popular).	1475
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Puente Alcaraz (Grupo Socialista).	1476



	<u>Páginas</u>
Intervención de la procuradora Sra. Vallejo Quevedo (Grupo Popular). Es contestada por la vicepresidenta, Sra. García Herrero.	1479
En turno por alusiones, interviene la procuradora Sra. Vallejo Quevedo (Grupo Popular).	1479
Intervención de la procuradora Sra. Domínguez Arroyo (Grupo Mixto) para cerrar el debate y fijar el texto definitivo.	1480
La vicepresidenta, Sra. García Herrero, somete a votación, en los términos fijados por su proponente, la Proposición No de Ley número 183. Es rechazada.	1481
La vicepresidenta, Sra. García Herrero, levanta la sesión.	1481
Se levanta la sesión a las doce horas diez minutos.	1481



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

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Buenos días, señorías. Comenzamos la sesión. ¿Existe alguna sustitución por parte de algún grupo parlamentario? ¿Por parte del Grupo Parlamentario Socialista? ¿Por parte del Grupo Parlamentario Popular? ¿Ciudadanos? Okey.

Se abre la sesión. Los grupos parlamentarios han comunicado que no hay ninguna sustitución. Por la señora secretaria se dará lectura del primer punto del orden del día.

POC/000003

LA SECRETARIA (SEÑORA FRUTOS RUBIO):

Buenos días. Primer punto del orden del día: **Pregunta para su respuesta Oral ante Comisión número 3, formulada a la Junta de Castilla y León por los Procuradores doña María Montero Carrasco, don Juan Pablo Izquierdo Fernández y don José Ignacio Delgado Palacios, relativa a publicación de datos de rendimiento, actividad y gasto, así como los indicadores de calidad de todos los servicios hospitalarios de Castilla y León, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 28, de diez de octubre de dos mil diecinueve.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Para la formulación de la pregunta, tiene el turno de palabra el procurador del Grupo Parlamentario Ciudadanos Juan Pablo Izquierdo, por un tiempo máximo de diez minutos.

EL SEÑOR IZQUIERDO FERNÁNDEZ:

Muchas gracias, presidenta. Buenos días a todos. En primer lugar, agradecer la comparecencia del director general de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica, el señor Garmendia, a esta comparecencia que hemos solicitado desde el Grupo Parlamentario de Ciudadanos.

Y una comparecencia que hemos pedido por la importancia que damos en nuestro grupo al tema de la transparencia. Creo que es evidente que no solamente le damos una importancia a la palabra, sino que tenemos una Consejería, que dirigimos, con ese mismo nombre, el tema de la transparencia. Y que hemos visto ya los primeros resultados en estos primeros días de Gobierno, como ha sido la publicación de... de la transparencia de los gastos en los medios de comunicación; del avance de los acuerdos de Gobierno entre el Partido Popular y Ciudadanos, en el que semana a semana se va actualizando; y, obviamente, en temas de sanidad, como hemos podido ver -y luego haré otro pequeño comentario sobre el tema- de las listas de espera y otros datos que ya se han ido publicando.

Queremos, desde Ciudadanos, que se tomen las decisiones basadas en evidencias, y las evidencias son con esto, con los datos. Pero no solo queremos, sino que debemos realizarlo de esta manera, y de esta manera y que todo el mundo lo



conozca, que lo conozcan los profesionales y que lo conozcan los ciudadanos. Y, sobre todo, con dos finalidades: mejorar la eficiencia de los servicios y mejorar las áreas que necesitan el refuerzo; si conocemos los datos podemos tener el diagnóstico, y entre todos buscar la mejor solución y el mejor servicio.

La transparencia es uno de los sellos de nuestra identidad, de nuestro grupo parlamentario, y transparencia significa también... es sinónimo de claridad, que se permite ver a través de sí, lo que hay detrás. Y vemos que hay espacios en internet en el que se ha llevado ya el tema de la transparencia; pero, desde nuestro punto de vista, no de la manera que se debía realizar. Hay que avanzar y llegar a que esa transparencia sea una transparencia total. Hoy mismo he leído en los periódicos, esta mañana, en la prensa, las nuevas listas de espera de los hospitales de Castilla y León; unas listas de espera que, en su principio, fue un poco polémico, digamos, sus primeros datos, pero creo que esa buena transparencia es, como he dicho antes, para buscar esa mejor eficiencia y ese mejor servicio a los ciudadanos, que es a quien nos debemos.

Con la transparencia no se debe ni se tiene que engañar, sino con la transparencia tiene que serse claro y sacar las evidencias. Y, como tal, en este sentido, nuestro grupo parlamentario presentó esta... estas preguntas con este texto íntegro.

“En el pacto de Gobierno entre Ciudadanos y Partido Popular recoge un acuerdo específico sobre transparencia en materia sanitaria. En concreto, se señala que se impulsará ‘el portal de la transparencia, con el objetivo de mejorar la calidad en el cuidado y atención al usuario y de ofrecer la debida rendición de cuentas en el sistema público de salud a la sociedad de Castilla y León. En los 100 primeros días de Gobierno se publicarán los datos de rendimiento, actividad y gasto, así como los indicadores de calidad de todos los servicios hospitalarios de Castilla y León’.

En base a lo anterior, se solicita la respuesta oral del director general de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica a las siguientes preguntas: ¿qué indicadores están elaborándose para este fin?; ¿cómo se han diseñado?; ¿qué línea de trabajo va a seguir la Consejería de Sanidad en este asunto?; ¿cuándo podremos conocer los primeros datos?; ¿dónde se habilitará la información para que se pueda ser consultada por profesionales y ciudadanos?” Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias, señor Izquierdo. Para la contestación por parte de la Junta de Castilla y León, tiene el turno de palabra el director general de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica, José Ramón Garmendia Leiza, por un turno máximo de diez minutos.

EL DIRECTOR GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN, CALIDAD Y PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARMENDIA LEIZA):

Muchas gracias, señora presidenta. Señoras y señores procuradores, buenos días. Comparezco ante esta Comisión de Sanidad, a petición de los procuradores del Grupo Parlamentario Ciudadanos, para dar respuesta a la pregunta oral relativa a la publicación de los datos de rendimiento, actividad y gasto, así como los indicadores de calidad de todos los servicios hospitalarios de Castilla y León.



Señorías, en primer lugar, quiero manifestar mi total disposición y acatamiento al control de la acción política que nuestro ordenamiento jurídico atribuye a estas Cortes, y en especial a esta Comisión de Sanidad, cuyas actuaciones persiguen, en definitiva, el objetivo compartido de proporcionar una mejor atención sanitaria a todos los castellanos y leoneses. Y, sin más, paso a dar contestación a la pregunta formulada.

Recientemente, la consejera de Sanidad, en su comparecencia ante esta Comisión, expuso el diagnóstico de situación del sistema sanitario de Castilla y León, y mencionó, entre las oportunidades que tiene nuestro sistema de salud, la de fomentar la transversalidad de la difusión de conocimiento y favorecer la toma de decisiones basadas en la información. En este sentido, ya adelantó en su propia comparecencia que, en orden a cumplir los compromisos del Pacto de Gobierno, se impulsaría el portal de transparencia, a fin de mejorar la calidad de la atención a los ciudadanos y ofrecer información suficiente sobre los resultados y actividad de nuestros centros sanitarios y servicios.

Para hacer efectivo este compromiso hemos definido y elaborado, en una primera fase, una serie de indicadores cuya fuente de información y sistema de registro permiten garantizar la solidez de los mismos y también los necesarios requisitos de validez y fiabilidad. Como sus señorías probablemente ya conocerán, estos indicadores se han ubicado en el portal de salud de la Junta de Castilla y León, en el apartado de transparencia.

Y precisamente en transparencia se ha creado un nuevo espacio destinado al Observatorio del sistema de salud de Castilla y León, en el que está previsto que la información se incremente progresivamente, incorporando periódicamente nuevos contenidos que amplíen los ya disponibles.

Actualmente, y desde el pasado tres de octubre, están disponibles indicadores de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, desglosados por áreas de salud y hospitales, y referidos al primer semestre de dos mil diecinueve. Los indicadores estructurales de Atención Primaria se muestran para la totalidad de Castilla y León y también por área de salud, centros urbanos y semiurbanos agrupados, y centros de salud rurales.

Sin ánimo de ser exhaustivos, estos indicadores son los siguientes, como ustedes han podido comprobar: número de centros de salud; número de tarjetas sanitarias individuales totales y menores de 14 años; porcentaje de tarjetas sanitarias individuales en población general y en menores de 14 años; número de médicos de familia, de enfermeras, de pediatras de equipo y número de pediatras de área; porcentaje de médicos de familia de equipos de Atención Primaria, porcentaje de enfermeras y porcentaje de pediatras; y tasas de médicos de familia por 10.000 tarjetas sanitarias, tasas de enfermeras y tasas de pediatras por 10.000 tarjetas sanitarias.

Además, por cada área de salud y para cada una de las zonas básicas de salud, se han incorporado los siguientes indicadores: número de núcleos poblacionales de influencia de la zona básica de salud; número de tarjetas sanitarias individuales totales y en menores de 14 años; y número de profesionales (médicos de familia, enfermeras y pediatras de equipo y pediatras de área) en cada zona



básica de salud; número de tarjetas sanitarias individuales por médico de familia y número de tarjetas sanitarias individuales por cupo de enfermería.

Estos indicadores, de carácter estructural, se han completado con otros relacionados con la actividad asistencial del primer semestre de dos mil diecinueve, habiéndolos desglosado por trimestre. Así, se han... se han añadido la presión asistencial del médico de familia de equipo, la presión asistencial de la enfermera y del pediatra.

En cuanto a los indicadores de Atención Hospitalaria, se han establecido seis áreas o dimensiones, definiendo y recogiendo un número variable de indicadores en función del área que se trate. Las áreas son las siguientes: actividad realizada; actividad asistencial ajustada por población; accesibilidad; seguridad y adecuación; orientación al usuario; y uso de recursos y participación del paciente.

Como puede constatarse en la información disponible en el Observatorio, en todas las áreas o dimensiones referidas se presentan los indicadores para la totalidad de la Atención Hospitalaria de la Gerencia Regional de Salud y por cada hospital, indicando claramente su clasificación conforme a los grupos de hospitales definidos, con el objetivo de facilitar, en la medida de lo posible, la comparabilidad de la información entre estos.

En la primera de las áreas, actividad realizada, se han seleccionado los siguientes indicadores: número de urgencias totales atendidas; consultas externas atendidas y número de primeras consultas; número de ecografías, mamografías, TAC y resonancias realizadas; número de ingresos totales, desglosados ellos por servicios médicos quirúrgicos, área pediátrica, área de neonatología, área obstétrica y área de cuidados intensivos; número de intervenciones quirúrgicas realizadas en quirófano; porcentaje de intervenciones programadas sobre el total de intervenciones; y número de procedimientos quirúrgicos realizados fuera de quirófano.

En la segunda área, actividad asistencial por población, se han incluido tasas por cada mil habitantes, de urgencias, ingresos, intervenciones programadas en quirófano, primeras consultas y pruebas radiológicas, que acabo de mencionar.

En la tercera área, accesibilidad, se ha dado especial importancia a los indicadores de lista de espera, definiendo los siguientes: pacientes en lista de espera quirúrgica por 1.000 habitantes; porcentaje de pacientes en lista de espera quirúrgica estructural; demora media de los pacientes en lista de espera quirúrgica estructural; pacientes en lista de espera de consultas externas por 1.000 habitantes y centro; y pacientes en lista de espera de pruebas radiológicas por 1.000 habitantes y centro.

En la cuarta área, seguridad y adecuación, se han establecido actualmente tres indicadores: la estancia media prequirúrgica en intervenciones programadas; el porcentaje de pacientes en lista de espera quirúrgica estructural con prioridad 1 atendidos en menos de 30 días; y el porcentaje de primeras consultas preferentes atendidas en menos de 15 días.

En la quinta área, orientación al usuario, también se han definido tres indicadores: porcentaje de primeras consultas que han sido reprogramadas; porcentaje de intervenciones programadas realizadas de forma ambulatoria; y el porcentaje de intervenciones programadas que han sido anuladas.



En la última y sexta de las áreas, uso de recursos y participación del paciente, los indicadores son: porcentaje de pacientes atendidos en urgencias que llegan derivados de Atención Primaria; el porcentaje de primeras consultas a las que el paciente no acude; y el porcentaje de pruebas a las que el paciente no acude.

Por otra parte, y en cuanto al procedimiento seguido en el diseño de los indicadores, una vez fueron definidos y elaborados por los técnicos de las áreas de sistemas de información y calidad de la Gerencia Regional de Salud, se trasladaron los datos, tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, a los gerentes de los centros sanitarios y áreas sanitarias para su revisión y verificación.

Señorías, como ya les he informado, los indicadores de actividad, rendimiento y calidad se han incorporado al portal de transparencia antes de cumplir los 100 días de Gobierno, conforme al compromiso adquirido por la Junta de Castilla y León.

En definitiva, el objetivo que desde la Consejería de Sanidad pretendemos alcanzar con esta situación –y reitero lo dicho al inicio de mi intervención– es mejorar la calidad de la atención a los ciudadanos y ofrecer información sobre la actividad, resultados y desempeño de los profesionales de nuestros centros sanitarios. Muchísimas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias. Para el turno de réplica, tiene la palabra el procurador don Juan Pablo Izquierdo, por un turno máximo de cinco minutos.

EL SEÑOR IZQUIERDO FERNÁNDEZ:

Muchas gracias de nuevo, presidenta. Gracias, señor Garmendia, por sus explicaciones y por todos los datos que nos ha transmitido en su exposición. Ha comentado, dentro de su exposición, innumerable, por mi parte, de números de indicadores, indicadores que, a ser posible, nos gustaría nos recalcará la importancia que tienen a la hora de la toma de decisiones de cara a la transparencia y a la mejora de los servicios a la ciudadanía.

También ha comentado la potenciación del Observatorio del sistema de salud, en la página web... en la página de internet del propio sistema de Sacyl; y un portal de transparencia que nos gustaría nos pudiera explicar más su ampliación o los avances de cara al futuro.

Agradecemos que, en estos... antes de estos primeros 100 días, se haya dado cumplimiento a ese acuerdo ya firmado de transparencia, de publicar los datos; pero vuelvo a hacer hincapié a lo que le he comentado anteriormente, son datos que, sobre todo, tienen que ir encaminados a mejorar las políticas, a mejorar los servicios. Y, en ese sentido, ¿de qué manera esperan poder conseguirlo?

¿Y de qué manera... cómo consideran... cómo consideran y cómo se puede conseguir todo lo que estamos comentando, estas mejoras en las políticas, estos mejores servicios, de cara a la ciudadanía? Hay que hacer unos servicios de calidad. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias. Para el turno de réplica, tiene el turno de palabra don José Ramón Garmendia Leiza, por un turno máximo de cinco minutos.



EL DIRECTOR GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN, CALIDAD Y PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SEÑOR GARMENDIA LEIZA):

Muchas gracias, señor Izquierdo. Me preguntaba de la importancia de estos indicadores y de los datos que se derivan del Observatorio del Servicio de Salud de Castilla y León en la toma de decisiones. Tal y como ya adelantó la consejera en su comparecencia, nos parece fundamental que la toma de decisiones, tanto en sanidad como en cualquier otra área, pero más aún si cabe en sanidad, se realice de acuerdo a la información que tenemos. No nos cabe en el área sanitaria tomar decisiones que no estén basadas en la mayor objetividad posible de los datos. Y como bien sabemos en medicina, no es posible tomar decisiones terapéuticas, o simplemente de no tener que hacer nada si las cosas van bien, como muchas veces decimos en un aforismo de medicina “no tocar lo que funciona bien”, no... pues digo, no se pueden tomar decisiones si no hay un diagnóstico acertado.

Y el objetivo principal de esta Consejería, en los... en las primeras semanas y meses de su... de su actividad es elaborar un diagnóstico adecuado. Para eso, y con el compromiso que teníamos, hemos publicado el Observatorio, con unos indicadores, que, como hemos indicado, son unos indicadores iniciales y a los que trimestralmente, en la actualización a la que nos comprometemos a realizar a mes vencido de cada trimestre, es decir, al final del... del mes siguiente, iremos actualizando los indicadores que publiquemos en el Observatorio. Indicadores que irán dirigidos a que los profesionales puedan verse en el espejo de su desempeño y que los ciudadanos puedan ver cómo desempeñan esos profesionales, por centros y servicios, la labor asistencial.

Los avances de futuro, le digo que la actualización será trimestral. Y estamos ya trabajando en la... en la actualización de los datos del Observatorio para la... para su actualización a finales de este mes, con datos actualizados del tercer trimestre; y la progresiva introducción de variables, que serán consensuadas con los propios equipos directivos y profesionales, para que sean variables que realmente traduzcan el desempeño diario de los profesionales, para que los profesionales puedan verse comparados consigo mismos, primero, y con otros profesionales del área, para que los ciudadanos tengan datos de cómo está realizando la actividad cada servicio en cada centro distinto. Sabemos que tenemos muchas oportunidades de mejora en los registros. Lo fácil de cualquier base de... es la explotación de los datos, pero la solidez que buscamos nosotros es que los registros que se realicen sean homogéneos, sean sólidos, sean representativos, sean fiables y sean válidos para, realmente, mostrar lo que queremos que muestren, que es la realidad del desempeño. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

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

PNL/000182

LA SECRETARIA (SEÑORA FRUTOS RUBIO):

Segundo punto del orden del día: **Proposición No de Ley número 182, presentada por los Procuradores doña Laura Domínguez Arroyo y don Juan**



Pablo Fernández Santos, instando a la Junta de Castilla y León a llevar a cabo determinadas actuaciones para la prevención y tratamiento de los ictus y de sus secuelas, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 21, de veintiséis de septiembre de dos mil diecinueve.

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Para la presentación de la proposición no de ley, tiene la palabra, en representación de los señores procuradores proponentes, doña Laura Domínguez Arroyo, por un tiempo máximo de diez minutos.

LA SEÑORA DOMÍNGUEZ ARROYO:

Gracias, presidenta. Buenos días. Hoy presentamos una propuesta que, de forma inequívoca, podría mejorar la salud pública de nuestra Comunidad, debido a que nos enfrentamos a un debate que supone la vida o la muerte para muchas personas y en el que cada segundo de atención y tratamiento cuenta.

El ictus supone un cuadro clínico cerebrovascular en el que hay una... una obstrucción o interrupción del flujo sanguíneo. Hay dos tipos de ictus: el ictus hemorrágico y el isquémico, que, a su vez, se diferencian en varios subgrupos. El ictus hemorrágico se produce ante la rotura de uno o varios vasos sanguíneos, anegando la sangre el tejido cerebral y provocando su asfixia; el ictus isquémico se produce cuando una de las arterias del cerebro se ve obstruida, con lo que se interrumpe el flujo de sangre a... a parte del cerebro. La diferenciación de los dos tipos es fundamental para establecer las necesidades sanitarias que derivan de cada uno de ellos.

Cada año, las personas afectadas por un ictus en Europa son 1.000.000, de las cuales 100.000 son en España. Es la segunda causa de muerte en España y la primera entre las mujeres. En Castilla y León provoca en torno a 2.000 muertes anuales y hasta 5.000 ingresos hospitalarios. La incidencia anual del ictus es de 150-200 casos por cada 100.000 habitantes, y constituye una de las principales causas de mortalidad, situándose nuestra Comunidad como la cuarta con mayor tasa de España, con 79 muertes por cada 100.000 habitantes. Es, además, la primera causa de discapacidad, la segunda de demencia y la segunda, también, de epilepsia.

Que Castilla y León sea la cuarta Comunidad de España con mayor tasa de mortalidad, es más, que la provincia de Zamora lidere el *ranking* de provincias españolas, solo por detrás de Lugo, en tasa de mortalidad, con 119,50 muertes por cada 100.000 habitantes, y que cuatro provincias de nuestra Comunidad estén entre las diez primeras con mayor tasa de mortalidad por esta causa, creo que bien merece este debate y que se pongan todos los esfuerzos desde la Consejería en reducir dicha tasa.

Es evidente que nuestra propia demografía, unida a la lejanía de determinadas zonas a los recursos sanitarios necesarios para tratar el ictus, son un factor que determina esta posición en el *ranking* en esta tasa de mortalidad tan elevada.

Además de la cuestión evidente, que es la cuestión sanitaria, hemos planteado esta propuesta de forma integral en cuanto a las necesidades sociales que se pueden dar tras sufrir un ictus con secuelas. Así, el daño cerebral adquirido es una lesión



producida de manera súbita en las estructuras cerebrales previamente sanas. Se calcula que la prevalencia en Castilla y León es de 5 por cada 1.000 habitantes, de los cuales, un 78 % son producidos por un ictus.

Las... las discapacidades que pueden presentarse tras un ictus son físicas y cognitivas, desde discapacidades motoras hasta problemas de memoria, orientación o lenguaje, lo que requiere de una atención multidisciplinar que conjuga lo sanitario con el sistema social.

Es por ello que hoy presentamos estos doce puntos en los que nuestro criterio fundamental ha sido detectar los principales problemas que se dan en la prevención y en el tratamiento durante y después de un ictus.

Estimamos que la desigualdad de establecimiento... del establecimiento de recursos sanitarios en nuestro territorio es una de las causas de esta alta tasa de mortalidad, y también la escasez de los mismos en determinadas áreas.

La dificultad de acceso para la mayor parte de la población castellana y leonesa a los hospitales que tienen implantados unidades de ictus, así como la falta de especialistas en neurología y recursos en los hospitales que sí las tienen -hoy por hoy solo el Hospital Clínico de Valladolid tiene una cobertura completa, donde se derivan un gran número de pacientes del resto de Áreas de Salud de la Comunidad-, componen un cuadro asistencial muy dispar y claramente insuficiente.

De igual forma, la rehabilitación y tratamiento posterior no da las respuestas adecuadas a las personas que quedan con secuelas, entre otras circunstancias por la dificultad de acceso a prestaciones por dependencia con rapidez, a la falta de agilidad de la Gerencia de Servicios Sociales y a las pocas posibilidades rehabilitadoras y de inclusión social de nuestra Comunidad.

El Código Ictus se implantó hace diez años, y su protocolo no ha sido sometido a revisión, y mucho menos a modificaciones, a pesar de sus carencias, que, sobre todo, en las zonas más periféricas de nuestra Comunidad significan la muerte.

Del mismo modo, aunque en el Hospital de Valladolid se han integrado las nuevas mejores tecnologías y se ha reforzado el servicio, el resto de hospitales presentan carencias: Burgos y León son los únicos que le siguen de cerca, pero no tienen cobertura completa; y, directamente, los hospitales comarcales y el de Ávila y Zamora no tienen apenas recursos ante estos casos. Y recordamos, como decía al principio, que Zamora lidera el *ranking* de muertes por ictus de toda España.

Solo cuatro provincias de las nueve cuentan con unidad de ictus. En concreto, en Segovia, lleva diciendo la Junta desde el año dos mil dieciséis que implantarán la unidad, sin que se haya hecho realidad, y, de hecho, en dos mil dieciocho, la Consejería se comprometió, mediante una PNL presentada en Pleno por el Grupo Socialista, a implantar unidades de ictus en todas las capitales de provincia que carecían de ella antes de terminar dos mil diecinueve. Estamos en octubre de dos mil diecinueve y sigue sin materializarse nada.

Además, el número de neurólogos en Castilla y León es inferior a lo recomendado: hay 3 por cada 100.000 habitantes, cuando la recomendación es de 5; y a esto añadimos la dispersión geográfica de nuestra tierra.

Como señalaba antes, hay un problema claro con la implantación del Código Ictus, sobre todo en el medio rural. El caso es claro: ¿con qué recursos cuenta una



persona que llega con síntomas a un PAC del medio rural? Pues prácticamente nulos para poder activar el Código Ictus. Por ello, la desigualdad territorial es patente, y, para ello, proponemos mejoras en el transporte sanitario, mejoras e implantación del sistema de teleictus en los hospitales que lo requieran y también dejar claro que para el transporte de estos pacientes lo más adecuado sería el soporte vital avanzado, y muchas comarcas de nuestra tierra ni siquiera cuentan con una ambulancia de soporte vital básico.

Como dije al principio, existen dos tipos de ictus, cada uno de ellos precisa para su tratamiento una metodología distinta y, hoy por hoy, muchos hospitales no pueden ofrecer la atención que se merece.

Los últimos cuatro puntos de nuestra propuesta van encaminados al blindaje social posterior a haber sufrido un ictus, garantizando una atención plena que pasa por mejorar las situaciones para la petición de discapacidad para las personas con daño cerebral, que suelen ser lentas y con valoraciones divergentes. También consideramos fundamental tener servicios y recursos concretos para personas con daño cerebral y que sean de carácter público. Hoy por hoy no existe un solo centro de gestión pública en Castilla y León para el tratamiento integral del daño cerebral adquirido, que creemos sería un recurso indispensable que garantizaría una atención integral y multidisciplinar. De igual modo, las necesidades derivadas, como material ortoprotésico de apoyo cognitivo, deben estar contempladas en la cartera de servicios, evitando costes añadidos a las familias.

En definitiva, creemos que esta propuesta suma de manera beneficiosa a las personas afectadas por un ictus y que es necesario mejorar el sistema establecido y ampliar los servicios y recursos para su correcto tratamiento. Así que, esperando el voto favorable de todos los grupos, de momento eso es todo.

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el procurador don Juan Pablo Izquierdo.

EL SEÑOR IZQUIERDO FERNÁNDEZ:

Muchas gracias, presidenta. Me voy a referir en esta intervención en... voy a ir punto por punto. Les he acercado una enmienda que, básicamente, solamente hace consideración o una pequeña modificación en... en los cuatro últimos puntos de... de sus enmiendas que ahora le paso a explicar.

Comentarios que queremos hacer más específicos a cada uno de los puntos de su propuesta no de ley:

En el primer punto, evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en la Estrategia del Ictus del Sistema Nacional de Salud de dos mil... de dos mil nueve, e implantar los objetivos no conseguidos.

En el III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012 el ictus se incluyó como un área prioritaria de atención, teniendo como objetivos generales la reducción de su incidencia y disminución de la mortalidad y discapacidad por ictus, dando así



continuidad a las actuaciones establecidas en la Estrategia Regional de Salud Cardiovascular 2005-2007, y de igual manera con la Estrategia del Ictus del Sistema Nacional de Salud del dos mil nueve.

En el IV Plan de Salud de Castilla y León, que se presentó el diecinueve de julio de dos mil dieciséis, se sigue impulsando el avance de la atención a la enfermedad cerebrovascular, incluyéndola como una de las líneas de trabajo priorizadas en el área... tan dedicada a disminuir la carga de enfermedad, recogiendo así, dentro del área cuatro, disminuir la carga de la enfermedad, el objetivo general.

Así, también en este Plan, en el número IV de Castilla y León, se recogen que los objetivos y medidas específicas en el área de prevención, tanto primaria como secundaria, y la implantación del Código Ictus, el proceso de asistencia al ictus agudo, la red hospitalaria de asistencia, tratamientos de reperfusión, rehabilitación, continuación asistencial, formación de los profesionales e investigación.

En el segundo punto hablan o solicitan garantizar la celeridad y eficiencia mediante la aplicación del Código Ictus en todas las áreas de salud de Castilla y León. Actualmente, el Código Ictus, extrahospitalario, ya redactó y ya se está desarrollando en la Comunidad de Castilla y León, se lleva desde el año dos mil nueve, como procedimiento dirigido a mejorar la organización y coordinación extrahospitalaria en la asistencia al ictus, para así prestar una asistencia sanitaria más eficaz a los pacientes que cumplieran los criterios de... de activación establecidos, y, por lo tanto, potenciales candidatos al tratamiento con trombólisis intravenosa.

Así, se ha establecido la notificación inmediata en la coordinación entre los profesionales de emergencias y urgencias hospitalarias y traslado prioritario de los pacientes susceptibles de tratamiento a un centro útil en ictus, con el objetivo de reducir las latencias en el acceso al tratamiento, implantándose en todas las áreas de salud de la Comunidad desde emergencias sanitarias, y gestionándose desde el centro coordinador.

Posteriormente, se sacó la a guía clínica de adaptación en el ictus de las unidades medicalizadas de emergencias, las UMES, elaboradas en el año dos mil doce, donde se ampliaron los criterios de inclusión para la activación del Código Ictus, con incremento de la ventana horaria para la realización de la trombólisis endovenosa a las cuatro horas y media e incorporación de síntomas clínicos de ictus en todos los territorios vasculares, ictus lagunares e ictus hemorrágicos.

En el punto tres, que hablan de implantar en Ávila, Segovia, Zamora y Palencia unidades de ictus teniendo en cuenta las ratios poblacionales de la Estrategia en Ictus y estudiar las posibilidades de la prestación de teleictus donde sea necesario, como el hospital del Bierzo, Miranda de Ebro y Aranda de... de Duero y Soria, comentarla que, con el fin de poder cumplir con estos objetivos del IV Plan que la he comentado anteriormente, se llevado a cabo un análisis de la situación asistencial del ictus en cada provincia de la Comunidad, y se están desarrollando modelos eficientes de asistencia neurológica experta para toda la Comunidad en las ventanas horarias requeridas, con las necesidades específicas evidenciadas en cada caso.

Por su parte, en el Complejo Asistencial de Segovia se puso en marcha la unidad del ictus en el año dos mil diecinueve, con la conversión de su previo equipo de ictus en unidad de ictus. En el Complejo Asistencial de Soria dispone de un equipo de ictus desde el año dos mil diez, sin necesidad actual, desde nuestro punto de vista, de reconversión a otro modelo asistencial.



En el Complejo Asistencial de Ávila, el Complejo Asistencial de Zamora y en el Complejo Asistencial de Palencia se están implementando en este momento nuevos dispositivos de teleictus y, actualmente, se está llevando a cabo las pruebas de verificación y conexión necesarias y actualización de la formación para su conexión con los centros de referencias de ictus. Así, esta red de asistencia al ictus agudo a través del teleictus se irá extendiendo al resto de la Comunidad, incluyendo a todos los centros asistenciales.

En el punto cuarto, “garantizar un adecuado funcionamiento del sistema teleictus en las unidades de ictus en los hospitales donde ya se están implantados con el aumento de los recursos sanitarios en relación al desarrollo de nuevos tratamientos y posibilidades intervencionistas...”.

Viendo el tiempo que me queda, voy a ir primeramente a los temas... porque estos puntos, hasta el tema octavo, son explicaciones, pero que estamos y que les admitimos tal cual usted les presenta.

Voy a comentarla los... las modificaciones que presentamos al punto nueve, diez, once y doce de su propuesta no de ley, para intentar de esta manera, entre todos, y en esta sala, sacar adelante la enmienda presentada por ustedes.

En el punto nueve, les proponemos la siguiente enmienda, que es que los equipos de valoración y... la siguiente enmienda, que dice, que es modificar, “reforzar con recursos y personal suficiente los equipos de valoración y orientación para el reconocimiento de discapacidad –y aquí es donde va la modificación– y trabajar para garantizar una asistencia especializada para las personas afectadas por daño cerebral, dada la prevalencia de casos”.

La explicación: pues los equipos de valoración y orientación se refuerzan siempre que son necesarios. Ya existen equipos especializados para personas con discapacidad sobrevenida. De hecho, en esta Comunidad de Castilla y León se está desarrollando desde el año mil novecientos noventa y nueve el programa individualizado de recuperación, integración social de las personas con discapacidad sobrevenida, que se llama... denominado PIRI; un programa que está financiado por la Gerencia de Servicios Sociales, que dirige sus actuaciones a personas con discapacidad sobrevenida, entre cuyas causas se encuentran la lesión medular, daño cerebral y esclerosis, prestando su apoyo tanto a personas afectadas como a su entorno más próximo.

Las intervenciones que se están realizando a través de este programa se realizan de manera domiciliaria, a través de equipos multidisciplinares itinerantes que se desplazan al domicilio de cada persona derivada. Y el objetivo de estas intervenciones es garantizar a las personas con discapacidad sobrevenida la igualdad de oportunidades y la máxima integración dentro de los servicios ordinarios para todos los ciudadanos.

En el punto número diez, que hablan ustedes de “garantizar el reconocimiento de las prestaciones de dependencia”, nosotros lo dejamos de la manera de “garantizar un máximo de tres meses para el reconocimiento del derecho a las prestaciones de dependencia de todas las personas dependientes”. ¿Y por qué les proponemos esto? Porque ya está el compromiso de la Junta de Castilla y León que, a partir del uno de enero de dos mil veinte, se va a reducir los plazos para reconocer el derecho de las prestaciones de dependencia a tres meses desde la presentación



de la solicitud. Es decir, se está reduciendo a la mitad el tiempo exigido en la normativa estatal. Este es un compromiso que va a afectar todos los dependientes, no solamente a las personas afectadas por daño cerebral.

En el punto número once, hacemos una pequeña modificación, pero el texto quedaría: “Valorar la ampliación de la cartera de servicios en materiales de apoyo cognitivo, como los soportes basados en nuevas tecnologías, entre los que se encuentran los intercomunicadores y materiales ortoprotésicos, tras evaluar las necesidades no cubiertas por la actual cartera”. Y proponemos esta enmienda que lo que consideramos es que se debe evaluar las necesidades no cubiertas, y evaluarlas tras un estudio riguroso y basado en el coste y eficacia. Valorar la posibilidad de incorporación de estas nuevas prestaciones, siempre en la medida de lo posible.

Y, ya para finalizar, en el punto número doce, el texto que les proponemos es: “Seguir trabajando en la mejora de la red asistencial para personas afectadas por daño cerebral, en cuanto a la rehabilitación y necesidades sociales, con carácter eminentemente público, de las Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades”. Lo que queremos es proponer que la cobertura de las necesidades sociales a las personas afectadas por daño cerebral están mejorando continuamente. De hecho, la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León financia, a través de subvención directa, las entidades de daño cerebral de la Comunidad de Castilla y León, servicios de promoción de la autonomía de personal, apoyo a las familias e información, coordinación y sensibilización comunitaria.

Además de estas entidades, han recibido también financiación de la Gerencia de Servicios Sociales para el desarrollo de sus actuaciones en el dos mil diecinueve, a través de la convocatoria de subvenciones al cargo del 0,7 % del impuesto sobre la renta de las personas físicas. Esperamos sean tenidas en consideración por el bien de sacar la propuesta no de ley presentada por su grupo. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Popular, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra la señora procuradora doña Paloma Vallejo.

LA SEÑORA VALLEJO QUEVEDO:

Muchas gracias, presidenta. Señorías, buenos días. El próximo veintinueve de octubre celebramos el Día Mundial del Ictus, impulsado por la Organización Mundial del Ictus, y que tiene como objetivo prioritario informar y concienciar a la población de la importancia, la enorme importancia, que tiene la prevención en el... en los casos de ictus. Dicen los neurólogos que las mejores secuelas de un ictus son las del que no se produce. Y si intentamos informarnos de cómo prevenir un ictus, nos encontramos con una única fórmula magistral: la adquisición de buenos hábitos saludables, que todos conocemos (dieta sana, no alcohol, no tabaco, no vida sedentaria, ejercicio). Pero, sin embargo, aunque tenemos estas pautas muy interiorizadas, nos resulta muy difícil ponerlas en práctica. Señorías, cuantos de ustedes no hemos dicho en algún momento “voy a dejar de fumar”, pero nunca encontramos la ocasión.

El ictus, como ya se ha indicado, es la segunda causa de muerte en España y la primera en la mujer y, según los datos de la Sociedad Española de Neurología,



se estima que en los próximos veinticinco años asistiremos a un incremento de un 27 %. Las cifras son lo suficientemente alarmantes como para que, en este contexto, las alianzas y el trabajo en red y cooperativo entre los hospitales de nuestra Comunidad, y de nuestros profesionales, son imprescindibles para garantizar una asistencia óptima en calidad, rápida en su respuesta y coste-efectiva.

En este Parlamento se ha debatido, tanto en Comisión como en Pleno, sobre la atención del ictus y de sus secuelas, la última en el Pleno celebrado el pasado veintiocho de noviembre de dos mil dieciocho en una propuesta del Grupo Parlamentario Socialista a la que presentamos enmiendas todos los grupos y que, con el ánimo de alcanzar un buen acuerdo -objetivo que se consiguió-, se aprobó por unanimidad.

Esperemos que el grupo proponente apoye la enmienda que ha presentado el Grupo Parlamentario Ciudadanos y, de esta forma, consigamos llegar a un acuerdo que beneficie a los pacientes que han sufrido un ictus que, en definitiva, es lo que debe movernos a alcanzar un acuerdo.

El Grupo Parlamentario Mixto, en este... en este caso a través de la representación de Podemos-Equo, nos presenta una proposición que consta de 12 puntos; es tan amplia que solo voy a mencionar brevemente aquellas medidas que se han tomado, que se han puesto en marcha, en relación con la proposición que nos plantea.

En el primer punto nos hablan de evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en la Estrategia del Ictus del Sistema Nacional de Salud de dos mil nueve. A esto tenemos que decir que, efectivamente, el IV Plan de Salud de Castilla y León recoge objetivos y medidas específicas en el área de prevención tanto primaria como secundaria, o en la implantación del Código Ictus, proceso de asistencia al ictus agudo, red hospitalaria de asistencia, tratamientos de reperusión, rehabilitación, continuidad asistencial, formación de los profesionales e investigación.

“Garantizar la celeridad y eficiencia mediante la aplicación del Código Ictus en todas las áreas de salud de Castilla y León”. El sistema Código Ictus extrahospitalario ya se redactó y desarrolló en la Comunidad de Castilla y León en el año dos mil nueve; se estableció la notificación inmediata, la coordinación entre los profesionales de emergencias y urgencias hospitalarias, y el traslado prioritario de los pacientes susceptibles de tratamiento a un centro útil en ictus, con el objetivo de reducir las latencias en el acceso al tratamiento, implantándose en todas las áreas de salud de la Comunidad desde emergencias sanitarias, y gestionándose desde el centro coordinador.

“Implantar en Ávila, Segovia, Zamora y Palencia unidades de ictus”. Ya lo ha indicado el portavoz del Grupo Ciudadanos, el Complejo Asistencial de Segovia puso en marcha la unidad de ictus en el año dos mil diecinueve con conversión de su previo equipo de ictus en unidad de ictus. El Complejo Asistencial de Soria también, como se ha indicado, dispone desde el año dos mil diez del equipo de ictus, y parece que hasta el momento no se ha planteado una reconversión porque no se ha considerado necesario. En el Complejo Asistencial de Ávila, en el de Zamora, en el de Palencia, se están implantando nuevos dispositivos de teleictus, y actualmente se están llevando a cabo las pruebas de verificación y conexión necesarias, y actualizaciones, para su



conexión con sus centros de referencia en ictus. Quiero recalcar especialmente que la red de asistencia al ictus agudo a través del teleictus se irá extendiendo al resto de la Comunidad, incluyendo a todos los centros asistenciales, sin excepción.

Garantizar el acuerdo de funcionamiento del sistema de teleictus y de las unidades de ictus. Todas las unidades de ictus de la Comunidad funcionan como unidades de cuidados semicríticos en régimen 24 por 7, con una estandarización de la asistencia.

Desde la Gerencia Regional de Salud se ha diseñado un plan de formación para atención al ictus agudo en la Comunidad, que se desarrollará a lo largo del año dos mil veinte. Esta formación está dirigida a todos los profesionales implicados en su asistencia, tanto extra como intrahospitalaria.

“Desarrollar un sistema regional que permita identificar con rapidez el ictus”. Uno de los equipos de ictus que se ha reconvertido, como ya hemos indicado, es el de Segovia, pero está también prevista la apertura de la unidad de ictus en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

En todos los pacientes nos hablan de garantizar al paciente una información adecuada sobre las causas del daño cerebral que ha sufrido y las secuelas. Y en todos los pacientes hospitalizados con un ictus agudo se realizan estudios para identificar la causa del ictus y la rehabilitación va en función de los déficits encontrados; de la situación anterior del paciente se establecen los objetivos y se empieza a efectuar la rehabilitación, en unos casos, si la situación lo requiere, en la propia habitación del paciente o si está lo suficientemente... se encuentra lo suficientemente bien como para bajar a los servicios de fisioterapia. Y esta rehabilitación continúa con posterioridad al alta del paciente, y tienen prioridad en los servicios de rehabilitación.

“Aumentar el número de especialistas de neurología”. En estos momentos contamos con 83 neurólogos que están repartidos por los distintos centros de la Comunidad y desde Sacyl se están haciendo importantes esfuerzos para reforzar las plantillas en aquellas especialidades donde las patologías y la incidencia lo requiera.

Voy a intentar también centrarme en la que entiendo que es una enmienda que mejora ostensiblemente la propuesta, que nos hacen desde el Grupo Mixto. Concretamente, en el apartado 10 nos hablan de reducir a tres meses las ayudas de dependencia por daño cerebral. Como saben, la consejera de Familia, a finales de julio, ya anunció que se va a reducir a tres meses las ayudas por dependencia a todos los que lo requieran desde la fecha de su solicitud, es la mitad de lo exigido en la normativa estatal; y creo que esto se extienda a todas las personas que necesitan ayudas de dependencia, y que no nos ciñamos solo a los afectados por daño cerebral, no deja de ser un gran beneficio. Va a suponer, sin duda ninguna, un enorme coste económico y un esfuerzo importante para la Administración, que tendrá que agilizar trámites, que tendrá que poner recursos, pero, sin duda ninguna, los más beneficiados van a ser los pacientes del ictus y sus familiares. Cuando estamos bien, decimos que el tiempo pasa muy rápido; a las personas que están en esa situación las horas, los días, las semanas, los meses, se hacen interminables, y creo que para ellos va a suponer un gran beneficio.

Por lo que, como tampoco disponemos ya de mucho tiempo, me gustaría pedir al grupo proponente que, teniendo en cuenta que parte de las medidas que he citado se recogían en la proposición no de ley que aprobamos todos por unanimidad en



ese Pleno de veintiocho de noviembre, creo que sería bueno que, dado que las enmiendas que ha presentado el Grupo Parlamentario Ciudadanos no modifican en lo esencial la propuesta que nos han presentado, acepten esas enmiendas; en ese caso, por supuesto, desde nuestro grupo, apoyaríamos esta proposición no de ley que hoy nos presentan en esta Comisión de Sanidad. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Socialista, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra la señora procuradora doña Inmaculada García.

LA SEÑORA GARCÍA RIOJA:

Buenos días, señora presidenta. Señorías, efectivamente, el ictus es la primera causa de muerte en general y la primera causa en mujeres. Es además la primera causa de discapacidad en adultos.

La principal causa del éxito en la atención del ictus es la rapidez con la que se detectan los síntomas y se acorta el tiempo entre que el paciente sufre un ictus hasta que se toman las medidas adecuadas.

Es importante incidir en la prevención y en la información a los ciudadanos sobre los factores de riesgo y los síntomas de alarma, así como disponer de una buena coordinación entre los servicios de urgencia y los centros sanitarios mediante la activación del Código Ictus.

La probabilidad de sobrevivir a un ictus, tristemente, depende también de la Comunidad, incluso de la provincia de residencia. Castilla y León se sitúa como la cuarta Autonomía de España con mayor número de fallecimientos por esta causa por cada 100.000 habitantes, motivada, entre otras cosas, por nuestra orografía, la edad de nuestros vecinos -y aunque cada vez es menos extraño encontrarse también con... en la... con enfermos en la década de los 40 y los 50 años-, pero, sobre todo condicionada por la existencia o no de recursos públicos para combatir una enfermedad que ya representa, como he dicho, la segunda causa de muerte y el principal motivo de discapacidad en adultos.

Esto explica el porqué de la desigualdad dentro de Castilla y León. Y es que, por ejemplo, el ictus mata a un porcentaje de población mayor en Zamora que en Valladolid. Zamora es un punto negro del ictus en España, a pesar de la implicación y el buen hacer de los profesionales. En Salamanca había que ampliar a 24 horas la atención del ictus complejo, actualmente solo es hasta las 15 horas. Nosotros defendemos que hay que atender 24 horas, 365 días al año.

Soria, Zamora, Ávila y Palencia no deben... no deben estar de espaldas a este gran avance. A pesar de que el PP, en sesión celebrada, efectivamente, el veintiocho del once del dos mil dieciocho, se comprometió, a instancias del PSOE, a la instalación progresiva de unidades de ictus en todos los hospitales antes de finales del dos mil diecinueve, y a desarrollar el Código Ictus, tanto intra como extra hospitalario, cosa que no se ha cumplido.

Contar con una unidad de ictus o no es vital para salvar al paciente, incluso para curarlo, que se supone que es lo que se pretende. El 70 % de estos enfermos



pueden salir sin secuelas incapacitantes, por lo que también sería deseable las unidades de teleictus en el Hospital del Bierzo, Aranda, Miranda. Un paciente atendido por estas unidades de teleictus o por un neurólogo en las primeras horas la probabilidad de fallecer o de quedarse con una discapacidad grave puede reducirse incluso a la mitad; por lo que debería, lógicamente, aumentarse también el número de neurólogos.

Las unidades de ictus son unidades extrahospitalarias, integradas por un equipo multidisciplinar, coordinado, especializado, entrenado en el cuidado de estos pacientes con ictus, con protocolos de actuación, con el manejo del enfermo, con la mayor... la mejor evidencia clínica y científica. Se reduciría así la estancia media hospitalaria, la mortalidad y la dependencia, y, además, se disminuyen mucho los costes por paciente, los costes globales, como bien se indica en el IV Plan de Salud.

No podemos olvidar tampoco la importancia de la rehabilitación precoz y urgente para devolver la plasticidad del sistema nervioso. La sanidad pública debería garantizar al menos, después, tres meses tras el alta.

Nosotros votaremos a favor... votaremos a favor de... de esta propuesta del Grupo Podemos siempre... y sí proponemos que se acepte una enmienda *in voce* sobre la atención en Salamanca 24 horas, 365 días del año. Si es así, votaremos a favor. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Gracias. Para cerrar el debate y fijar el texto definitivo de la resolución que propone, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, doña Laura Domínguez Arroyo.

LA SEÑORA DOMÍNGUEZ ARROYO:

Sí. Me gustaría solicitar un receso.

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

De acuerdo. *[Murmullos]*. Un receso por un tiempo de cinco minutos.

[Se suspende la sesión durante unos minutos].

LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):

Se reanuda la sesión. Para cerrar el debate y fijar el texto definitivo de la resolución que propone, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, doña Laura Domínguez Arroyo.

LA SEÑORA DOMÍNGUEZ ARROYO:

Bien. Pues, bueno, agradecer a todos los grupos que hemos llegado a un acuerdo, introduciendo las enmiendas que han introducido tanto el Grupo Socialista como Ciudadanos. Haré unas consideraciones y después fijaré el texto definitivo. Porque, bueno, agradezco el voto favorable a esta propuesta, pero yo creo que



aquí sí que se han dicho determinadas cosas que no son del todo ciertas o que, en algún sentido, son un poco falaces.

Primero, en cuanto a la cuestión del Plan de Salud y la Estrategia del Ictus, sobre todo en cuanto al Plan de Salud, que dejó muchos objetivos sin cumplir el III Plan de Salud respecto al IV Plan de Salud, que era que el que estaba anteriormente vigente y en el que no se introducen medidas correctoras respecto al ictus. Es decir, las cuestiones que estaban fallando, por ejemplo, sobre implantación del Código Ictus, en el IV Plan de Salud se recogen exactamente igual, sin valoración de objetivos en el III Plan de Salud y sin que haya medidas correctoras de mejora. Por lo tanto, creo que esto es un déficit importante en el que no se abordaron, en su momento, las cuestiones fundamentales a la hora de la redacción de un IV Plan de Salud, que, por cierto, llegó con bastantes meses de retraso.

Y, en este sentido, sí que quiero volver a recordar el dato que daba en mi primera intervención sobre Zamora como la provincia con mayor tasa de mortalidad de toda España, y que cuatro provincias de nuestra Comunidad estén en el... entre las diez primeras en tasa de mortalidad, y que eso no haya sido una situación para que en el IV Plan de Salud se estableciesen medidas correctoras diferenciadas en función de esa tasa de mortalidad tan alta.

En cuanto a la cuestión del Código Ictus, se ha venido a hablar del Código Ictus tanto por la parte de la portavoz del Grupo Parlamentario Popular como de Ciudadanos como si fuese la panacea y esto estuviese absolutamente implantado sin ningún tipo de problema, y esto no es verdad. La implantación del Código Ictus tiene una serie de deficiencias importantes, sobre todo en el medio rural; no está adecuada a las circunstancias demográficas y orográficas de nuestra Comunidad. Y quiero recordar que el ictus se da mayoritariamente como edad media en torno a los 75 años; el 18 % de la población de Castilla y León tiene más de 75 años en nuestra Comunidad Autónoma; por lo tanto, habría que adecuar ese Código Ictus a la prevalencia fundamental que hay en Castilla y León en este sentido y a que toda esa población está mayoritariamente en el medio rural. Y, como decía en mi primera intervención, el Código Ictus en diez años no ha sido actualizado ni se han metido medidas correctoras para mejorar su implantación.

En cuanto a la situación de las unidades de ictus, llamar unidad de ictus a lo que ya estaba, que es lo que se ha hecho en Segovia, no significa que en Segovia se haya reconvertido la unidad de ictus. Sigue faltando personal y siguen faltando recursos, porque no se han introducido recursos nuevos. La de Salamanca, que lo apuntaba la portavoz del Grupo Socialista, solo de ocho a tres. La unidad de ictus de Burgos tampoco funciona las 24 horas diarias. Se comprometieron en dos mil dieciocho con todas las provincias, y estamos a finales de dos mil diecinueve y van muy lentos; el análisis ya debía estar hecho, porque el análisis para establecer las unidades de ictus comenzó en el año dos mil dieciséis -tres años para... para analizar-.

En... y luego ya, en cuanto a las enmiendas que se han introducido, claro, es cierto que hay que resolver todos los expedientes para todas las personas relativas a dependencia, pero, como hoy aquí estamos hablando específicamente de las de daño cerebral adquirido, por eso nos hemos referido a esta cuestión en concreto. Y aquí sí que me gustaría introducir la cuestión de que la baremación es una



cuestión que hay que revisar, que lleva años sin revisarse, prácticamente desde la aprobación de... de la ley para la autonomía personal.

Y en cuanto al punto 12, he aceptado la cuestión de “seguir trabajando”, que, en todo caso, es bastante falaz, porque que no exista ni un solo centro de referencia en toda la Comunidad Autónoma para daño cerebral adquirido con la prevalencia que hay en la Comunidad creemos que es un déficit importante.

Y, además, sería bastante más barato para la Administración pública, porque aglutinar recursos y servicios en un único punto centralizado y, sobre todo, no tener mezclados a pacientes, por ejemplo, de alzhéimer o de otro tipo de demencias con daños cerebrales adquiridos, seguramente supondría que los recursos estarían bastante mejor gestionados, habría servicios de logopedia, de rehabilitación motora, todo conjuntamente, y sería una forma de ahorrarle dinero a la Administración en ese sentido. Por lo cual, aquí ni siquiera pueden hablar de un problema de financiación. Y quiero recordar que aquí los cuidados se homogeneizan: no es lo mismo cuidar a una persona con alzhéimer, o con otro tipo de demencia, que a una persona con daño cerebral adquirido.

Y, por último, en cuanto a la portavoz del Grupo Popular, que decía que se estaban haciendo esfuerzos para reforzar las plantillas de neurología, ustedes no han pedido plazas mir en neurología en los últimos diez años, al menos en esta especialidad, y, por supuesto, hay problemas para cubrir las plazas de los hospitales comarcales, como bien saben. Y ustedes siguen empeñados en que no se incentiven esos puestos y en que no haya mejoras para la cobertura de esos puestos. Con lo cual, creo que no se puede hablar de que están haciendo esfuerzos para reforzar las plantillas de neurología.

Y paso a... bueno, por no leer todo el texto, los puntos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8... y 8, quedarían tal cual están en el primer texto.

El punto 3 quedaría tal cual, y añadiría: “Ampliar a 24 horas y 365 días al año el horario de atención del ictus complejo de la Unidad de Salamanca”, que actualmente solo atiende hasta las quince horas.

Y leo del punto 9 al 12:

Punto 9: “Reforzar con recursos y personal suficiente los equipos de valoración y orientación para el reconocimiento de discapacidad y trabajar para garantizar una asistencia especializada para las personas afectadas por daño cerebral, dada la prevalencia de casos”.

Punto 10: “Garantizar un máximo de tres meses para el reconocimiento del derecho a las prestaciones de dependencia a todas las personas dependientes”.

Punto 11: “Valorar la ampliación de la cartera de servicios en materiales de apoyo cognitivo, como los soportes basados en nuevas tecnologías, entre los que se encuentran los intercomunicadores y materiales ortoprotésicos, tras evaluar necesidades no cubiertas por la actual cartera”.

Y 12: “Seguir trabajando en la mejora... la red asistencial para personas afectadas por daño cerebral en cuanto a la rehabilitación, necesidades sociales, con carácter eminentemente público, desde las Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades”. Ahora se lo paso a la Mesa por escrito. Muchas gracias.

**Votación PNL/000182****LA PRESIDENTA (SEÑORA MONTERO CARRASCO):**

Gracias. Una vez concluido el debate, se entiende que por asentimiento queda aprobada esta proposición no de ley.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

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

PNL/000183**LA SECRETARIA (SEÑORA FRUTOS RUBIO):**

Proposición No de Ley número 183, presentada por los Procuradores doña Laura Domínguez Arroyo y don Juan Pablo Fernández Santos, instando a la Junta de Castilla y León a llevar a cabo determinadas actuaciones para analizar y mejorar la situación sanitaria en hogares vulnerables, publicada en Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 21, de veintiséis de septiembre de dos mil diecinueve.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Muchas gracias, señora secretaria. Pues, para la presentación de la proposición no de ley, tiene la palabra, en representación de los señores procuradores proponentes, la señora doña Laura Domínguez, por un tiempo máximo de diez minutos.

LA SEÑORA DOMÍNGUEZ ARROYO:

Gracias. Dime en qué código postal vives y te diré qué enfermedad padeces. Esta frase resume a la perfección la importancia de la propuesta que hoy traemos a debate a esta Comisión de Sanidad. En Podemos hemos trabajado, desde la legislatura pasada, el concepto de hogar vulnerable, entendidos estos como aquellos que se encuentran en situación de pobreza severa, extrema o relativa, en relación a los estándares del INE en la Comunidad de Castilla y León, además de aquellos donde los únicos ingresos sean los de una Renta Garantizada de Ciudadanía o una Renta Mínima de Inserción.

La situación de hogar vulnerable no solo es una cuestión económica, sino que impregna la cuestión educativa, social, cultural, y, como ponemos hoy aquí de manifiesto, también la sanitaria. Y es que el código postal determina más en salud que el código genético. Son múltiples los estudios realizados en los últimos años sobre cómo un hogar vulnerable tiene mayores tasas a la hora de sufrir enfermedades crónicas, trastornos de ansiedad o depresión u otras enfermedades mentales, así como otro tipo de enfermedades.

El Instituto de Estadística de la Junta de Andalucía realizó un informe en dos mil quince que determinaba ejemplos como que, en Córdoba, la esperanza de vida en uno de sus barrios obreros era de 71 años, mientras que en el barrio de la ciudad de mayor poder adquisitivo era de 81. Tasas de mortalidad de hasta dos puntos más entre barrios en una misma ciudad también.



Del mismo modo, el Ayuntamiento de Madrid, en colaboración con la Universidad Carlos III, arrojaba hasta diez años de diferencia en esperanza de vida entre los barrios del norte de Madrid y los del sur. La diferencia entre los barrios del norte y sur de Madrid es simple: mayores tasas de paro, menores rentas medias y hasta un 70 % de personas sin estudios o con solo estudios primarios en los barrios del sur, frente a rentas medias en los barrios del norte de 100.000 euros y solo un 15 % de personas sin estudios o solo con los primarios. Diferencias sustanciales en lo económico, en lo social y lo educativo, que se traducen en lo sanitario.

Estas estadísticas que encontramos, realizadas por las propias Administraciones públicas, en otros puntos de la geografía española no se han realizado nunca en Castilla y León, pero el hecho es evidente. La vulnerabilidad y la exclusión social condicionan la salud. Por ello, entendemos que, como primer paso, hay que realizar un análisis minucioso de la realidad sanitaria en los hogares vulnerables de nuestra Comunidad.

Desde el estallido de la crisis, un fenómeno social preocupante se ha ido ampliando a cada vez más familias: el hecho de que la exclusión social va convirtiéndose, cada vez más, en estructural. Esto significa que, debido a la instauración de bajos salarios como norma, a la precariedad y parcialidad laboral y a un índice de paro recurrente, la capacidad para salir de la exclusión es mucho más difícil. Así, muchas familias y personas están instauradas de forma permanente en la vulnerabilidad social.

En Castilla y León, un 15,4 % de la población vive en riesgo de pobreza; esto se traduce en unas 370.000 personas de nuestra Comunidad en esa situación. Un 38,2 % de las personas ocupadas de nuestra Comunidad percibe un salario inferior a 14.000 euros anuales, una realidad que merece ser tomada en cuenta a la hora de establecer recursos sanitarios.

El punto 2 de nuestra propuesta prevé la realización de una estrategia integral para reforzar los recursos y servicios sanitarios para los hogares vulnerables. En esta estrategia se deben prever, entre otras cosas, los gastos como, por ejemplo, los farmacéuticos, de material ortoprotésico, odontológicos y otros, a los que no se puede acceder con una situación económica precaria y que no están en la cartera de servicios de manera pública.

En este sentido, también es fundamental la atención psicológica, pues, en los hogares vulnerables la prevalencia de trastornos psicológicos tales como ansiedad o depresión o la prevalencia de enfermedades mentales es un factor determinante. Dichos procesos se tratan de manera preeminente y errónea con farmacología como única fórmula, y solo desde Atención Primaria, dado que las familias vulnerables no pueden costearse terapias psicológicas que están contempladas en nuestro sistema público de forma muy precaria.

En relación a esta cuestión, no debemos olvidar la tasa de suicidios por motivos socioeconómicos, una realidad invisibilizada y que no se ha abordado desde las Administraciones públicas con la contundencia que debiera. La Junta ha anunciado un plan para abordar el suicidio, y queremos que esta propuesta sea también una arista de dicho plan, estableciendo la incidencia de tasa de suicidio en hogares vulnerables. Unas 200 personas se suicidan anualmente en Castilla y León, pero no existen datos desagregados sobre la situación de exclusión de dichas personas, y un plan de abordaje para esta cuestión.



Además, dentro de estos hogares se debe atender, con especial relevancia, a la infancia y la tercera edad, que, dentro de esta situación, son los sectores de edad que presentan aún mayor vulnerabilidad. Unicef, en dos mil quince, alertó de las consecuencias sanitarias que tienen los niños y las niñas con carencias materiales severas, sobre todo en cuanto a meningitis y otras enfermedades infecciosas, a corto plazo; trastornos y enfermedades mentales, a medio/largo plazo; y relacionados con la mala nutrición, y una prevalencia, a largo plazo, de enfermedades como la diabetes y problemas cardiovasculares por la mala alimentación. En Castilla y León, la tasa de pobreza, según indicador AROPE, para los menores de 18 años se sitúa en un 26 %, una tasa mucho más elevada que la general.

Tampoco debemos olvidar que las mujeres son las que, de forma mayoritaria, sufren el paro y la precariedad, y por tanto la posible vulnerabilidad social. Con las... son las que, de forma preeminente, reciben una Renta Garantizada de Ciudadanía, representando el 60 % de percepciones. Y las pensiones no contributivas son recibidas por un 65,6 % de las mujeres, frente al 34,4 % de los hombres. La perspectiva de género es, por tanto, otro de los factores fundamentales a tener en cuenta para llevar a cabo la... la estrategia de atención de la que estamos hablando.

Termino como empecé, recordando que la salud y la vulnerabilidad social y económica son factores estrechamente relacionados y que esto es un hecho no debatible. Podremos debatir sobre las medidas a llevar a cabo para erradicar las situaciones sanitarias derivadas de esa vulnerabilidad, pero no se puede contraargumentar la evidencia; y, hasta ahora, no existe una estrategia integral para esta problemática, por lo que les insto a votar a favor y desarrollarla.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Muchas gracias, señora Domínguez, en turno de fijación de posiciones, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra la señora doña María Montero.

LA SEÑORA MONTERO CARRASCO:

Gracias, vicepresidenta. Las personas vulnerables son aquellas que, por distintos motivos, no tienen desarrollada la capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto, y, por lo tanto, se encuentran en situación de riesgo. El problema de la vulnerabilidad de las personas, los hogares o los grupos sociales, puede formar parte de la esencia misma de los principales problemas de salud, por lo que debemos ir a la búsqueda o explicación de las causas sociales que hacen a las personas vulnerables.

Según los datos recogidos en la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020, el número de personas sin hogar ha aumentado en todos los países de la Unión Europea durante el período de crisis económica. Todas las políticas europeas han centrado sus esfuerzos en reducir los efectos de la crisis desde las necesidades, lo que ha creado un escenario institucional de aceptación de la exclusión social como parte del sistema.

Las personas vulnerables ven reducida su esperanza media de vida en torno a los veinte años respecto al resto de la población, Y presentan entre 2 y 50 veces más problemas de salud físicos que el resto de la población. Además, las condiciones de vida de este colectivo en muchos casos son una agravante, dando lugar a



enfermedades o cronificando las ya existentes. En España diversos estudios sobre la salud mental entre personas de... en situación de riesgo sitúan la tasa de esquizofrenia entre un 4 % y un 13 % y la de depresión mayor entre un 2 y un 20 %.

La vulnerabilidad es, en cierta medida, un indicador de inequidad y de desigualdad social, y nuestro país no es ajena a esta situación. De hecho, la crisis económica que se inició en el dos mil ocho trajo, entre otras muchas consecuencias, que mucha gente entrara en una situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social del que aún no se han podido recuperar. Esta situación se ha ido por... prolongando en el tiempo ante las escasas y poco eficientes medidas que desde el Gobierno de la Nación se han venido realizando, como, por ejemplo, la creación del Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil, un órgano unipersonal del Gobierno de España, dependiente orgánicamente de la Presidencia del Gobierno, encargado de la coordinación de actuaciones dirigidas a luchar contra la desigualdad y la pobreza infantil, que desde su creación sería difícil encontrarle alguna efectividad.

En toda sociedad hay comunidades, hay familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente vulnerables. Ello implica que los mismos están más expuestos a riesgo. La hipótesis sobre la que se basa el enfoque de riesgo es que, mientras más exacta sea la medición de ese riesgo, más adecuadamente se comprenderán las necesidades de atención de la población y favorecerá la efectividad de las intervenciones y, por supuesto, el afrontamiento de la vulnerabilidad.

La prevención de riesgos por reducción de la... de la vulnerabilidad se logra cuando se actúa sobre la prevención, la protección y la reacción inmediata. En este sentido, en Castilla y León, la cartera de servicios de Atención Primaria incluye los servicios de prevención y promoción de la salud en todas las edades, con criterios específicos de atención en función de los diferentes tramos etarios y del sexo: infancia, adolescencia y juventud, mujeres, personas adultas y personas mayores.

Todos los servicios de la cartera de Atención Primaria, tanto los de prevención y promoción de la salud como los de atención, o patologías, o procesos crónicos, incluyen, sistemáticamente, la valoración social y familiar de la persona a la que se atiende y su entorno. En el caso de detectar situaciones de vulnerabilidad sociofamiliar se contacta con el trabajador social del centro para su intervención, tanto en el centro como en el domicilio. En el caso en que se detecte la necesidad de intervención psicológica o psiquiátrica, se procederá a la derivación al segundo nivel de atención.

Una de las características de la Atención Primaria es su accesibilidad y equidad, proporcionando la atención y cuidados necesarios a quien más los necesita. La detección de situaciones de vulnerabilidad que pueden estar condicionando la salud de las personas conlleva, por parte de los profesionales del equipo de Atención Primaria, un seguimiento integral de su proceso. No podemos olvidar que nuestra Atención Primaria infiere en la reducción de las consecuencias que genera esa vulnerabilidad, pero el problema subsistirá si no atacamos la causa origen de las mismas.

El principal esfuerzo se tiene, por tanto, que poner en la necesidad de generar empleos de calidad que modifiquen radicalmente la situación de fondo, con políticas que produzcan una mejora de la situación económica. Compartimos con ustedes la preocupación por mejorar la situación sanitaria en los hogares vulnerables, y, por ello, y en relación con esta PNL, queremos presentar... presentar la siguiente enmienda.



Con respecto al punto número 1, quedaría exactamente igual. En el punto número... número 2 planteamos: "Evaluar el tratamiento actual que se realiza en Atención Primaria a personas miembros de un hogar vulnerable y el trabajo que los trabajadores sociales realizan con ellos, haciendo especial incidencia en la prevención y el tratamiento de enfermedades y trastornos derivados de su situación socioeconómica, incidiendo en la población infantil y tercera edad, y aplicando la perspectiva de género". En el punto número 3: "Valorar incluir como prioritaria la asistencia psicológica-psiquiátrica dentro de dicha estrategia, con los recursos humanos y materiales suficientes en todos los niveles sanitarios". Y en el punto número 4: "Seguir trabajando para que en Atención Primaria se mejore la prevención y tratamiento de estos casos". Espero que lo tenga en cuenta estas enmiendas. Gracias.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Muchas gracias, señora Montero. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Popular, y un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra la señora procuradora doña Noemí Rojo.

LA SEÑORA ROJO SAHAGÚN:

Muchas gracias, señora presidenta. Buenos días, señorías. Para fijar posición, y de manera muy breve, mi grupo parlamentario, el Grupo Parlamentario Popular, quiere agradecer al grupo proponente, al Grupo Mixto, en este caso Podemos-Equo, la proposición de esta propuesta no de ley.

En el Partido Popular de Castilla y León estamos sensibilizados con este tema, puesto que, como no podría ser de otro modo, nos preocupa la situación, desde la perspectiva sociosanitaria, de los hogares más vulnerables de nuestra Comunidad. Si bien es una realidad que hay varias cosas que siempre tienen un margen de mejora, hemos de resaltar que siempre... hemos de resaltar también que los Gobiernos del Partido Popular de Castilla y León no hemos estado de brazos cruzados ante esta situación, puesto que, como ha indicado la portavoz de Ciudadanos, se configuró la cartera de servicios de Atención Primaria. Es decir, cuando una persona acude a un centro de salud y, o bien el médico o el enfermero advierte cualquier indicio, se contacta con el trabajador social del centro de salud para su intervención, tanto en el propio centro como en su domicilio. Y, por supuesto, si se detecta la necesidad, se deriva a un segundo nivel de atención, que es la intervención psicológica o psiquiátrica.

Se ha trabajado también, a través y en relación con lo puesto de manifiesto en los antecedentes de esta... de esta PNL y comentado en la exposición de la señora proponente, respecto a situaciones de vulnerabilidad tras la crisis económica, en la Red de Protección a las Personas y Familias afectadas por la crisis, creándose cuatro grupos de trabajo compuestos, además de por la propia Junta de Castilla y León, por agentes sociales y económicos que componen el Consejo de Diálogo Social (las corporaciones locales, entidades del tercer sector -como Cáritas o Cruz Roja-, cámaras de comercio e industria, Asociación Empresa Familiar, colegios profesionales y asociaciones de vecinos), trabajando con el fin de proporcionar a las personas y familias más afectadas por la crisis una atención integral de sus necesidades, entre las que se encuentran las del ámbito sociosanitario.



Es necesario también destacar en este momento el trabajo y la dedicación de los profesionales de la sanidad pública de Castilla y León. Gracias a ellos y a una gestión eficiente, nuestro sistema sanitario goza de una valoración por encima de la media del país, teniendo, en el caso de la Atención Primaria, una valoración de notable.

Por lo tanto, y para finalizar, mi grupo parlamentario se adhiere a la enmienda presentada por la portavoz del Grupo Ciudadanos, por lo que, si esta es aceptada, votaremos a favor de esta proposición no de ley. Muchas gracias.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Muchas gracias, señora Rojo. Pues, en turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Socialista, y un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor procurador don Jesús Puente.

EL SEÑOR PUENTE ALCARAZ:

Muchas gracias, presidenta. Buenos días. En primer lugar, quiero agradecer a Laura Domínguez por haber traído a esta Comisión este tema que, para mí y para nuestro grupo, es también muy importante. Muchas veces nos olvidamos de los determinantes sociales de la salud, que son fundamentales, no solo porque la Organización Mundial de la Salud las define como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan y viven y envejecen, incluyendo todo aquello que influye sobre las condiciones de la vida cotidiana, sino porque también introduce una mirada distinta a la que aquí parece que otros procuradores no terminan de encajar, ¿no? Y me... me explico, ¿no?

Este planteamiento de los determinantes sociales de la salud no viene de ahora, viene de la corriente de la medicina social que ya se... se inició a mediados... a mediados del siglo XIX, desde Rudolf Virchow, donde empezó a señalar no tanto a los patógenos el origen determinante de la propagación de enfermedades, sino más bien a la sociedad que no era capaz de... de controlarlos, ¿no? Aunque en su origen este científico se centraba en las condiciones de salubridad básica –ya superada en nuestras sociedades actuales, al menos aquí, no tanto en otros países en vías de desarrollo–, la medicina social sigue siendo... poniendo el dedo en la llaga, evolucionando hasta... hasta autores contemporáneos como Robert Wood o Rafa... Rafael Cofiño en España, ¿no?, donde afirman, desde un planteamiento científico, algo que ha comentado Laura Domínguez, donde dicen y se atreven a decir frases tan atrevidas como “tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético”, ¿eh? O como Clare Bambra, que llegó incluso a predecir la esperanza de vida al nacer en función de lo cerca que vivieras de una estación de metro u otra, ¿eh?, en Londres.

Solemos preocuparnos, y como así debe ser, de las instalaciones y de los servicios de salud para medir nuestra capacidad de proveer salud a nuestros ciudadanos, o como se escucha en muchos centros de salud, y lo hemos vuelto a escuchar aquí, a través de Paloma Vallejo Quevedo, diciendo que hay que culpabilizar al paciente, en función de sus hábitos sociales... [murmillos] ... hábitos saludables. No, no es nada personal, es simplemente que... el que quiero es... lo que quiero... lo que quiero... no los... no... ella... usted solamente ha transmitido lo que el paradigma actual existe. Es



decir, solemos... yo mismo, sí, soy sanitario, y solemos decir... [murmullos] ... solemos decir: gracias a sus hábitos... gracias a sus hábitos o por... o porque tenga usted sus hábitos, porque coma muchas grasas saturadas, o porque no haga ejercicio, solemos culpabilizar al paciente de cuál es su situación, ¿no? Eso es un error, ¿eh?, que lo cometemos también muchas veces en ese paradigma. No estoy... no estoy personalizando absolutamente nada, de verdad, estoy intentando decir que la medicina social a veces nos obliga a mirar también a otras condiciones sociales que llevan a que ciertas poblaciones vulnerables pues, si tienen mayor consumo de grasas saturadas o hacen menos ejercicio, es por su condición social y no tanto por su determinación o su hábito saludable. Simplemente, de verdad que no intento, en ese sentido, personalizar en nada, simplemente que se han soltado aquí y en los centros de salud solemos verlo todavía muchas veces, ¿no?

Pero lo digo porque en dos mil dieciocho el Ministerio de salud, ante la crisis económica, desarrolló también un estudio titulado *Crisis económica y salud*, consciente del impacto que la situación económica ejerce sobre las poblaciones que la sufren. Cabe preguntarse cuál ha sido el efecto de la crisis sobre la salud de las personas que residen en España, decían estos... estos investigadores, ¿no?

En las recomendaciones de este estudio de dos mil dieciocho se subraya la necesidad de continuar invirtiendo en sistemas de información que nos permitan mejorar nuestro conocimiento sobre el efecto de las crisis económicas en la salud y bienestar de la población. Insisto, es importante los sistemas de información –es una pena que no esté con nosotros el representante del Sacyl, que tiene muy claro la importancia de los... de los indicadores de... de información, ¿no?, en el sistema de información–, porque, a pesar de esta necesidad y de la falta específica de indicadores, hay suficiente evidencia, hay estudios científicos que avalan la relación directa entre crisis económica y aumento del empeoramiento de los indicadores de salud –no voy a repetir los ejemplos que ha descrito la procuradora proponente en esta PNL y también otras procuradoras... procuradora de Ciudadanos, ¿no?–, pero, para comprobar la evolución y su impacto en la salud de estos determinantes es imprescindible... disponer de un sistema de información ajustada, precisa y continua, como afirman autores como Albert Espelt o Xavier Contente, y otros miembros de la Sociedad Española de Epidemiología, en artículos como el de “La vigilancia de los determinantes sociales de la salud”, publicado en *Gaceta Norte* en dos mil... *Gaceta Sanitaria* en noviembre del dieciséis, donde estudian la necesidad de un sistema de vigilancia en los determinantes sociales de la salud que requiere una visión integral y social de la misma, ¿no? En este estudio y en otros similares llegan dichos autores a la conclusión de que se constata la importancia de... de disponer de indicadores procedentes de fuentes diseñadas para tal objetivo, ya sean registros continuos o encuestas periódicas.

La vivienda y situación material de los ciudadanos se incluye dentro de determinantes de salud como intermedios, como determinantes intermedios, es decir, que influyen en las desigualdades en salud, o lo que es lo mismo, las condiciones de la vivienda y de los ingresos de la población condicionan significativamente la proyección de la calidad de la salud de las poblaciones.

En el IV Plan de Salud de... de nuestra Comunidad Autónoma –es el más reciente– se aportan datos sobre vivienda, ¿eh?, y situación material de nuestros ciudadanos –vivienda y hogar–, y utilizan datos del Instituto Nacional de Estadística,



en este caso concreto, de dos mil quince. Estos datos provienen de una encuesta continua de hogares. Son datos de calidad, eso no se puede dudar, pero las encuestas continuas, como la de hogares de España, permiten analizar... aunque permiten analizar de manera constante las determinantes sociales de la salud y datos de salud a partir de muestras de la población, solamente lo hacen en torno a un 12 % de la muestra de hogares.

Dicen los autores que les acabo de mencionar más arriba que no es suficiente con esto, ¿eh?, porque tiene una visión poco específica y no es capaz de identificar la población vulnerable allá donde se encuentre, porque la pregunta es ¿está más concentrada en zonas metropolitanas o en zonas rurales? ¿En qué provincias se acumula más? ¿Hay más concentración de... de riesgo y dónde? Por lo tanto, no se trata tanto, desde nuestro punto de vista, de si en los centros de salud los trabajadores de la salud están detectando o no están detectando vulnerabilidad. Lo que aquí, desde nuestro punto de vista, lo que se está buscando es que existan indicadores, un sistema de indicadores, a nivel macro y meso, para que los formuladores de políticas sanitarias tengan, ¿eh?, la posibilidad de focalizar sus inversiones en las zonas donde haya más riesgo, ¿eh?, y esto no... ahora mismo no tenemos... no tenemos esta... estos indicadores. Tenemos indicadores basados en estadísticas en una... en una población de un 12 %, y no es suficiente; ahí no sabemos dónde se concentra la vulnerabilidad; no sabemos, ¿eh?, dónde y en qué medida hay que invertir los recursos, ¿no?

Y esta propuesta me ha llegado en un momento oportuno, porque se acaban de publicar datos preocupantes para Castilla y León, ¿eh? El riesgo de pobreza en Castilla y León, según los últimos datos de las... presentados por el... *El estado de la pobreza* en España, el riesgo de pobreza, como les digo, aumenta después de 3 años de bajadas, y se sitúa en el 16,1 %, un 0,5 % más. La tasa AROPE, que es el riesgo de pobreza y exclusión, se incrementa en un 1,5 hasta el 1... hasta el 19,5, y la privación material severa en un 0,9, alcanzando el 1,9. Así se desprende de los resultados del informe que les comento, *El estado de la pobreza* en España, que ha presentado... que presentaron el otro día los responsables de la Red Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social.

Según nuestros datos del informe, unas 388.000 personas, es decir, el 16 % de nuestra población, está en riesgo de pobreza y tienen, por tanto, una unidad de consumo inferior al 60 % de la media española. Y la pobreza severa, que parece que mejora un poquito, ¿eh?, se sitúa en el 2,6 %, afectando a 62... 62.000 personas en Castilla y León.

Y quería que destacar también que en este informe el perfil de la pobreza a veces no se corresponde con el estereotipo que se tiene, ¿eh?; el riesgo de pobreza puede incluirse en personas mayores que cobran pensiones no contributivas, algo clave en Castilla y León, dado que se cuenta con una población muy envejecida. Y dicen también los que presentaron este informe, en el caso de Castilla y León no hay que perder de vista dos situaciones particulares: la primera de ellas que la Comunidad es un territorio tremendamente extenso, con un difícil y una difícil cohesión territorial; y una población descendiente que envejece y cada vez es más dependiente. Por ello, dicen los autores, hay que abogar por políticas de salud muy fuertes para atender una realidad que ya se vive. Cerrar consultorios, por lo tanto, va en la dirección contraria a lo que es recomendable.



Ya sé que me van a decir ustedes que no van a cerrar consultorios, no lo van a hacer, pero se les van a cerrar solos. Hoy mismo, en Villarcayo han colocado en la puerta del centro de salud un cartel donde dice que se cierran consultas porque solamente hay dos médicos para todo el área de la zona básica de salud en Villarcayo y centros y consultorios adyacentes.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

¿Sí, señora procuradora?

LA SEÑORA VALLEJO QUEVEDO:

Señora presidenta, entiendo que por una alusión directa del que acaba de intervenir, del procurador que acaba de intervenir, que me ha citado directamente, entiendo que tengo derecho a hacer una pequeña aclaración, y, si no, pues ya sí, le ruego que me diga por qué motivo no puedo realizar esa aclaración. Muchas gracias.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Muchas gracias, señora procuradora. Ha sido consultado con... con la letrada de... de la Mesa. Ciertamente es que hay un artículo, el Artículo 76, que dice que "cuando en el desarrollo de los debates se hiciesen alusiones que indiquen juicios de valor o inexactitudes sobre la persona o conducta de un procurador... de un procurador... -continúa el artículo, el artículo continúa, ¿vale? Si quiere, si quiere se le leo entero, si me deja, ¿vale?- de un procurador y este solicitara intervenir, el presidente, si estima que las alusiones han sido, podrá concederle el uso de la palabra por un tiempo no superior de tres minutos".

Simplemente... simplemente, y se lo digo sinceramente, porque, si no, le voy a quitar la palabra, porque esto... yo no quiero que esto... y estoy actuando yo como... como presidenta ahora mismo de esta Mesa, que la presidenta formal ya interpretará lo que tenga que interpretar, pero a mí sí que no me gustaría que esto cree precedente, y sí que les rogaría a todos los señores procuradores de esta Comisión que tengan respeto y hagan las alusiones solamente al debate que se está haciendo, no alusiones a los debates anteriores, y menos con nombres y apellidos. Con lo cual, tiene la palabra, y le digo, escueta y brevemente para decirlo.

LA SEÑORA VALLEJO QUEVEDO:

Muchas gracias, señora presidenta. Voy a ser muy muy muy escueta. Simplemente decirle, señor Puente, que yo no pertenezco al mundo sanitario, entonces desconozco por completo si en el mundo sanitario tienen por costumbre responsabilizar al paciente. Desde luego, en mi intervención, puedo asegurar -la tengo delante de mí, la tengo escrita- que en todo momento he hablado de lo importante que es prevenir algo en lo que creo que insisten todo el mundo sanitario, facultativos y cualquier persona que tenga unos mínimos conocimientos, lo importante que es prevenir y adquirir hábitos saludables. No he dicho nada más. Jamás he responsabilizado al paciente.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Muchas gracias, señora procuradora.

**LA SEÑORA VALLEJO QUEVEDO:**

Muchas gracias.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Para cerrar el debate y fijar el texto definitivo de la resolución que propone, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, la señora doña Laura Domínguez.

LA SEÑORA DOMÍNGUEZ ARROYO:

Bien. Hoy, desde Podemos, proponíamos una propuesta que decía en mi primera intervención que creíamos que hay cosas que no tienen debate, y yo creo que aquí en lo único que hemos coincidido es que, efectivamente, como decía al principio, el código postal determina la enfermedad que uno padece.

Pero lo cierto es que a veces a mí me da la sensación que el Partido Popular y Ciudadanos viven un poco fuera de la realidad, o ajenos a lo que significa la pobreza o a lo que significa la privación material severa, porque yo creo que no saben que igual en esta Comunidad hay niños que no comen tres veces al día o que se alimentan solo de arroz y que, evidentemente, eso significa problemas en su nutrición y, posteriormente, problemas en su salud. O no saben tampoco que la gente aquí vive con 400 euros al mes, mucha más gente de la que podría parecer, que perciben una Renta Garantizada de Ciudadanía, con cuatro miembros en su familia; o que no ponen la calefacción, ahora que llega el invierno, porque no tienen cómo pagarla.

Y a mí me parece que hoy las intervenciones que aquí se han escuchado viven absolutamente ajenas a esa realidad que se da en nuestra Comunidad Autónoma. Y por eso les digo que no voy a aceptar las enmiendas que presentan, porque eso supone admitir que la Consejería de Sanidad está haciendo sus deberes para que los hogares vulnerables no sufran de carencias sanitarias, y eso no es verdad, y es mentir. Así, que no las voy a aceptar, y les voy a explicar rápidamente por qué.

En primer lugar, se han nombrado aquí los servicios de prevención y promoción de la salud. Y a mí me gustaría preguntarles a los miembros del Partido Popular y de Ciudadanos si creen realmente que, con la falta de recursos que hay en Atención Primaria en esta Comunidad, pueden los médicos de Atención Primaria dedicar sus esfuerzos a prevención y promoción de la salud. Que precisamente una de las cosas que más ha sufrido con los recortes en Sanidad y con la poca financiación que hay en Atención Primaria es que los médicos ya no se pueden dedicar a la prevención y promoción de la salud, que sería determinante, efectivamente, para mejorar la situación de los hogares vulnerables, en este caso.

Y luego está el caso de la psicología, me piden que añada el texto "Valorar si la inclusión de la psicología es o no prioritaria en situaciones de vulnerabilidad". Pero ¿cómo no va a ser prioritaria?, pero ¿qué creen ustedes que hay que valorar? ¿De verdad ustedes piensan que cuando aumentó, por ejemplo, en dos mil ocho el desempleo en España en un 67 % y aumentan los suicidios en un 10 % en ese mismo período, ustedes creen que no hay ninguna correlación en esa situación? ¿Ustedes creen que la gente no se suicida por su situación socioeconómica? Pues sí, miren, la gente se suicida por su situación socioeconómica. Y ustedes no quieren prevenir eso, lo que quieren es que el que pueda se pague la psicología, y el que no pueda, ansiolítico y a su casa. Eso es lo que están hoy ustedes votando, votando aquí en contra de esta propuesta.



Y no aceptamos tampoco la enmienda porque no... o sea, no se evalúa la situación sanitaria de las personas vulnerables. ¿Puede una persona vulnerable acceder a un psicólogo en igualdad de condiciones que una que no lo es? Evidentemente no, como decía hace un momento. ¿Pueden comprar unas gafas nuevas o acceder a una endodoncia o acceder a cualquier tratamiento odontológico? No pueden, no pueden, porque no está garantizado públicamente ni la asistencia odontológica en esta Comunidad Autónoma ni la asistencia psicológica. Por lo tanto, hay una desigualdad de acceso evidente a los recursos sanitarios.

Y además hay una cuestión que se les olvida también, y la decía también en mi primera intervención, que es el factor educativo y cultural, que precisamente esos... esos hogares vulnerables tienen una... un menor acceso a la educación y a la cultura, y, como la información es poder, seguramente tienen todavía menos mecanismos para enfrentarse a un problema sanitario cuando ese problema sanitario llega a sus casas.

Y, por último, decir en cuanto a pobreza energética, que es otra de las cuestiones fundamentales de las que hablar en cuanto a hogares vulnerables y salud. Hay problemas pulmonares y problemas relacionados con la piel, fundamentalmente en niños y niñas que viven en hogares con pobreza energética. Esto también es una realidad que se da en esta Comunidad Autónoma, el problema es que creo que ustedes jamás han visto a uno de esos niños o niñas, y por eso hoy votan en contra de esta propuesta.

Votación PNL/000183

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Muchas gracias, señora Domínguez. Pues concluido el debate, procedemos a someter a votación esta proposición no de ley. ¿Votos a favor? Ocho. ¿Votos en contra? Nueve. Pues diecisiete votos emitidos. Ocho votos a favor. Nueve votos en contra. Queda rechazada esta proposición no de ley.

Y no habiendo más asuntos que... que tratar, se levanta la sesión. Gracias.

[Se levanta la sesión a las doce horas diez minutos].