



COMISIÓN DE SANIDAD

PRESIDENCIA

DOÑA MARÍA ÁNGELES GARCÍA HERRERO

Sesión celebrada el día 4 de mayo de 2023, en Valladolid

ORDEN DEL DÍA

1. Proposición no de ley, PNL/000120, presentada por el Procurador D. Francisco Igea Arisqueta, instando a la Junta de Castilla y León a la inmediata puesta a disposición de los indicadores validados a través de la plataforma de explotación de bases de datos de la Gerencia Regional de Salud (Bision) y a la actualización e inmediata puesta a disposición de profesionales y ciudadanos de las bases de datos abiertas, para que los reutilizadores puedan elaborar indicadores de resultados en salud favoreciendo la transparencia y fiabilidad de los sistemas de información, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 31, de 23 de junio de 2022.
2. Proposición no de ley, PNL/000467, presentada por los Procuradores D. Jesús Puente Alcaraz, Dña. María Inmaculada García Rioja, D. Javier Campos de la Fuente, Dña. Rosa María Rubio Martín, Dña. Noelia Frutos Rubio y D. José Francisco Martín Martínez, instando a la Junta de Castilla y León a diseñar y poner en marcha un protocolo e itinerario específico para la atención preferente a afectadas por el Essure con la participación de la Asociación de Mujeres Afectadas por el Essure (ADAE), así como a que se cumpla la obligación de comunicar todas las incidencias que provoca este dispositivo a la AEMPS (Sistema de vigilancia de productos sanitarios), publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 134, de 13 de abril de 2023.
3. Proposición no de ley, PNL/000500, presentada por el Grupo Parlamentario Popular, instando a la Junta de Castilla y León a desarrollar un modelo de medicina personalizada de precisión en nuestra Comunidad que permita la individualización y optimización de las terapias en base al desarrollo del conocimiento e incorporación de la tecnología, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, n.º 134, de 13 de abril de 2023.



SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las diez horas treinta y cinco minutos.	7815
La presidenta, Sra. García Herrero, abre la sesión.	7815
Intervención del procurador, Sr. Puente Alcaraz (Grupo Socialista) para comunicar sustituciones.	7815
Intervención del procurador, Sr. García Fernández (Grupo UPL-SORIA ¡YA!), para comunicar sustituciones.	7815
Intervención del procurador, Sr. Suárez Arca (Grupo VOX Castilla y León) para comunicar sustituciones.	7815
Intervención del procurador, Sr. Sánchez Martín (Grupo Popular) para comunicar sustituciones.	7815
La presidenta, Sra. García Herrero, comunica a la Comisión la alteración del orden del día.	7815
 Primer punto del orden del día (antes segundo). PNL/000467.	
La vicepresidenta, Sra. Hernando Ruiz, da lectura al primer punto del orden del día.	7815
Intervención del procurador Sr. Puente Alcaraz (Grupo Socialista) para presentar la proposición no de ley.	7816
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Pascual Muñoz (Grupo Mixto).	7819
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. García Fernández (Grupo UPL-SORIA ¡YA!).	7820
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Teira Lafuente (Grupo VOX Castilla y León).	7821
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. García Herrero (Grupo Popular).	7822
Intervención del procurador Sr. Puente Alcaraz (Grupo Socialista) para cerrar el debate y fijar el texto definitivo.	7824
La vicepresidenta, Sra. Hernando Ruiz, somete a votación, en los términos fijados por su proponente, la proposición no de ley número 467. Es rechazada.	7826
 Segundo punto del orden del día (antes tercero). PNL/000500.	
La vicepresidenta, Sra. Hernando Ruiz, da lectura al segundo punto del orden del día.	7826
Intervención del procurador Sr. Sánchez Martín (Grupo Popular) para presentar la proposición no de ley.	7826
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Pascual Muñoz (Grupo Mixto).	7829



	<u>Páginas</u>
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. García Fernández (Grupo UPL-SORIA ¡YA!).	7832
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Suárez Arca (Grupo VOX Castilla y León).	7834
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. García Rioja (Grupo Socialista).	7835
Intervención del procurador Sr. Sánchez Martín (Grupo Popular) para cerrar el debate y fijar el texto definitivo.	7837
La presidenta, Sra. García Herrero, entiende aprobada por asentimiento, en los términos fijados por su proponente, la proposición no de ley número 500.	7839
Tercer punto del orden del día (antes primero). PNL/000120.	
La vicepresidenta, Sra. Hernando Ruiz, da lectura al tercer punto del orden del día.	7839
Intervención del procurador Sr. Igea Arisqueta (Grupo Mixto), para presentar la proposición no de ley.	7839
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. García Fernández (Grupo UPL-SORIA ¡YA!).	7842
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. Hernando Ruiz (Grupo VOX Castilla y León).	7844
En turno de fijación de posiciones, interviene el procurador Sr. Puente Alcaraz (Grupo Socialista).	7845
En turno de fijación de posiciones, interviene la procuradora Sra. Vallejo Quevedo (Grupo Popular).	7847
Intervención del procurador Sr. Igea Arisqueta (Grupo Mixto) para cerrar el debate y fijar el texto definitivo.	7850
Intervenciones de la presidenta, Sra. García Herrero, y del procurador Sr. Igea Arisqueta (Grupo Mixto).	7851
El procurador, Sr. Igea Arisqueta (Grupo Mixto), continúa con su intervención.	7852
Intervención de la procuradora Sra. Vallejo Quevedo (Grupo Popular) para pronunciarse sobre el texto final propuesto.	7854
La presidenta, Sra. García Herrero, somete a votación separada, en los términos fijados por su proponente, los distintos puntos de la proposición no de ley número 120. Son rechazados.	7854
La presidenta, Sra. García Herrero, levanta la sesión.	7855
Se levanta la sesión a las doce horas cuarenta y cinco minutos.	7855



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

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Hola. Buenos días, señorías. Se abre la sesión. ¿Algún grupo parlamentario tiene que comunicar sustitución? ¿Grupo Socialista?

EL SEÑOR PUENTE ALCARAZ:

Buenos días. Gracias, señora presidenta. José Ignacio Martín Benito sustituye a Rosa Rubio Martín y doña Alicia Palomo Sebastián sustituye a Noelia Frutos.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Gracias. ¿Grupo UPL-Soria ¡Ya!? (El micro, Jesús, el micro).

EL SEÑOR GARCÍA FERNÁNDEZ:

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

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Vale, muchas gracias. Grupo Mixto veo que no. ¿Grupo Parlamentario Vox?

EL SEÑOR SUÁREZ ARCA:

Gracias, señora presidente. Sí, don Javier Teira Lafuente sustituye a Susana Suárez.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Gracias. ¿Grupo Popular?

EL SEÑOR SÁNCHEZ MARTÍN:

Sí, presidenta. Don David Beltrán Martín sustituye a Emilio Berzosa Peña y doña Carmen Sánchez Bellota sustituye a Raúl Hernández López.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Vale, muchas gracias. Como todos ustedes saben, se va a alterar el orden del día de esta Comisión, siendo la primera PNL que se va a debatir la que venía en segundo lugar; la segunda proposición de ley que se va a debatir es la que tercer... venía en tercer lugar; y, por último, la tercera PNL que se va a debatir es la que venía en el orden del día en primer lugar. Así que por la vicepresidenta se dará lectura al segundo punto del orden del día, primero en debatir en el día de hoy.

PNL/000467

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA HERNANDO RUIZ):

Buenos días. Muchas gracias. **Proposición no de ley, PNL 467, presentada por los Procuradores don Jesús Puente Alcaraz, doña María Inmaculada**



García Rioja, don Javier Campos de la Fuente, doña Rosa María Rubio Martín, doña Noelia Frutos Rubio y don José Francisco Martín Martínez, instando a la Junta de Castilla y León a diseñar y poner en marcha un protocolo e itinerario específico para la atención preferente a afectadas por el Essure, con la participación de la Asociación de Mujeres Afectadas por el Essure (ADAE), así como a que se cumpla la obligación de comunicar todas las incidencias que provoca este dispositivo de la... de la AEMPS (Sistema de vigilancia de productos sanitarios), publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 134, de trece de abril de dos mil veintitrés.

Para la presentación de la proposición no de ley, tiene la palabra, en representación de los señores procuradores proponentes, don Jesús Puente, por un tiempo máximo de diez minutos.

EL SEÑOR PUENTE ALCARAZ:

Gracias, señora vicepresidenta. Señorías, traemos de nuevo este tema al Parlamento porque no se ha tomado ninguna determinación para atender las demandas de las mujeres afectadas por el Essure. Se trata de un caso indiscutible de iatrogenia infringido a las mujeres de este país y de esta Comunidad por una práctica médico-farmacológica como consecuencia de implantar el anticonceptivo Essure, comercializado hasta dos mil diecisiete por la multinacional farmacéutica Bayer.

En dos mil dieciocho, en este Parlamento, una pregunta escrita con 17 peticiones de información, presentada por un procurador socialista, fue respondido por el entonces consejero con un escueto comunicado donde se reconocía la implantación del anticonceptivo Essure en 2.300 castellanas y leonesas, y que después de detectado los graves problemas causados por su implante, se habían tenido que retirar estos implantes en 21 mujeres. Poco más. Una pregunta oral en el dos mil diecinueve y ya no hemos hecho más. Y es el momento de hacerlo.

La Asociación de Afectadas por el Essure de Castilla y León, que nos escuchan y ven en este momento, saben que el número de afectadas es realmente de más de 600 mujeres, no 21. Nos queda un arduo camino que recorrer para atender todas sus demandas. En nombre de ellas hablo, y todos los procuradores y procuradoras aquí presentes estamos siendo interpelados para responder con propuestas políticas eficaces al daño causado por una práctica médica que finalmente no resultó tan segura como se anunciaba.

Pero antes, déjenme contextualizarles el problema. Tenemos que conocer el daño cometido y las consecuencias de estos implantes. ¿Qué es el Essure? Essure es un implante anticonceptivo permanente, no hormonal, comercializado por la casa Bayer entre el año dos mil tres y el dos mil diecisiete en España. Consiste en un pequeño muelle, una bobina externa de Nitinol, con una aleación de níquel y titanio, y una bobina interna de acero inoxidable envuelta en fibras de tereftalato de polietileno, unas bandas marcadoras de platino y una soldadura de plata y estaño. Verán después la importancia de la enumeración de estos materiales.

Se trata de un dispositivo de unos cuatro centímetros de longitud y aproximadamente un milímetro de... de grosor. Mediante un histeroscopio era introducido por vía vaginal hasta las trompas de Falopio, debiendo parte de estos anillos quedar alojados también en el cuerno uterino. Esta intervención se realizaba sin sedación, como mucho con un tranquilizante oral.



Tras tres meses en los que la efectividad de los implantes no era fiable y se debía utilizar otro método anticonceptivo, se citaba a la portadora para comprobar la correcta ubicación de los implantes y la consecuente oclusión de las trompas, al producirse una fibrosis debido a una inflamación crónica; inflamación que ya nunca cesará.

Este procedimiento debía considerarse irreversible, estable e inocuo para la salud de la mujer receptora. Pero eso solo fue una quimera, un cuento dentro del prospecto del producto.

El siete de agosto de dos mil diecisiete, la Agencia Española del Medicamento se da por enterada de que Bayer Hispania, S. L., ha perdido la garantía de seguridad del producto y que el Essure se suspende cautelarmente. La Agencia pide más informes, informes que nunca llegan. No se detalló en ningún momento qué provocó la retirada del producto como seguro.

Bayer, finalmente, decide de manera unilateral retirar el Essure de Europa, y en Estados Unidos un año más tarde, sin indicar ningún motivo. No se presentaron tampoco informes en esta ocasión. Cierre total a la información. Esta estrategia de Bayer era clara: evitar argumentos científicos que pudieran servir de apoyo legal a las afectadas para poder recibir reconocimiento del daño causado. La Agencia del Medicamento, el Ministerio de Sanidad, el propio Sacyl, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, de esta manera tan vil, se quedaban sin poder denunciar los hechos y, lo más importante, sin poder ser denunciados, en principio y de manera generalizada, por mantener en circulación un producto peligroso.

Con esta argucia no hay evidencia posible sobre la que armar un alegato jurídico. Una montaña se pone delante de las afectadas para que no pudieran iniciar la senda de la reparación. La carga de la prueba cae de esta manera inmisericorde sobre las afectadas, que tendrán que ser ellas las que demuestren a la ciencia y a las Administraciones el daño que se les hizo. Esto pervierte de manera deleznable la relación ciudadano-Estado y la del paciente-sistema sanitario.

Para miles de mujeres portadoras de este implante comenzaba la terrible experiencia de sufrir los efectos secundarios a corto, medio y largo plazo, sin ser atendidas, entendidas ni reconocidas.

Cuando empezaron los problemas, estas mujeres se vieron inmersas en un peregrinaje interminable por los diferentes servicios de salud, con la esperanza de ser tratadas de los graves síntomas que empezaban a sufrir. Porque la mayoría de afectadas sufre intensos dolores en la zona pélvica y abdominal. También hay cientos de casos de alergia al níquel, uno de los componentes del dispositivo que les mencionaba antes. Se produjeron perforaciones de trompas. Se han dado casos de migraciones de dispositivos a cavidad abdominal. También se han documentado embarazos no deseados por un mal funcionamiento del implante.

Las fibras de polietileno con el que se... con el que está dotado este dispositivo son disruptores endocrinos que pueden causar problemas hormonales muy serios. Los disruptores endocrinos son sustancias químicas que pueden interferir también con el sistema inmunológico. Cualquier sistema hormonal en el cuerpo puede ser desbaratado por estos disruptores. Esto provoca efectos secundarios hormonales como aumento de peso, irregularidades menstruales y migrañas.



Las afectadas también afirman que no pueden llevar una vida normalizada, porque si hay una palabra que resuma los efectos secundarios esa es el dolor. Y para que se hagan una idea, estos son los dolores más comunes: dolor muscular, dolor pélvico, inflamación abdominal, a las que se unen cansancio y fatiga; dolor en articulaciones, menorragias, dolor de cabeza, a las que se suman ansiedad, problemas digestivos, contracciones uterinas; dolor de ovarios, erupciones cutáneas, intolerancias alimentarias, parestesias, alopecia, insomnio, dificultades en funciones cognitivas como concentración, memoria, lenguaje.

“¡Ah!, pero señora, eso son síntomas... síntomas compatibles con otras enfermedades. Tiene usted que demostrarnos a la comunidad científica-farmacológica que esto lo provoca su implante Essure”. Esto es lo que estas mujeres estaban acostumbradas a recibir como respuesta cuando planteaban su problema en las consultas de Atención Primaria o en la de Ginecología.

Quiero que vean el desamparo y la sensación de impotencia de estas mujeres. Seiscientas mujeres castellanas y leonesas tienen que pelear desde hace años frente al monstruo que les provocó estos males que comentamos.

Soluciones. Es cierto que hay una guía de atención a portadoras de Essure (la *Guía de actuación ante una paciente portadora del dispositivo Essure*), adoptada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que debería garantizar un trato especializado a las afectadas, pero que mucho dista de esta realidad, pues trata esta guía fundamentalmente de aspectos quirúrgicos del dispositivo y habla poco o nada de la clínica, y tampoco establece criterios homogéneos de intervenciones quirúrgicas.

Es por ello que desde la Asociación en Defensa de las Afectadas por Essure (ADAE) reivindican desde hace años un protocolo de atención integral en nuestra Comunidad. Piden, entre otras cosas, también una derivación con carácter preferente a la Unidad de Ginecología que esté especializada en los implantes intratubáricos; piden estudios pormenorizados sobre la ubicación y estado de dichos implantes, sirviéndose para ello de radiografías, ecografías o TAC (a ser posible, sin contraste); que se dé la atención suficiente a síntomas como la hipersensibilidad, alergia o la intolerancia ante un implante que se compone de metales altamente alérgenos que, junto a las fibras PET, despiertan una respuesta autoinmune. No es tolerable que se conozcan si... ni se esté valorando las consecuencias que acarrea ser –o haber sido– portadora durante años de este peligroso implante.

Los sistemas de extracción del implante deben de ser consensuados y seguir las indicaciones del propio fabricante, que dice que la extracción de los implantes debe hacerse en bloque, no pueden ser manipulados, cortados o estirados. Sin embargo, el criterio clínico-quirúrgico, como ya les decía, no es homogéneo en todas las Unidades, por lo que se aboga por la creación de centros de referencia.

Hay que asegurar el cumplimiento también del Real Decreto 1591/2009, de dieciséis de octubre, que en el Artículo 32 especifica la obligatoriedad de informar a las... de las incidencias ocurridas con los implantes y siguen estos... estas comunicaciones sin realizarse todavía como debería de ser.

Por eso, en la propuesta de resolución que les traemos aquí consta de dos puntos. Primero, el diseñar y poner en marcha un protocolo e itinerario específico para la atención preferente de afectadas por el Essure, con la participación de la Asociación



de Mujeres Afectadas por el Essure (ADAE). Y en segundo lugar, se solicita a que se cumpla con la obligación de comunicar todas las incidencias que provoca este dispositivo a la AEMPS (Sistema de vigilancia de productos sanitarios).

Queremos entender que todas las... los procuradores y procuradoras que aquí estamos tenemos que ser sensibles a estas demandas y lo que se pide es algo muy sencillo: un reconocimiento y atención a estas mujeres que han sido desatendidas por el sistema sanitario y que necesitan un apoyo sin duda alguna. Muchas gracias.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA HERNANDO RUIZ):

Muchas gracias, señor Puente. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Mixto, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor procurador don Pascual –perdón–.

EL SEÑOR PASCUAL MUÑOZ:

[Risas]. Muchas gracias. *[Murmullos]*. (Da igual). Buenos días, señorías. Pues efectivamente, el Essure, como bien ha comentado el compañero, es un método anti-conceptivo permanente e irreversible, que empezó a utilizarse en Europa en el año dos mil tres y en la primera década de los años dos mil se empezaron a detectar los primeros fallos y las primeras complicaciones en las mujeres.

En el año dos mil diecisiete, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios requirió a la farmacéutica Bayer para que dejase de comercializar el producto, puesto que se estaban viendo ya algunas complicaciones.

Se calcula más o menos que en España puede haber unas 1.500 mujeres afectadas, pero esa cifra podría ser todavía mayor porque muchas de ellas pueden estar teniendo síntomas, como bien ha referido también el proponente, que son muy inespecíficos y no lo asocian con el dispositivo.

También, y son cifras aproximadas, se calcula que hay unas 80.000 mujeres con el dispositivo y cerca de 2.300 en nuestra Comunidad. Pero ya les digo que todo esto es aproximado porque no hay un registro real de mujeres que portan el Essure ni de cuántas afectadas hay. Bayer reconoce que hay más de 750.000 mujeres que utilizan el dispositivo en todo el mundo. En este sentido, pues estamos totalmente de acuerdo con el punto dos de su propuesta. Es fundamental saber cuántos afectados hay para ver las dimensiones de la problemática y poder actuar de manera acorde a este problema.

Desde el año dos mil dieciocho hay una guía de actuación para los profesionales, que debe estar en todos los centros de salud y hospitales, pero las afectadas pues denuncian y siguen reivindicando que se les facilite la retirada del dispositivo, ofreciendo las máximas garantías de seguridad, y también un seguimiento adecuado tras la extracción mediante revisiones periódicas. Todo ello que viene especificado en esa guía, pero es verdad que las demandas de las afectadas siguen siendo precisamente esas recomendaciones que el documento recoge, que no se están cumpliendo.

Por ello, señorías, también estamos de acuerdo con el punto primero de su propuesta, porque creo que sí que es necesario que se ponga en marcha un protocolo en Castilla y León para facilitar y promover la extracción del dispositivo y que en cada



hospital de la Comunidad se desarrollen circuitos adecuados para que las mujeres puedan ser atendidas con carácter preferente. Sin más, votaremos a favor de su proposición no de ley. Muchas gracias.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA HERNANDO RUIZ):

Muchas gracias, Pedro José... Pascual. Perdón por el bloqueo anterior. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario UPL-Soria ¡Ya!, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor García.

EL SEÑOR GARCÍA FERNÁNDEZ:

Muchas gracias, señora presidenta. Buenos días a todos los presentes. Bueno, creo que nos vamos a repetir un poco todos, ¿no?, porque vamos a hablar de la situación en la cual se encuentran pues 600 mujeres en Castilla y León –que no quita que sean muchas más– en las cuales, bueno, pues han decidido utilizar este anticonceptivo. Y, bueno, su presentación fue en el dos mil dos, como alternativa a la ligadura de trompas, y consiste en un muelle de nítol, una mezcla de níquel y titanio, que se coloca en el interior de las trompas de Falopio, provocando el cierre de las mismas y evitando así la concepción.

Parecía el... el anticonceptivo perfecto, en contraposición a la clásica ligadura de las trompas de Falopio, que quería... que requería de una cirugía. El Essure es una especie de muelle, como ya se ha mencionado... se ha mencionado –perdón–, que se colocaba en apenas 15 minutos sin necesidad de anestesia y se bloqueaba permanentemente... y bloqueaba permanentemente los órganos femeninos.

Pero algunas mujeres al cabo del tiempo comenzaron a sufrir efectos secundarios como mareos, sangrados y hasta dolor pélvico; este último ocasionado por la mala colocación de los muelles en las trompas. Se observaron otros síntomas como el picor o urticaria relacionados con la alergia al níquel.

Como ya he dicho, al menos 600 mujeres en Castilla y León (aunque podrían ser muchísimas más) sufren los efectos secundarios de este contraceptivo. Bayer lo retiró del mercado en dos mil dieciocho –demasiado tarde– y es por eso que ahora estas mujeres reclaman la creación de un protocolo médico y la reparación de los daños causados.

Muchas de ellas sufren mareos, dolor pélvico o lumbar, hasta la pérdida del cabello o el sangrado continuo, dermatitis, aumento de peso, depresión e incluso en algunos casos perforación de órganos. Aunque después se los hayan retirado de su cuerpo, el daño ya estaba hecho, porque siguen sufriendo fibromialgia, fatiga crónica, alergias y un sinfín de efectos secundarios. Y eso, a pesar de que ya están libres de Essure. Se lo retiraron, pero aun así algunas de ellas les han quedado restos y han tenido que intervenirles quirúrgicamente una segunda vez para quitarle las trompas y el útero. Esas son algunas de las secuelas que le han cambiado su vida por completo y los síntomas continúan porque se quedan para siempre. Son mujeres que lo único que buscan es que se reconozca su daño físico y psicológico, porque incluso muchas de ellas han terminado mutiladas.

Hay mujeres que, a título individual, están batallando en los Juzgados. Se reclama esencialmente que Bayer reconozca el daño generado y la creación de un protocolo médico para tratarlas. Hasta ahora solo hay una guía médica. Ese protocolo



pasa por la realización del diagnóstico, es decir, la identificación de estos síntomas como secuencia... como consecuencia del dispositivo y la retirada del dispositivo como tratamiento.

Esas mujeres quieren que esa guía pase a ser de obliga... de obligo... –perdón– de obligatorio cumplimiento. Muchas veces son ellas las que tienen que sacarle al médico la guía de actuación. Incluso denuncian que hay sanitarios que no creen en su testimonio, llegando a utilizar la denominación “las locas del muelle”. Aun así, parece ser que están notando un cambio en la atención; lenta, pero... pero lo están notando.

Aunque aún son pocas, empieza a haber consultas médicas dirigidas al Essure, en las que se trabaja, por ejemplo, el fortalecimiento del suelo pélvico y se da atención psicológica. Existe una guía, obsoleta –como ya he dicho–, no obligatoria, y que cada médico interpreta libremente. Muchos médicos de Atención Primaria no saben lo que es el Essure y no asocian los síntomas al método anticonceptivo.

Desde ADAE, la Asociación en Defensa de las Afectadas por Essure, reclaman un protocolo integral para que desde la Atención Primaria se conozca el Essure, los problemas que da y se dirija a los pacientes al hospital. Sacyl debe garantizar un mejor diagnóstico a las afectadas, intervenciones para la explantación del anticonceptivo menos traumáticas y más exitosas, junto al tratamiento y seguimiento de las secuelas. Y por esto, la Unión del Pueblo Leonés votará a favor de esta PNL en los dos puntos que se señalan. Muchas gracias.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA HERNANDO RUIZ):

Muchas gracias, señor García. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Vox Castilla y León, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor Teira.

EL SEÑOR TEIRA LAFUENTE:

Muchas gracias, señora presidente. Buenos días. Bueno, en primer lugar, yo quiero manifestar aquí, en nombre del Grupo Vox, la confianza y la seguridad en que el personal médico que desempeña su labor en el Servicio de Sanidad de la Junta de Castilla y León lo hace de manera ajustada a la ley, por supuesto, al código deontológico y con la máxima entrega a la salud y al servicio de... de todos los pacientes. Independientemente de que, como en todas las profesiones, pueda haber situaciones críticas o más difíciles. Pero toda nuestra confianza y todo nuestro apoyo para... para el personal sanitario.

A continuación, no voy a repetir toda la... ni la definición ni las características del dispositivo Essure, a propósito del cual se formula la proposición no de ley que debatimos, y voy a ir directamente al... al hecho, al incidente de... de que, primero, por diversas razones, fue un medo... un método de anticoncepción que no... no terminó de consolidarse por distintas razones: porque generaba molestias y problemas y porque no era absolutamente efectivo; necesitaba la incorporación temporal de otros anticonceptivos.

A continuación, de que en mil... en dos mil diecisiete Bayer comunicó su decisión de cesar, por todas estas cuestiones, de forma voluntaria y por motivos de distinto tipo, la distri... con... la distribución y la venta del implante en todos los países



excepto en Estados Unidos, en donde se cesó de utilizar a partir de dos mil diecinueve. Que empezaron a surgir, como ya se ha dicho, reclamaciones y demandas de las usuarias de todos los países, que se llevaron a cabo diversos estudios acerca de la eficacia y la seguridad. Y que, con la evidencia actualmente disponible, se considera que el método tiene una eficacia y una seguridad similar a la técnica quirúrgica convencional.

A continuación, en octubre de dos mil dieciocho, hay que decir que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia elaboró la *Guía* –que se ha mencionado ya también– *de actuación ante una paciente portadora de Essure*, con información y recomendaciones para la atención a estas pacientes con las máximas garantías. Esta guía está destinada a su utilización por los profesionales y centros sanitarios españoles en la atención de los pacientes... de las pacientes portadoras de Essure, en la explantación del dispositivo y en el seguimiento de las pacientes explantadas.

Los objetivos de la guía son proporcionar la información y atención adecuada a toda mujer que refiera efectos adversos y ofrecer a todas las pacientes que tienen implantado el dispositivo las máximas garantías de seguridad en el procedimiento de retirada. Por tanto, el protocolo que se solicita en esta iniciativa puede decirse que ya existe desde octubre de dos mil dieciocho y está disponible en la web de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.

Y, en tercer lugar, por último, en cuanto a lo solicitado, referente a la comunicación de las incidencias que provoca este dispositivo, cabe señalar que es algo que se viene realizando por parte de la Consejería de Sanidad a través de la Dirección General de Salud Pública, de la siguiente forma: hasta dos mil diecinueve, las notificaciones de incidencias con el producto se recibieron en esta Dirección General mediante un formulario en papel, enviándose a la Agencia Española del Medicamento por correo electrónico, según el procedimiento establecido; y, desde dos mil diecinueve, a partir de dos mil diecinueve, dicha notificación de incidentes con productos sanitarios –y por tanto también Essure– se realiza a través del portal NotificaPS (portal donde también se puede consultar información por parte de pacientes, familiares, cuidadores y profesionales). Desde dos mil diecisiete, en Castilla y León se han tramitado un total de 28 notificaciones: 18 realizadas por pacientes y el resto por parte de profesionales sanitarios.

En conclusión, señorías, por todo lo expuesto, nuestro voto será en contra de la PNL presentada. Muchas gracias.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA HERNANDO RUIZ):

Muchas gracias, señor Teira. En un turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Popular, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra la señora García.

LA SEÑORA GARCÍA HERRERO:

Gracias, vicepresidenta. Bueno, pues quiero comenzar diciendo que, aunque creo que... que mi predecesor en la palabra lo ha comentado, que desde dos mil dieciocho se están aplicando los protocolos, se está aplicando la *Guía de actuación a pacientes portadores de Essure* –creo que es algo que usted... usted conoce bien, señor Puente–, y, como bien ha recalado, ya hizo una pregunta oral que fue... que fue contestada.



¿Qué guía de actuación? Pues la guía elaborada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, a requerimiento de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, con el fin de prestar una atención, siempre con las máximas garantías, a las mujeres portadoras de... de dispositivos Essure. Y la elaboración de esta guía contó con la colaboración de la asociación de mujeres afectadas por estos dispositivos.

Este dispositivo –lo hemos comentado creo que todos– fue autorizado en dos mil uno y se dejó de comercializar en España en agosto del diecisiete, cuando la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios requirió a la empresa Bayer el cese de la comercialización y la retirada del mercado a raíz de la suspensión del Certificado de la Comunidad Europea. Después, empezaron a surgir reclamaciones y demandas de usuarias en todos los países y se empezaron a realizar varios estudios sobre la eficacia y la seguridad de estos dispositivos. Estos estudios evidencian, con los datos actuales, que el método tiene una eficiencia y una... una eficiencia y una seguridad similar a la técnica quirúrgica convencional.

En nuestro país, como hemos dicho, se elaboró la guía que he comentado antes con información y recomendaciones para la atención a estas pacientes con las máximas garantías. Esta guía [*la oradora muestra un documento*] –creo que todos podemos acceder a ella– tiene unos objetivos que se han dicho aquí y yo no voy a... yo no voy a repetir. Y, como no puede ser de otra manera, está destinada a su utilización por los profesionales y centros sanitarios españoles, y donde se detalla las consultas, las exploraciones que deben seguir las pacientes, las técnicas posibles para la extracción del implante, así como posibles complicaciones y su abordaje.

Aunque, repito, los estudios disponibles no cuestionan la relación beneficio-riesgo del implante del que estamos hablando, por lo que no existen motivos, a día de hoy, para recomendar la extracción de este dispositivo ni modificar las pautas de seguimiento de las personas portadoras. Las pacientes que experimentan alguna sintomatología pues deben de consultar con... con el médico.

Y esta guía, que contó con la colaboración de la asociación de mujeres afectadas, con el fin de prestar una atención con las mayores garantías en todo el territorio nacional, independientemente de la Comunidad Autónoma en la que... en la que se encuentre. Con lo cual, señor Puente, el protocolo poco a poco le voy diciendo que existe; y existe a nivel nacional.

Señalar también que de esta guía tienen conocimiento todos los responsables de vigilancia de productos sanitarios de todos los centros públicos y privados para su difusión entre todos los profesionales sanitarios. Además, en febrero de dos mil veinte, la Consejería tuvo una reunión con la Plataforma Libre de Essure, donde por parte de la plataforma se trasladó a esta Consejería una serie de quejas sobre la atención que se les daba en los Servicios de Ginecología. Por este motivo, desde entonces... o, mejor dicho, desde la entonces la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria se solicitó a los hospitales de Sacyl un informe de... sobre el grado de conocimiento de la guía por los profesionales de ginecología y la adecuación de la atención a las recomendaciones de la guía.

Todos los centros confirmaron tener conocimiento de la guía en cuestión y de cómo aplicar adecuadamente la misma, y también se realizaron en los hospitales sesiones clínicas sobre... sobre el tema. Por lo que la Guía de la Sociedad Española



de Ginecología y Obstetricia (la SEGO) entendemos que es un protocolo que es claro, y desde la Atención Primaria a la Hospitalaria tienen conocimiento de todo el proceso asistencial y cuentan con el aval de la principal sociedad científica de España, y así como con la colaboración y para su elaboración de la asociación de mujeres afectadas. Por lo que, como ve, el protocolo existe y no vemos la necesidad de abordar un protocolo específico para nuestra Comunidad, puesto que existe a nivel nacional.

Y respecto a la obligación de comunicar todas las incidencias que provoca el dispositivo al Sistema de vigilancia de productos sanitarios, decirle que se viene realizando puntualmente. Se ha comentado también: hasta dos mil diecinueve enviándose a la Agencia Española de Medicamentos, Productos... y Productos Sanitarios por correo electrónico, siguiendo el procedimiento establecido; y desde dos mil diecinueve, la notificación de incidentes con productos sanitarios se realiza a través de... de un portal.

Como ha podido comprobar –o por lo menos con la explicación que yo le he querido dar– no existen dificultades ni para retirar el dispositivo en los casos que así se requiera, todos los profesionales sanitarios tienen conocimiento y cómo aplicar la guía en cuestión. El protocolo es un protocolo que existe a nivel nacional y que está elaborado con la colaboración de la Asociación de Mujeres Afectadas por el Essure. Con lo cual, entendemos que no podemos aceptar su proposición no de... no de ley que estamos debatiendo. Con lo cual, reconocimiento a las pacientes, se les está reconociendo; la atención existe y el conocimiento por los profesionales también. Nada más. Y muchas gracias.

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA HERNANDO RUIZ):

Muchas gracias, señora García. Para cerrar el debate y fijar el texto definitivo de la resolución que propone, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, el señor Puente.

EL SEÑOR PUENTE ALCARAZ:

Gracias, señora vicepresidenta. Lamento mucho esta falta de sensibilidad a este grupo de mujeres que nos han pedido que las ayudemos en sus demandas totalmente legítimas y justificadas. Lamento muchísimo esa falta de sensibilidad. Y les voy a explicar por qué no es cierto que con lo que tenemos en nuestro poder sea suficiente para atender estas demandas.

Pero quiero comenzar, por supuesto, por agradecer al señor Pascual, de Por Ávila; y coincido con él en lo que ha señalado, que son las cifras: no hay manera de planificar una atención sanitaria si no tenemos un registro cierto de a qué nos enfrentamos. Y este problema lo tenemos y está ahora sobre la mesa. No sabe Castilla y León exactamente cuántas mujeres afectadas hay; en los niveles que sean. Habrá mujeres que necesitan retirar ya, urgentemente, el dispositivo; o la gran mayoría de ellas ya han podido realizarlo, porque esto, con el tiempo, lógicamente, después de cinco años de la suspensión de la... de la instalación de los Essure, lógicamente eso va a decaer. Pero es que la preocupación no va por ahí, va por otros sitios, va por la sintomatología que les queda todavía de manera crónica.



A UPL-Soria también. Señor García, muchas gracias por la coincidencia prácticamente en el diagnóstico y en... y en la necesidad de ser sensibles a esta realidad.

Al señor Teira, de Vox, no sé qué ha querido decir cuando... que ellos respaldan y tienen confianza y seguridad en el sector médico. Nosotros también, por supuesto, faltaría más. Hay muchos que estamos aquí que lo hacemos constantemente. Nadie se pone en duda, pero también debería de saber que la iatrogenia existe y los errores médicos existen. Y el problema no es negarlo, ni se debe a la competencia de los profesionales; eso ocurre porque los sistemas sanitarios son sistemas complejos y los errores... el error cero no existe. Y esto es un error garrafal que hay que combatir y hay que reparar.

Y el método no es que no llegara a consolidarse, es que causaba daños, daños reales. Hay una responsabilidad directa de Bayer: eso nadie lo pone en duda. Pero hay también una responsabilidad de reparación de los sistemas sanitarios. Y aquí... los que estamos aquí sentados tenemos que garantizar esa posibilidad de reparación; si no, algo estamos haciendo mal.

La guía es totalmente insuficiente: no garantiza la unidad de criterio médico, no garantiza la unidad de técnicas quirúrgicas. La que se hizo por parte del Gobierno central fue un marco. Galicia tiene su propia guía. No sé por qué Castilla León siempre tiene que desmarcarse cuando no se le es obligado y se centra solamente en lo mínimo, ¿no?

Hablan ustedes que allí hay notificaciones, pero por el mismo número que han dicho son bajísimas. Es imposible que habiendo 600 mujeres afectadas solamente haya habido 21 en Salamanca -notificaciones-, o las 28 que ha dicho usted que se han hecho las propias... las propias usuarias. Aquí está fallando algo, no está funcionando el sistema de notificación.

La guía tampoco es válida porque necesitaría integrar a otros profesionales. La guía se centra únicamente en las posibles técnicas de extracción: si es por laparoscopia, si es por una salpingitis, si no... si es por otro tipo de tecnología... técnica quirúrgica.

Pero es que es imprescindible que se pueda dar cabida también a las Unidades del Dolor, que es uno de los problemas más graves y secuelas que quedan por el uso de este tipo de... de dispositivos.

Las matronas tienen... deberían de tener un papel importantísimo a la hora de valorar, en Atención Primaria, estos síntomas que pudieran ser vehiculizados rápidamente al circuito específico de atención.

Hacen falta que los endocrinos también estén sensibilizados con el asunto cuando encuentran una alteración en el metabolismo. Habría que esperar y preguntarlo primero si se tiene o se ha tenido un dispositivo de estas características. El sistema inmunológico se ve afectado. Necesitamos también, por lo tanto, que haya una... una... una participación de este tipo de cuestiones.

Señora García, mucho de lo que le he dicho al señor de Vox ya le respondo, pero usted habla de que ya preguntamos oralmente y que con eso era más que suficiente. Y yo recuerdo la respuesta de la que fuera la consejera en este momento: le echó la culpa a Bayer y poco más, y se lavó las manos.



Dice usted que han contado con las mujeres afectadas, pero poco debieron de ser atendidas sus peticiones cuando nos piden de nuevo que lo presentemos. Yo les recomiendo que hablen con ellas de nuevo. Creo que no están muy contentas precisamente por la atención recibida.

Instamos, creo yo –para terminar, que creo que han puesto más minutos de la cuenta–, que estamos ante... ante un problema que tiene un perfil muy importante de género. Es muy similar al problema destacado con la endometriosis, ¿vale? La endometriosis afecta al 10 %. Se ha pensado siempre que la endometriosis era una... una... un invento de las mujeres. Estamos en este tipo de patologías que afectan únicamente a las mujeres y, porque afectan únicamente a las mujeres, no se toman en cuenta. Hay una falta total de toma en cuenta del volumen de problema que se genera con este: porque no se trata solamente de retirar el dispositivo, sino de atender toda la sintomatología y la problemática.

Imagínense solamente por un momento que esto afectara solamente a hombres: Bayer seguro que estaba sentado frente al Consejo Internacional de Derechos Humanos y ya estaría pagando indemnizaciones, pero como afecta a mujeres... bueno, es lo normal. Muchas gracias. Lamento... lamento el error de su votación.

Votación PNL/000467

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA HERNANDO RUIZ):

Muchas gracias, señor Puente. Concluido el debate, procedemos a someter a votación la proposición no de ley. ¿Votos a favor? Ocho. ¿Votos en contra? Diez. Votos emitidos: dieciocho. Votos a favor: ocho. Votos en contra: diez. Abstenciones: cero. En consecuencia, queda rechazada la proposición no de ley.

PNL/000500

Tercer punto del orden del día, que es el segundo punto del orden del día: **Proposición no de ley, PNL 500, presentada por el Grupo Parlamentario Popular, instando a la Junta de Castilla y León a desarrollar un modelo de medicina personalizada de precisión en nuestra Comunidad que permita la individualización y óptima... optimización de las terapias en base al desarrollo del conocimiento e incorporación de la tecnología, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 134, de trece de abril de dos mil veintitrés.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

(Disculpen por el cambio). *[Risas]*. Para la presentación de la proposición no de ley, tiene la palabra, en representación del grupo parlamentario proponente, por un tiempo máximo de diez minutos, el señor... no, la señora García Rojo. *[Murmurillos]*. ¡Perdón, que me he ido! Esto de subir, bajar... Perdón, el señor Sánchez. Lo siento, disculpe.

EL SEÑOR SÁNCHEZ MARTÍN:

Gracias, presidenta. Buenos días, señorías. Pues presentamos una iniciativa donde planteamos la siguiente propuesta de resolución. Instamos a la Junta de



Castilla y León a desarrollar un modelo de medicina personalizada de precisión en nuestra Comunidad, que permita la individualización y optimización de las terapias en base al desarrollo del conocimiento e incorporación de la tecnología.

Como todos saben ustedes, en la actualidad el término “medicina de precisión” es ampliamente utilizado en el sistema sanitario, aunque algunos profesionales e investigadores la utilizan indistintamente como “medicina personalizada”. Actualmente se prefiere utilizar “medicina de precisión” para describir el uso de datos genómicos que permiten adaptar tratamientos a grupos específicos de pacientes.

La medicina de precisión es el concepto de adaptar el tratamiento y la prevención de enfermedades, considerando las diferencias entre factores genéticos, ambientales y también influye el estilo de vida. El riesgo de padecer una enfermedad y probabilidad de dar respuesta a tratamientos médicos están condicionados por nuestros genes y el ambiente en el que estamos expuestos como resultado de nuestro entorno y, repito, de nuestro estilo de vida.

Las patologías con mayor grado de implantación de medicina personalizada de precisión son las enfermedades raras y las enfermedades oncológicas, pero también otras patologías relevantes de la medicina personalizada de precisión son la diabetes, de las enfermedades autoinmunes e infecciosas, enfermedades cardiovasculares, las renales, las neurológicas e incluso también las psiquiátricas.

Castilla y León es una Comunidad innovadora que mantiene como uno de sus objetivos prioritarios la transformación digital en el ámbito de la salud y que vaya más allá de la telemedicina y alcance también a sistemas de gestión hospitalaria. La disrupción en estos momentos de los sistemas digitales de diagnósticos y la inteligencia artificial permiten la identificación y aplicación del abordaje preventivo, diagnóstico terapéutico que será más efectivo para cada paciente. Esta concepción constituye un cambio de paradigma en la asistencia sanitaria –o va a suponer–. Su objetivo es incrementar la eficacia en las personas y, por tanto, en los servicios de salud, tanto a nivel diagnóstico como de tratamiento y, sobre todo, en la prevención, lo que nos hace también la participación de la Atención Primaria en este aspecto.

Precisamente por las características de nuestra Comunidad en cuanto a su población –con un importante envejecimiento–, y en el territorio –con una despoblación y núcleos de población muy alejados de centros urbanos y en hospitales–, la convierte en un territorio ideal para posicionarse en importantes tendencias globales en salud y en atención sanitaria. Y, además, van a suponer una oportunidad para la implantación de incluir lo... los servicios sanitarios y asistenciales con una calidad innovadora basada en las nuevas tecnologías, como la telemedicina y el uso de la inteligencia artificial. Esto es la medicina personal... personalizada de precisión.

Además, en Castilla y León el trabajo realizado por nuestros profesionales del sistema público es... –tenemos grandes profesionales, como todos ustedes saben– permite que nuestra Comunidad sea pionera en determinados campos de investigación biomédica, como el cáncer y la medicina personalizada de precisión. La priorización de medicina personalizada de precisión en el ámbito estratégico de la Comunidad está muy clara y se manifiesta ya con su presencia en diferentes planes y estrategias... estratégicas, como es el Plan Integral de Enfermedades Raras de Castilla y León, la Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico, el Plan Persona y el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente. En la actualidad se está trabajando en estos planes.



Los trabajos de elaboración del Plan Estratégico Regional de Medicina Personalizada de Precisión se está empezando a trabajar; y estamos ante una cuestión clave para el futuro de la sanidad, como decía anteriormente. La Junta de Castilla y León está trabajando con... junto con entidades y organismos de investigación, que va a permitir disponer, a lo largo del presente año, del Plan Estratégico que les decía antes que se está trabajando.

Pero es que tenemos muchas cosas ya hechas en Castilla y León. En el ámbito de investigación, disponemos, como todos ustedes saben, del prestigioso Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca y del Centro en Red de Medicina Regenerativa y Terapia Celular en Castilla y León. La Comunidad, además, dispone de siete biobancos, en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y en el Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León; y de otros recursos, como el Centro de Supercomputación de nuestra Comunidad.

En el ámbito asistencial, también podemos señalar que en Castilla y León existen tres unidades del Consejo Genético del Cáncer –en Salamanca, en Burgos y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid–, y otras unidades específicas de precisión, como la Unidad de Referencia Específica de Farmacogenética y la Medicina de Precisión del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; y la Unidad de Diagnóstico Genético, como hemos traído en una PNL hace muy poquito tiempo, del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Nuestra Comunidad demuestra una ventaja estratégica al disponer ya de una experiencia de diez años con este... pues grandes profesionales que tenemos y con la implantación de iniciativas en los distintos centros que les he comentado anteriormente. Incluso estos profesionales están llegando a asesorar a Comunidades Autónomas como Castilla-La Mancha, Extremadura.

Y es que, además, en la Ponencia que se celebró en el Senado sobre Genómica y Medicina Personalizada de Precisión, en la que intervinieron expertos en la materia y en la que se presentaron una serie de recomendaciones y conclusiones para guiar su implementación en el Ministerio... en el Sistema Nacional de Salud, la Comunidad Autónoma salió muy bien parada.

Se está trabajando también con el Ministerio de Sanidad para implementar biomarcadores de medicina personalizada de prevención en la cartera común del Servicio Nacional de Salud.

Será relevante también en un futuro la participación de las Universidades de Valladolid, Salamanca, León y Burgos, así como de las asociaciones o federaciones de pacientes, tan importantes para este tipo de medicina personalizada. Les puedo poner un ejemplo de cómo la Sociedad Española de Enfermedades Raras, que integran las asociaciones de pacientes con enfermedades raras a nivel nacional y también de las sociedades científicas, es decir, tenemos un caldo de cultivo impresionante, con unos profesionales magníficos, unos Institutos que nos van a llevar a cabo a que en Castilla y León tengamos una medicina personalizada de precisión de la que podamos presumir. Por eso esperamos el voto a favor de los distintos grupos para esta iniciativa. Muchísimas gracias, presidenta.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Gracias, señor Sánchez. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Mixto y un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor Pascual.



EL SEÑOR PASCUAL MUÑOZ:

Gracias, presidenta. Le digo que voy a votar a favor, pero me gustaría hacer unas consideraciones, que yo creo que lo ha pasado muy de soslayo muchas cosas.

Efectivamente, la medicina de precisión es la que se usa la información de los genes o las proteínas de una persona, con la incorporación de las nuevas tecnologías, como bien decía usted. Y ha... y eso permite pues profundizar en el conocimiento de enfermedades para prevenirlas, para diagnosticarlas, para tratarlas. Además, pues aporta pues una oportunidad para el desarrollo de la medicina preventiva y la de salud pública.

Pero la incorporación de la genómica al modelo de predicción de riesgo, como bien dice usted, a través de lo que se llama "Estigmas de Riesgo Poligénico" o, en inglés, es PRS... -voy a hablar de PRS para no... no liarles más, voy a intentar a ver si me sé explicar y no ser muy... muy técnico-, se basa sobre todo en la genética: en buscar patologías identificando alteraciones en uno o varios genes, y contribuye a mejorar pues efectivamente la capacidad predictiva, como decía, ¿no? Y lo que hay que aplicarlo es a la práctica clínica diaria.

Lo que decía, los PRS pues son una medida global de riesgo genético de desarrollar una enfermedad por parte de una persona respecto a la población general. Y se espera que esos PRS pues constituyan una herramienta clave para la predicción del riesgo. Voy a poner varios ejemplos para no... para que no se pierdan, ¿no?

Se está utilizando también en enfermedades cardiovasculares. Hay una escala que se llama el SCORE 2, que, bueno, que se ha recientemente incorporado a las Guías Europeas de Cardiología y que prevé el riesgo de padecer complicaciones o la mortalidad por causas cardiovasculares en diez años, teniendo en cuenta factores como el sexo, la hipertensión, el colesterol elevado, el tabaco. Entonces, sí que nos permite hacer intervenciones para reducir ese riesgo en esa patología ya precoz, ¿vale?

Y, sobre todo, como bien decía usted, en el cáncer. Por ejemplo, en el cáncer de mama ya se desarrolló el modelo... el Modelo Gail hace tiempo ya y, aunque era solamente para mujeres (el cáncer de mama también se da en hombres), bueno, pues se ha utilizado para seleccionar participantes que podrían beneficiarse de la quimioprevención -con el tamoxifeno, por ejemplo-, y en base a esos factores -como el número de hijos, edad de la menarquia, edad de inicio de la menopausia-, terapia hormonal sustitutiva, biopsias benignas previas e historia familiar. Y también ha sido muy efectivo.

O en el cáncer de colon, por ejemplo. Tenemos aquí en Castilla y León el cribado de cáncer de colon basado en factores de riesgo como la edad, la historia familiar, la enfermedad inflamatoria intestinal y más cosas.

Pero el uso de estos PRS, de la medicina de precisión, pues sí es verdad que combinado con esto pues, bueno, pues puede... incluso ya se ha hecho un estudio en el que se ha visto que... que pacientes con un percentil superior a riesgo absoluto diez años antes se podían diagnosticar, ¿no?, y podríamos incluso... (42 años en hombres y 47 en mujeres), se podía llegar a diagnosticar un cáncer de colon con eso... Saben ustedes la prevalencia que tiene el cáncer de colon. Entonces, todo eso podía mejorar la capacidad de diagnóstico precoz de los programas de cribado y reducción de las complicaciones derivadas de oncología.



Otro ejemplo, por ejemplo, podemos tener también en el cáncer de vejiga: se conoce que ese cáncer está asociado a un componente ambiental importante y al tabaco –lo digo por los fumadores–, y a las exposiciones laborales. Y recientemente se ha utilizado también con 12 variantes genéticas, 11 PRS y un... y una deleción, y que se vio que el cese del consumo de tabaco, efectivamente, medía mucho mejor y bajaba mucho el riesgo absoluto de desarrollar el cáncer de vejiga.

Bueno, no voy a seguir así porque voy a... voy al... al concreto, que quiero decir tantas cosas que no sé si... si voy demasiado, ¿no?

Bueno, de todas formas, si conocemos las variantes genéticas de las... de las enfermedades, pues efectivamente conoceremos mucho mejor los procesos y con ello podremos identificar pues nuevas características de diagnóstico, de pronóstico y de tratamiento. Podremos actuar, efectivamente, mucho mejor sobre la población, de forma más precisa y personalizada, y calcular la probabilidad de beneficiarse de determinados tratamientos y de manera que podremos priorizar esos tratamientos; con lo que... que eso significa en cuanto a eficiencia en atención sanitaria.

Entonces, yo creo que son muy relevantes los PRS estos que digo yo que... de la medicina personalizada pues en el diagnóstico, pues, sobre todo, en enfermedades en el que se asocia un proceso costoso de detección o prolongado en el tiempo, pues... y que repercute negativamente en la salud de la persona. Por ejemplo, puedo poner el ejemplo de lo que se está haciendo con la fractura... de la evaluación de fractura de las osteoporosis: pues la inclusión... la inclusión de estos PRS en esa detección de la fractura, de riesgo de fractura por osteoporosis, pues aumentaría muchísimo la eficiencia del proceso y estamos gastando un montón de dinero en osteoporosis.

En cuanto al pronóstico, pues, por ejemplo, se está haciendo ahora uno con el COVID, con... con... para la COVID-19, pues hay numerosas variantes en el COVID que modulan una severidad de la enfermedad causada por el SARS-CoV-2. Y esta varie... variantes se asociaban con un riesgo de hospitalización y síntomas graves... graves, sobre todo para individuos ancianos. Y esto sí que podría ayudar a priorizar la inmunización cuando vamos a utilizar anticuerpos monoclonales o determinar qué pacientes tienen mayor riesgo cuando el suministro de vacunas puede ser limitado.

En cuanto al tratamiento, pues igual. Los PRS se pueden emplear en un futuro para la predicción de una respuesta a un tratamiento en un paciente, permitiendo pues la identificación de nuevas dianas terapéuticas y saber perfectamente a qué foco tenemos que atacar.

Se está viendo ahora, y pongo también un ejemplo, y estoy poniendo ejemplos muy relevantes en los que se está invirtiendo muchísimo dinero con pocos resultados, como puede ser ahora en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Bueno, pues ahí hay un estudio hecho con veinte mil y pico pacientes y con no sé cuántos controles en 15 países europeos. Y a partir de esta información se ha asociado, efectivamente, un PRS de medicina personalizada y de precisión que está evaluando la aplicación en poblaciones y ha detectado que, junto a la edad como factor de riesgo, hay una asociación significativa de ese PRS con la enfermedad del Alzheimer.

Bueno, y aunque se prevé que estos estudios tengan relevante en la medicina del futuro, es necesario –y ahí es donde quiero llegar, al quid de la cuestión– el ver unas... pues unas amenazas o sensaciones que tenemos en cuanto el implante de esta medicina de precisión.



Y hay unos retos analíticos, por decirlo así, porque es previsible que, si desarrollamos mucho esta medicina de precisión, pues, gracias a las nuevas tecnologías, pues se debe facilitar una serie de retos y hay que profundizar en el conocimiento, sobre todo el genoma en su totalidad. No conocemos bien cómo está todavía el genoma; entonces, habría que profundizar mucho más en el conocimiento del genoma. Las relaciones que existen entre el genotipo y el fenotipo. No es lo mismo... el genotipo es lo que tenemos dentro y el fenotipo lo que vemos fuera, por decirlo así. No... no... todavía es una barrera para poder precisar asociaciones precisas de información genética.

Luego, la falta de dato en todas las poblaciones. Actualmente, los datos por los que se desarrollan estos modelos proceden de determinados subgrupos de población; principalmente de poblaciones europeas de origen caucásico. Y estamos viendo cómo está el fenómeno de la migración. No somos todos europeos de origen caucásico. Pues tenemos que tener muy en cuenta eso, ¿eh?, porque, si no, nos podemos meter en un charco en el que no... O sea, supone... eso supone una limitación a la validez de los modelos, ya que en muchos casos la información no se puede extrapolar de una población a otra y por tanto no se puede generalizar a toda la población mundial. Tenemos que tener mucho cuidado con eso.

Y, luego encima, las estimaciones se están realizando a base de estudios retrospectivos. En este sentido, habría que ver la aplicabilidad a la práctica clínica de ensayos retrospectivos, prospectivos, actualizados...

Y luego, la falta de diversidad de las muestras empleadas en los estudios. Hay más representación, cuando se sale de los estudios, de patologías prevalentes -como es lógico-, lo que limita mucho la utilidad en el estudio de enfermedades poco frecuentes o las enfermedades raras que usted ha comentado. Es lo que tenemos a este día.

Entonces... y luego también tenemos un reto en cuanto a la implementación, la variedad de desarrollo de los modelos por falta de estándares para su balización. Existe una elevada variación dependiendo del método utilizado, pues se debe a los procesos de obtención de la información: tenemos mucha -igual que pasaba antes con el Essure- hay muchas... muchas lagunas de información.

Y luego tenemos otro problema: la gestión de las expectativas de la población sobre los resultados tgenómicos, ¿entiendes? La población general, hay gente que tiene acceso a los test y pruebas genéticas fuera del entorno clínico. De hecho, en los últimos años han proliferado las empresas que ofrecen a los ciudadanos test basados en PRS que dan información que puede tener un alto impacto sobre su vida y sobre su salud. Las personas que acceden a este tipo de test no son informadas muchas veces de forma correcta, pudiendo generar expectativas demasiado altas sobre su estado de salud.

Y, luego, la falta de regulación. No hay regulación todavía legal sobre los PRS, no tenemos regulación legal. ¡A ver dónde nos vamos a meter! Ya digo que voy a votar a favor y estoy de acuerdo, pero no hay regulación legal. Entonces, si no está acompañada a los avances tecnológicos, hay un futuro ahí muy abierto y puede ser un uso malo de la información.

Y, luego, hay un componente ético muy importante: el impacto social sobre los resultados de salud. Cada persona puede responder de manera diferente ante



los resultados de una prueba genética o una predicción de riesgo. Algunas personas pueden reaccionar negativamente al conocer estos resultados, lo que puede repercutir también en la salud. Y las implicaciones que tiene informar al paciente del resultado de modelos predictivos de enfermedades en las situaciones en las que no existe tratamiento disponible para su tratamiento. ¿Qué hacemos? ¿Nos callamos esa información? O sea, que no todo es tan bonito como se pinta. Que yo estoy de acuerdo y le vuelvo a decir lo mismo, ¡pero cuidado!

Y, luego, las barreras de accesibilidad. Vuelvo a decir lo mismo: hay datos de población europea, pero no hay datos de población no europea y no caucásica; con lo cual, la predicción de los riesgos...

Bueno... bueno, a pesar de los modelos, bueno, pues sí que se permite, ¿verdad...? (Y voy a terminar porque, si no, me puedo tirar aquí a hacer...). Creo que más o menos me han entendido lo que quiero decir. Creo que sí que hoy hay que avanzar en eso, pero que tenemos muchos retos, muchas limitaciones y hay que pensar, cuando nos metemos en los charcos, en qué charcos nos metemos y si podemos salir del charco. Yo creo que es muy importante seguir avanzando y desarrollando un modelo medicina personalizada, pero...

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Señor Pascual, tiene que ir terminando.

EL SEÑOR PASCUAL MUÑOZ:

(Vale, vale). Bueno, sin más. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Muchas gracias, señor Pascual. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario UPL-Soria ¡Ya!, y un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor García.

EL SEÑOR GARCÍA FERNÁNDEZ:

Muchas gracias, señora presidenta. Buenos días a todos los presentes de nuevo. La medicina personalizada de precisión supone un cambio de paradigma en la asistencia sanitaria, ya que favorece intervenciones médicas preventivas, diagnósticas y terapéuticas más eficaces y seguras y, además, permite la optimización del gasto sanitario, facilitando la sostenibilidad del sistema y la excelencia en el modelo de gestión.

Uno de los retos sería poder analizar el impacto de esta estrategia de la medicina personalizada de precisión en los pacientes a través del análisis de coste/efectividad.

Un reto es el de la informatización de todos los procesos, señalando que es necesario poder estructurar los datos, registrar los resultados y cruzar toda la información obtenida. No se debería dudar a la hora de introducir en el sistema terapias disruptivas que mejoren la calidad de la vida de los pacientes, aumenten su supervivencia o incluso eliminen la enfermedad. Es verdad que existen muchas barreras económicas, pero pesan sobre todo las culturales y hay que empezar a ver la medicina de precisión como un eje de sostenibilidad del sistema.



El camino a seguir para conseguir la plena implantación de la medida... de la medicina personalizada –perdón–, que se sustenta sobre el diagnóstico de precisión, las ciencias de análisis de datos y las terapias dirigidas para ofrecer a cada paciente el tratamiento que necesita en el momento oportuno, es una tarea bastante compleja.

Para llegar a buen término hay que destacar acciones como la definición y creación de un grupo de innovación para la generación de nuevos proyectos, con el objetivo de impulsar la financiación de la investigación y potenciar la generación de evidencia, así como la creación de un comité directivo multidisciplinario con representación de todos los agentes implicados para realizar un abordaje multidisciplinario y optimizar el desarrollo de ese programa.

Otros aspectos que deberían tenerse en cuenta son: mejorar la comunicación entre Administraciones y los diferentes agentes que estarían implicados; adecuar la información, el conocimiento a transmitir según el perfil del paciente; incorporar nuevos perfiles tecnológicos; mejorar el proceso de gestión y recogida de datos; y definir la metodología y los indicadores para la medición coste/efectividad e impacto por la implantación del programa.

Hay que impulsar la innovación en el sistema sanitario, incentivando la cultura de la innovación en las organizaciones de salud y apoyando el desarrollo de proyectos en este ámbito.

La medicina preventiva personalizada constituye uno de los pilares fundamentales de la medicina del futuro. Su objetivo principal es la optimización de las estrategias de atención médica preventiva y las terapias farmacológicas centradas en la persona, mientras esta se encuentra en buen estado de salud o en las primeras etapas de la enfermedad.

Es necesario anticiparse al futuro sin perder de vista los avances y las mejoras que se producen en el campo científico. Sería conveniente la creación oficial de la Especialidad de Genética Clínica, para asegurar la formación reglada de especialistas en aspectos clínicos relativos al diagnóstico, tratamiento y consejo genético de las enfermedades con base genética, así como con aspectos de laboratorio relacionados con las técnicas de análisis genético.

La medicina preventiva personalizada permitirá determinar de forma más exacta una posible predisposición o riesgo de una persona a padecer una enfermedad y quizás su posible evolución. Esta anticipación facilitará el diseño y desarrollo de estrategias preventivas personalizadas encaminadas a evitar el desarrollo de problemas de salud. Con esta medicina se pretende la estratificación de la enfermedad en grupos mejor tratables y también descubrir biomarcadores de respuesta a tratamientos para hacerlos más eficaces y con menos efectos secundarios.

Hay muchos desafíos en la medicina personalizada. Uno de... alguno de ellos sería los retos formativos, como ya he mencionado antes, educativos y de difusión; la necesidad de implantar estrategias basadas en la medicina preventiva... preventiva personalizada; y desafíos éticos y legales, como ya hemos escuchado anteriormente.

La medicina personalizada se puede llamar –y es– medicina preventiva. Y, por todo ello, es necesario la inversión y poner todos los medios, tanto recursos humanos como materiales y económicos, para desarrollar este tipo de medicina. Y por eso la Unión del Pueblo Leonés apoyará esta proposición no de ley. Muchas gracias.

**LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):**

Gracias, señor García. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Vox Castilla y León, y por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor Suárez.

EL SEÑOR SUÁREZ ARCA:

Muchas gracias, señora presidente. Para empezar, quería hacer un par de comentarios al calor de lo que se ha comentado ya en este debate. Creo que el señor Pascual lo ha definido bastante bien y tiene mucha razón al decir que no se puede aplicar las mismas... los mismos análisis genéticos respecto a la... respecto a los mismos genotipos, cuando el fenotipo cambia dependiendo de la proveniencia de la persona, de su sexo, pero también de su origen étnico, etcétera.

Por lo tanto, esa... esas razones y esos estudios para determinar la medicina genética que se... la medicina genética o la apreciación genética sobre enfermedades que tengan componentes es necesario; porque los estudios al final tienen sesgos y tienen sesgos que son necesarios para poder aplicar esa medicina personalizada a un conjunto de población determinado.

No solo eso. Respecto a lo que comentaba el señor Pascual del... del problema que teníamos con cómo podría percibir la población al recibir esas apreciaciones de medicina personalizada, teniendo mayor riesgo de padecer una enfermedad determinada por una condición genética, evidentemente, eso lo encontramos, a día de hoy, por ejemplo, con los autodiagnósticos debidos a Google: el acceso a internet hace que los problemas de salud mental se incrementen continuamente por la... el ansia personal de autodiagnosticar diferentes males que podemos padecer.

Y creo que lo más importante que podríamos decir a este respecto es que para poder implantar una medicina personalizada, que sea realmente eficaz, en el sistema de salud español una de las primeras cosas a las que deberíamos aspirar es a la historia clínica común, a que cualquier paciente pudiera... bueno, cualquier médico, cualquier profesional, pueda tener acceso a la historia clínica del paciente en cualquier lugar; en cualquier lugar. Porque al final tenemos que personalizarlo y va directamente a la persona. Y creo que estaremos todos de acuerdo en que al final es el futuro de la medicina, o por lo menos es el futuro al que se ha dirigido durante... durante este último siglo: el futuro de una medicina personalizada, de buscar aquellos tratamientos que sean más eficaces para la persona concreta por sus características.

Y no solo eso, pero hemos hablado mucho de las enfermedades que tienen un componente genético, pero también se está trabajando mucho en el ámbito de la farmacogenómica, de todas las determinaciones genéticas de posibles efectos secundarios de diferentes fármacos -en ámbito cardíaco, en ámbito neurológico, etcétera-, y que también mejoran en gran medida la... la aceptación que tiene en el organismo de la persona en concreto de estos fármacos.

Por lo tanto, creemos que la enmienda... la propuesta del Grupo Popular es positiva, sigue profundizando en los procesos de medicina personalizada, aunque es evidente que tenemos... que es un camino muy largo el que todavía hay que recorrer en la medicina personalizada y que, por lo tanto, se enfrentará a muchos retos de diferente índole que habrá que ir tomando en consideración según vayan llegando.



Además, el trabajo que se realiza en Castilla y León, desde hace mucho tiempo, en el sistema público de salud está permitiendo que nuestra Comunidad sea pionera en todos los movimientos de medicina personalizada. De hecho, desde Vox, antes de entrar ya en el Gobierno de Castilla y León presentamos iniciativas en este sentido, e incluso en el borrador del Pacto por la Sanidad, en el que trabajamos junto con varios partidos políticos antes de que estallara la pandemia del COVID, fue aceptada una propuesta presentada por nosotros referente a las enfermedades raras, totalmente abandonadas en su estudio y diagnóstico hasta el momento; aunque también es cierto, como decía el señor Pascual, que las enfermedades raras son precisamente las que menos estudios tienen de su... de su componente genético en cuanto a poder preverlas o poder tratarlas con mayor capacidad en el ámbito personal.

El interés por el desarrollo de la medicina personalizada en nuestra Comunidad se refleja en diferentes planes y estrategias que ya lleva a cabo la Consejería de Sanidad: en el Plan Integral de Enfermedades Raras de Castilla y León, en la Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico de Castilla y León, en la que se apuesta por la innovación a través de la medicina preventiva y personalizada, etcétera; diferentes labores que ya se están llevando a cabo.

En la elaboración del Plan Estratégico de Medicina Personalizada, que estamos tratando al fin y al cabo, se ha llevado a cabo un análisis del contexto europeo; contexto, obviamente, en el que la mayor parte de los estudios son de pobladores europeos y de origen caucásico. Y hay que tener muy en cuenta lo que usted decía. Hay que tener muy en cuenta los movimientos que la globalización ha producido, por los cuales las poblaciones cada vez son más mixtas y, por lo tanto, tenemos elementos que conviven con nosotros y con lo que... y con los que mantenemos que tienen... tienen derecho a esa atención personalizada exactamente igual que los pobladores originarios que pudiesen tener estas tierras. Por lo tanto, esos estudios son igual de necesarios en este tipo de... en ese tipo de población.

Evidentemente, contamos con extraordinarios profesionales, con un sistema público de salud complejo, evidentemente, en la situación actual que vivimos, pero muy positivo, y creemos que es necesario seguir profundizando en todo este tipo de... en todo este tipo de desarrollos. Por lo tanto, al fin y al cabo, consideramos que la propuesta es adecuada, que la propuesta es positiva, que profundiza en algo que va a representar lo que es la medicina personalizada del futuro –por lo menos los primeros pasos que debemos dar en ese camino– y, por lo tanto, votaremos a favor. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Gracias, señor Suárez. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Socialista, y un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra la señora García Rioja.

LA SEÑORA GARCÍA RIOJA:

Gracias, presidenta. Buenos días, señorías. Hoy nos trae aquí hablar de la medicina personalizada y de precisión. Pero ya en marzo del dos mil diecinueve, el consejero de Sanidad, Antonio María Sáez... Sáez, de su... de su partido, del Partido Popular, trasladó al Ministerio de Sanidad la propuesta de la designación del



Hospital Clínico de Salamanca para la utilización del CAR-T y en el tratamiento de las leucemias y los linfomas. Estos tratamientos suponen –supusieron y suponen– una nueva forma de tratar el cáncer: la inmunoterapia. Se trata de células inmunitarias, linfocitos T extraídos del propio paciente, que se modifican genéticamente y permiten que los linfocitos T reconozcan a una proteína específica, un antígeno de las células tumorales. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estableció que el Hospital Clínico de Salamanca estaba en condiciones de formar parte de esta Red y que incluía un número reducido de centros que actuarían como referencia en el... en el Sistema Nacional de Salud.

Castilla y León dio un paso importante en la denominada medicina personalizada y de precisión. Se trata de adaptar a los tratamientos... a los... los tratamientos a las características genéticas y clínicas de cada uno de los pacientes. Destacan los programas del consejo genético de diagnóstico genético predictivo en casos de cáncer de mama, de ovario y de colón, desarrollados en la Comunidad. Se hizo una especie de referencia a la Unidad de Diagnóstico Avanzado ya en enfermedades raras en el Hospital Clínico de Salamanca, ejemplo de inversión en tecnología y en análisis de bioinformática de la información, relativo a la se... a la secuenciación masiva del ADN. También la Unidad de Farmacogenética y Medicina de Precisión en este centro de análisis de los datos clínicos y de los estudios genéticos para racionalizar los tratamientos.

Ese estudio del diecinueve hace referencia también a la Unidad de Cardiopatías Familiares, en Salamanca, al Instituto Biosanitario de Salamanca, al Centro de Investigación del Centro del Cáncer y también al Centro de Supercomputación de León.

Por su carácter europeo destacaba el Proyecto Harmony, una plataforma conducida desde el Hospital de Salamanca y el de La Fe de Valencia. Esta iniciativa contó con 40 millones de euros, en los que participaron 51 socios, procedentes de 13 países europeos, y constituyeron el mayor proyecto de salud con el objetivo de facilitar tratamientos más eficaces para las enfermedades hematológicas malignas.

Castilla y León ocupa una posición destacada en el campo de la medicina personalizada y de precisión en España. Destacable es también la Red de Biobancos existente en nuestra Comunidad y su funcionamiento... y su funcionamiento en red. El Banco Nacional de ADN de Salamanca y el Biobanco en Red de las Enfermedades Oncológicas de Castilla y León, ubicado en el Centro de Investigación del Cáncer, que coordina siete... los biobancos de los siete... de siete hospitales.

También en noviembre de ese año dos mil diecinueve, la consejera de Sanidad, Verónica Casado, impulsó el desarrollo del Plan Autonómico de Enfermedades Raras. No acabamos de inventarnos el plan de enfermedades raras, ya en noviembre del diecinueve Verónica Casado impulsó dicho plan. Las... las enfermedades raras, como enfermedades crónicas e incapacitantes, aunque de prevalencia baja, necesitan esfuerzos muy importantes para prevenir la morbilidad y la mortalidad temprana y, sobre todo, para aumentar la calidad de vida de las personas, no solo de los pacientes, sino también de sus familiares.

Se trabajó también en el desarrollo de la Estrategia de Medicina Personalizada y de Precisión, que permitió también evitar desplazamientos de los pacientes y sus familias.



El quince de marzo del dos mil veinte, la ministra Darías reafirmó el compromiso de España con la mejora de la red asistencial y la investigación de las enfermedades raras. Con esta finalidad, el Ejecutivo amplió la red de centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, que participan en las 24 redes europeas existentes. Es un gran paso para acercar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes y... y situar al Gobierno las enfermedades poco frecuentes como parte de la acción en materia sanitaria, próxima a la Presidencia española del Consejo Europeo en el dos mil veintitrés, encara el Plan de Acción Europeo en Enfermedades Raras.

Darías también valoró el trabajo conjunto entre el Ministerio de Sanidad y las redes europeas de referencia, con las... con asociaciones de pacientes y con entidades como FEDER. A favor, 3 millones... 30 millones de personas que solo en Europa están diagnosticadas de esta enfermedad poco frecuente, crónica o incapacitante.

El Consejo de Ministros del ocho de noviembre del veintidós aprobó, por valor de 40 millones de euros, la consolidación de la medicina personalizada de precisión, de los cuales nos aportaron a los castellanos y leoneses 2.000.000 de euros para el Plan 5P. El programa promueve una medicina personalizada, preventiva, participativa, y se incluye en este plan comisiones automáticas de... autonómicas –perdón– de genética regulada por dichas Autonomías.

Esta es una nueva... esta nueva medicina requiere también recursos e infraestructuras para almacenar, procesar y analizar los datos genéticos, y se necesita un *software* de análisis con herramientas que permitan extraer de forma automática la información. También se requiere un plan formativo que asegure el nuevo empleo de las técnicas y aplicar la correcta interpretación de los resultados. Estos fondos ayudarán mejor a los conocimientos no solo de los profesionales, sino también de todos los solicitantes.

Si la Consejería de Sanidad de Alejandro Vázquez logra avanzar en este Plan de Medicina Personalizada de Precisión y logra, como él mismo ha dicho, pasar de la talla única al traje a medida, habremos ganado todos los castellanos y leoneses. Por eso vamos a votar a favor. Pero sí quiero dejar constancia que este trabajo llevamos haciendo todos los castellanos, todos los grupos políticos y todos los consejeros que han pasado por esta Consejería. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Muchas gracias, señora García. Pues para cerrar el debate y fijar el texto definitivo de la resolución que propone, por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor Sánchez.

EL SEÑOR SÁNCHEZ MARTÍN:

Gracias, presidenta. Pues sí, agradezco a la señora García Rioja el tono y el contenido; al señor Pascual por la clase magistral que nos ha dado, con la que estoy totalmente de acuerdo; al señor García Fernández y al señor Suárez Arca.

Como dije pues en mi primera intervención, y ha recalcado el señor García Fernández, pues la medicina personalizada de precisión supone un cambio de paradigma y una nueva realidad asistencial. Y claro que se entiende como un proceso clínico que incorpora datos genéticos y los combina con... con datos clínicos. Hace



una analítica de exposición ambiental, hábitos de vida, determinantes socioeconómicos y otros datos relevantes para la salud. Y bueno, pues el objetivo es disponer de más información precisa, que siempre es bueno, para que integre toda la toma de decisiones con los distintos profesionales.

Los avances en el campo de la genética –biología, como decía el señor Pascual–, marcadores y la supercomputación nos están conduciendo a una revolución terapéutica sin precedentes y orientados a las necesidades individualizadas del paciente. Hacía mucho tiempo que no oía lo de caucasiano y no caucasiano, tan utilizado hace 20 o 30 años. O sea que... Y es verdad, tiene toda la razón.

Los continuos y recientes progresos de las tecnologías asociadas a la obtención de datos moleculares genéticos, como, por ejemplo, las plataformas de secuenciación masiva de ADN –que ha señalado el señor Pascual–, pues están permitiendo un avance sin precedentes en el conocimiento de las bases moleculares. Y fíjense si estoy de acuerdo, señor Pascual, que solamente Galicia y Castilla y León tienen definidos centros de referencia oficiales para el diagnóstico genético. Y esto sí que es peligroso, como dice usted. Y es que, es más, la normativa española recoge gran parte –pero solo gran parte– de los aspectos relacionados con la secuenciación genómica para regular la realización de análisis genéticos parciales o totales.

Y estamos convencidos también, y analizando un poco más, pues que hay que avanzar en este campo: va a requerir esta medicina personalizada de incorporación de nuevos profesionales, como son informáticos, biólogos, biólogos moleculares, matemáticos... matemáticos y lo tan... nueva llamada “los economistas de la salud”. Pero también tenemos otro problema, que es la falta de Especialidad Genética, la falta de especialidad... de especialistas en genética que constituyen una necesidad vital para garantizar lo que usted ha dicho, señor Pascual, utilizar esta medicina. Según la señora ministra de Sanidad, señora Darias, será la próxima especialidad que se cree en un futuro –lo ha dejado planificado–, después de crear la Especialidad de... de Urgencias, pues será la próxima especialidad que... que se cree –que ya estuvo–.

También es importante la formación de posgrado en másteres especializados para aquellos profesionales que no han realizado esta... esta especialidad, porque los avances tecnológicos, está claro, en el campo de la informática y bioinformática también van a ser fundamentales y tienen que venir acompañadas por una buena orientación clínica.

Y como decía anteriormente, la medicina personalizada de prevención va a suponer un cambio de paradigma en la asistencia sanitaria y va a favorecer intervenciones médicas preventivas, diagnósticas, importantísimas también para la Atención Primaria. Y hay ciertas unidades, como funcionan en Salamanca –no sé en otras provincias–, con el centro de salud de La Alamedilla, donde están colaborando para esto. Pero también es necesario una estrategia nacional, ya que conviven actualmente una gran variedad de modelos organizativos.

Y Castilla y León, como ya decía anteriormente, está utilizando la medicina de precisión en oncología, psiquiatría, cardiología, alergología y en farmacogenética, que dispone de un modelo bastante innovador.

Por lo tanto, el papel de Castilla y León en el ámbito de la medicina personalizada de precisión es ya muy... muy relevante por la cantidad de buenos profesionales



que tenemos; y el futuro del Plan de la Consejería, pues va a ser, para que estemos todos tranquilos, personalizado, predictivo, preventivo, participativo y que afecte a toda la población. Y sin más, agradeciendo a los grupos políticos su voto a favor, muchísimas gracias.

Votación PNL/000500

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Gracias, señor Sánchez. Pues, oído el debate por la Mesa de esta Presidencia, podemos dar por aprobada la PNL debatida ahora mismo por asentimiento de todas sus señorías. ¿Sí? Pues queda la proposición no de ley aprobada.

Por la señora vicepresidenta se dará lectura del primer punto del orden del día, que es el tercero que debatimos en el día de hoy.

PNL/000120

LA VICEPRESIDENTA (SEÑORA HERNANDO RUIZ):

Muchas gracias. **Proposición no de ley, PNL 120, presentada por el Procurador don Francisco Igea Arisqueta, instando a la Junta de Castilla y León a la inmediata puesta a disposición de los indicadores validados a través de la plataforma de explotación de bases de datos de la Gerencia Regional de Salud (Bision) y a la actualización e inmediata puesta a disposición de profesionales y ciudadanos de las bases de datos abiertas, para que los reutilizadores puedan elaborar indicadores de resultados en salud favoreciendo la transparencia y fiabilidad de los sistemas de información, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, número 31, de veintitrés de junio de dos mil veintidós.**

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Muchas gracias, vicepresidenta. Pues para la presentación de la proposición no de ley, tiene la palabra, por un tiempo máximo de diez minutos, el señor Igea Arisqueta.

EL SEÑOR IGEA ARISQUETA:

Gracias, señora presidenta. Sí, sí, han oído bien: veintitrés de junio de dos mil veintidós. Digo, porque va a hacer un año. Hoy estamos debatiendo proposiciones del trece de abril, pero esta es de hace un año; lo cual, en fin, dice algo de la velocidad a veces de la tramitación de algunas PNL de algunos grupos. Pero obviaremos este asunto en este momento.

¿Por qué es importante esta proposición no de ley? ¿Cómo vamos a intentar traducir, para que todos ustedes puedan entenderlo, la importancia de la transparencia en los datos de gestión en sanidad?

En primer lugar, es un derecho. Quiero decir, es un derecho de los ciudadanos saber cómo funciona su sistema sanitario; y es un derecho mucho más importante de lo que ustedes creen.



En segundo lugar, es una herramienta de gestión. Esto también es importante, porque si no sabemos lo que está ocurriendo exactamente en el sistema, malamente podemos proponer soluciones o cambios en su funcionamiento.

Y, en tercer lugar, y mucho más importante desde mi punto de vista, es una herramienta de mejora continua del sistema. ¿Por qué? Porque cuando uno compara sus resultados, lo normal –y los que somos profesionales de la sanidad así lo deseamos– es que ninguno queramos ser los más tontos de esta lista.

Por eso nosotros nos esforzamos durante la pasada legislatura en crear un portal de transparencia, financiado con fondos europeos, que tiene un elevado número de indicadores. Como el tiempo del que dispongo es limitado, voy a intentar explicarles y luego intentaré precisar en la PNL, a la vista de lo que ha ocurrido este año, cómo podemos llevar estos dos puntos también a término de una manera que sea fácilmente entendible.

Voy a hablarles de algunos de los indicadores que se recogen de manera habitual en nuestros hospitales y que los ciudadanos de esta Comunidad no conocen, no conocen de manera individualizada, área por área. ¿Saben ustedes que Castilla y León es la Comunidad Autónoma con mayor porcentaje de reingresos de toda España? El 10 % casi; el 9,26 % de los ciudadanos de esta Comunidad que pasan por un hospital reingresan en las siguientes horas. Es prácticamente el doble de lo que ocurre en Navarra. Este es un indicador de calidad importante para los ciudadanos. Y es importante saber en qué hospitales hay más reingresos y en qué hospitales hay menos para saber dónde tenemos que poner nuestra atención. No les digo ya si nosotros quisiéramos, por ejemplo, establecer a la larga un sistema de libertad de elección de hospital: no existe sistema de libertad de elección si no sabemos qué estamos eligiendo.

Voy a darles otra... otro número que seguro que a las mujeres que están aquí, las que están en nuestra Comunidad, les va a interesar. ¿Saben ustedes que, si a ustedes les diagnostican un cáncer de mama, las posibilidades de que les hagan una cirugía conservadora en Castilla y León son del 61 %? Lo que quiere decir que casi el 40 % de las mujeres serán sometidas a una cirugía radical, a una amputación. ¿Y saben que si esto les ocurre en Navarra es el 81? ¿Esto qué quiere decir?: ¿que diagnosticamos más tarde?, ¿que nuestra cirugía es peor?, ¿que en Navarra se opera poco y se pone en riesgo? Esto es un indicador muy importante de calidad de funcionamiento de nuestros hospitales. No sabemos en qué hospitales es el 60, el 70 o el 80. No lo sabemos. (Sí lo sabemos, pero no lo decimos. Porque he de decirles que todos estos datos que se envían de manera sistemática al Sistema Nacional de Salud se envían por hospitales y nosotros lo que queremos es que esto sea transparente).

Pondré otro ejemplo, quizás incluso un poco más dramático. Somos la segunda Comunidad, después de Ceuta, con mayor mortalidad intrahospitalaria de todas las Comunidades Autónomas. Casi doblamos la mortalidad hospitalaria en Cataluña. Este es un dato real publicado. No les estoy diciéndoles ninguna cosa que no sea oficial. No sabemos en qué hospitales es una mortalidad o en qué hospitales es otra mortalidad.

Podría seguir así con multitud de indicadores de funcionamiento de calidad. ¿Qué ocurre con esto? Si esto no se publica, nunca será el centro del debate.



El centro del debate será siempre pues consultorios, las leyes que no entran, que no salen. Pero, en realidad, el sistema sanitario, los indicadores de calidad del sistema sanitario, son estos.

¿Para qué nos sirve esto también? Pues para intentar explicar algunas cosas. Voy a ponerles algunos ejemplos sencillos de lo que ocurre, por ejemplo, con las listas de espera. Y voy a hablar de lo mío, para que nadie piense que hablo de otra cosa. Nosotros, en nuestro Servicio -Digestivo, en Palencia-, tenemos ahora mismo 647 pacientes en espera para primera consulta; Salamanca, 617. Dirán ustedes: "Oiga, pues siendo Salamanca una provincia mucho más grande, ¿verdad?, ¿qué es lo que está ocurriendo?". Sin embargo, la demora media estructural para nosotros, en Palencia, es 41 días; en Salamanca, 109. ¡Oiga, más del doble! ¡Los pacientes de digestivo de Salamanca esperan más del doble teniendo muchos más médicos!

¿Y esto cómo ocurre? ¿Qué es lo que está ocurriendo? ¿Cómo podemos saber qué es lo que está ocurriendo? Pues publicando los datos de actividad por facultativo. ¿Cuántas colonoscopias hace de media un facultativo en Salamanca? ¿Cuántas consultas de media ve un facultativo en Salamanca? Que esas son las herramientas de gestión que son necesarias para saber exactamente lo que pasa.

Porque, si no, nos encontraremos con algunos asuntos. Voy a ponerle también otros ejemplos que tengo por aquí, son más curiosos todavía (a ver si consigo encontrar estos...) que son, por ejemplo, ¿por qué en el Hospital Clínico... perdón, en el Hospital Río Hortega de Valladolid... (aquí está) la gente que está esperando una resonancia magnética lo hace porque quiere? ¡Oh, sorpresa! ¿Qué pasa en el agua... del área del Río Hortega, en el cual hay 2.108 personas en aplazamiento voluntario? ¿Cómo voluntario? Pero es que les pasa lo mismo con los escáner: 1.526 personas están en aplazamiento voluntario. ¿Y por qué? ¿Por qué esa "voluntariedad" que ocurre en el Río Hortega no ocurre en el resto de la Comunidad?

Por eso son importantes los números, porque los números nos ayudan a saber nuestro rendimiento, nuestra actividad, dónde tenemos problemas y el resultado de calidad de nuestro sistema. Ayuda a nuestros ciudadanos a saber cuál es la calidad de su asistencia sanitaria.

He de decirles también -no me gustaría que quedase esa imagen- tenemos resultados espectacularmente buenos en otras cosas. Somos de las primeras Comunidades, por ejemplo, en población cubierta por el test de detección precoz de cáncer de colon, sesenta y tantos por ciento, muy por encima de otras Comunidades. Y nuestra Atención Primaria es muy buena, como indican otros de los múltiples indicadores que tenemos.

Pero si nosotros fuéramos capaces de centrar el debate en este asunto, que en definitiva es el asunto esencial de la asistencia sanitaria -es nuestra calidad, nuestro rendimiento-, probablemente el nivel de discrepancia política pues bajaría de manera suficiente y podríamos enfrentar las reformas necesarias de nuestra Comunidad de manera eficiente. Si seguimos intentando ocultar los datos, si seguimos intentando que la gente no conozca exactamente lo que pasa, el sistema continuará deteriorándose. Pero hay una cosa que es mucho más importante: continuaremos perdiendo facultativos.



He de decir que todo esto para ustedes yo entiendo que es importante, pero para quienes somos profesionales del sistema –y aquí hay dos... tres (miento, perdón), al menos– no hay nada más importante para un profesional sanitario que saber que la calidad de lo que hace es buena, que además se mide y que además importa. Y yo he de decirles que durante muchos años en el Sistema Nacional de Salud, y en concreto en el Sacyl, haciendo pues endoscopias y pruebas graves, de riesgo, nunca nunca, jamás –pero nunca es jamás, nunca jamás de los jamases– nadie me ha preguntado desde la Gerencia: “Oye, ¿tú qué morbilidad o qué mortalidad tienes haciendo tal o cual otra cosa?”. Cosa sorprendente: cuando había lista de espera siempre había un lío, pero si esto se hacía bien o mal, si detectas más o menos cánceres, si tus pruebas son mejores o peores, esto nunca ha sido objeto de debate. Y yo creo que esta es una de las reformas más urgentes, probablemente la más urgente, que tiene el sistema.

Espero haber podido explicarles en estos diez minutos el porqué de la obsesión y de la importancia que nosotros le damos a la transparencia y a los números en este asunto: porque, básicamente, esta es la mejor manera de proteger a nuestros pacientes y de darles la mejor calidad de la asistencia posible dentro de nuestros recursos, que son, como siempre, limitados. Y ese, y no otro, es el motivo de nuestra obsesión por la transparencia en este sentido.

Espero que ustedes hayan comprendido el porqué de esta PNL y luego les explicaré las modificaciones que vamos a hacer para intentar que esto sea incluso más...

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Señor Igea, tiene que terminar.

EL SEÑOR IGEA ARISQUETA:

Ya he acabado.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario UPL-Soria ¡Ya!, y un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor García.

EL SEÑOR GARCÍA FERNÁNDEZ:

Muchas gracias, señora presidenta. Bueno, la información es esencial para saber dónde estamos y a dónde podemos llegar. Y todo ello puede contribuir a la mejora de cualquier sector, en este caso del sistema sanitario y, como consecuencia, la salud de toda la sociedad leonesa y castellana.

Aparte de la información, es esencial una buena gestión y organización del sistema sanitario, con lo que, si sumamos a estos dos últimos requisitos –la de la buena gestión y la de buena organización– una buena información, el sistema sanitario mejorará y, como consecuencia, la atención a los pacientes.

Por eso, el buen manejo de la información por parte de los profesionales, con un buen acceso y una buena estructura, permitirá a los profesionales de la salud y



a los médicos realizar mejor su trabajo, porque saben en qué situación están, con mayor efectividad y una mejor atención; una atención de calidad, reduciendo tiempos de atención y de diagnósticos. Esto, por parte de los profesionales de la sanidad y de los médicos.

Pero también es necesario que esto llegue a los pacientes, es decir, que tengan una visión adecuada y realista del sistema sanitario. El conocimiento de la situación del sistema sanitario, de la realidad del sistema sanitario, dará mayor confianza a los pacientes y tendrá una percepción más realista de la situación.

También es verdad que tenemos un sistema sanitario, en muchas zonas, en precario, con unas listas de espera inasumibles, y que por muchos datos y estadísticas que tengamos o recopilemos poco se podrá hacer si no tenemos los recursos humanos y materiales necesarios para una atención adecuada y necesaria en el momento que se necesita. Y, si no, pregúntele a la sociedad berciana, cabreiresa y lacianiega, que se sirve del sistema sanitario y del Hospital del Bierzo, que es uno de los que en peor situación se encuentra.

Como he dicho, la información y la accesibilidad a la información, tanto por parte de los profesionales como de los ciudadanos, es esencial; pero sin los medios adecuados y los recursos necesarios poco podremos avanzar en la mejora del sistema sanitario. Desde la Junta se tiene que incidir en ello y tiene que poner todos los recursos necesarios para que la información recopilada sirva para tomar acciones y mejorar el sistema sanitario y la atención a los pacientes de León y de Castilla.

Es verdad que la burocracia es un tema que cansa tanto a los profesionales como a los usuarios de cualquier sistema. Es más, muchas veces los profesionales parece que lo único que tienen que hacer es rellenar cuestionarios e informes, perdiendo mucho tiempo en papeleo que no pueden dedicar a su tarea real, que es la de atender a los usuarios o a los pacientes en este caso.

Por eso el sistema de recopilación de datos tiene que ser lo más accesible y escueto posible, dando a su vez la información necesaria para la mejora del sistema, haciendo así de él algo práctico y fiable; porque, si no es escueto o no se ciñe a lo que nos interesa, la información proporcionada no será real ni verídica y se tendrá una foto realista de la situación... y no se tendrá una visión... una foto realista de la situación –perdón–, ya que cuando la recopilación de datos no es muy accesible, comprensible y escueta lo que suele hacer el encuestado o el informante es dar una información vaga e irreal por la falta de interés y de tiempo para cumplimentar o contestar a los cuestionarios, o no darla.

Por eso, desde la Unión del Pueblo Leonés apoyaremos esta proposición no de ley en los dos puntos que se indica, ya que consideramos que la transparencia es fundamental para que todo funcione. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Gracias, señor García. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Vox, y por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra la señora Hernando.



LA SEÑORA HERNANDO RUIZ:

Muchas gracias, presidenta. Bueno, pues, en definitiva, señorías, este Gobierno... -claro que es importante, y les doy la razón, la transparencia-, pero este Gobierno de Castilla y León ha mantenido y sigue manteniendo un firme compromiso con la transparencia. En ningún momento se... se puede decir que no hay transparencia. El derecho de acceso a los datos disponibles en la Administración sanitaria están disponibles para todos los ciudadanos, por lo que ofrece datos sobre la actualidad del sistema.

Este asunto ya ha sido tratado a raíz de una PNL presentada también por Ciudadanos en el Pleno de ocho de marzo del dos mil veintitrés; recientemente. Y también anteriormente, en el debate de la Moción derivada de la Interpelación 11/23, relativa a la política general en materia de transparencia y buen gobierno. En ambos casos, nuestro voto fue negativo y nos remitimos a todo lo expuesto en aquellas ocasiones.

Queremos recordar que en el Proyecto Bision, como el señor procurador bien sabe, se incluye en el marco de las acciones propuestas de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, dentro del Programa Operativo FEDER 2014-2020 de Castilla y León. El proyecto se inició en noviembre dos mil veinte. A lo largo del primer semestre -dos mil veintiuno- se puso en marcha la arquitectura del portal, integrándola con los sistemas operacionales e intermedios de la Gerencia Regional de Salud. A continuación, se construyen los primeros indicadores de Atención Primaria y Consultas Externas, dando acceso, en el cuarto trimestre del dos mil veintiuno, a los usuarios de servicios periféricos, incluyendo Gerencias de Salud de Área, Gerencias de Atención Primaria y Gerencias de Atención Hospitalaria.

Actualmente se continúa construyendo y validando indicadores tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria en las diferentes dimensiones: página web <saludcastillayleon.es/transparencia/es/observatorio>. Desde entonces se actualiza periódicamente la siguiente información:

Actividad ordinaria y continuada de Atención Primaria: 43 indicadores clave desagregados a nivel de hospital relacionados con la actividad, calidad, seguridad y eficiencia. Y esto se hace trimestralmente.

Indicadores clave relacionados con las listas de espera: quirúrgica, consultas y pruebas diagnósticas, desagregadas a nivel de hospital, servicio, prioridad y procedimiento quirúrgico -también trimestralmente-.

Diez conjuntos de datos abiertos en formato CSV con un importante nivel de desagregación a nivel de registro individual que permite la reutilización y el análisis detallado de la información publicada. Mensualmente se hace esto.

El Proyecto Bision se ha continuado desarrollando de forma muy intensa. Se continúan publicando interrumpidamente los conjuntos de datos en el Observatorio de Salud de Castilla y León. Se han incorporado progresivamente usuarios de equipos directivos y Servicios de Admisión. Está modificándose el acceso y disposición de la aplicación para un uso más rápido y atractivo, tanto en equipos de sobremesa como en dispositivos móviles.

Actuaciones también para mejor rendimiento de la aplicación desde el Ministerio de Sanidad. Con la finalidad de evaluar la Estrategia de Seguridad del Paciente



del Sistema Nacional de Salud se han venido recogiendo una serie de indicadores relacionados con proyectos derivados de la misma. Estos indicadores permiten motorizar la evolución de los diferentes proyectos y se comparten entre los profesionales implicados y las comisiones responsables, con el fin de analizarlos en profundidad, considerando también los contextos concretos en los que se producen, para poder identificar oportunidades de mejora de la seguridad y la calidad de la asistencia sanitaria. En definitiva, están concebidos como herramienta para la mejora continua de los centros, estando su interpretación sujeta al contexto de cada proyecto, de las circunstancias particulares de cada centro, no siendo en ocasiones directamente comparables entre sí.

Estos proyectos incluyen: bacte... bacte... Bacteriemia -perdón- Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero. Listado de verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS, listado de verificación elaborado por la OMS, utilizado por los profesionales del quirófano antes de la inducción de la anestesia, la incisión... bueno, etcétera. También incluye Higiene de Manos de la OMS, proyecto destinado a disminuir el riesgo de infecciones en los centros sanitarios. Y el reciente Plan de Calidad de Seguridad del Paciente 2022-2026 recoge explícitamente indicadores asociados con la seguridad del paciente durante la atención sanitaria, cuya motori... monito... monitorización -perdón- permitirá seguir avanzando en esta línea.

Otra página web en: <saludcastillayleon.es/profesionales/calidad-seguridad-paciente>... Bueno, ficheros. Lo pueden encontrar porque... porque es... está claramente; vamos, que se pueden encontrar fácilmente. Plan de Seguridad y del Paciente 2022-2026...

En definitiva, el Gobierno de Castilla y León -como he empezado, termino- ha mantenido y sigue manteniendo un firme... un firme compromiso con la transparencia y el derecho al acceso a los datos disponibles en la Administración sanitaria, por lo que ofrece datos sobre la actualización del sistema. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Gracias, señora Hernando. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Socialista y un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor Puente.

EL SEÑOR PUENTE ALCARAZ:

Gracias, presidenta. Cinco, cinco somos los profesionales que estamos inmersos en la sanidad y a algunos el tema de gestión me consta que nos interesa, entre otras cosas porque nos ganamos la vida con ello. Y fijese que creo que el dato que ha dado usted a mí me ha disparado una relación causa-efecto, el que ha dado del 9 % de reingreso en los hospitales de Castilla y León, que son muy importantes. Y repasaba yo mentalmente aquellas investigaciones que se han realizado, por ejemplo, con el papel de la enfermera gestora de casos, que han demostrado claramente una disminución en ese reingreso. Por no hablar del Informe al Alta de Enfermería, con educación al paciente a la alta, que es importantísimo.

Es muy importante los datos. Y no, no hay transparencia. Esos datos no están disponibles, señora Hernando, lo siento mucho. Porque la información sanitaria es un elemento fundamental por varios aspectos. Se han relatado aquí: el primero, para los



propios gestores, que tienen que saber con precisión y en tiempo real los aspectos básicos de la oferta y la demanda; en segundo lugar, para los propios profesionales, que tienen que ser conscientes del volumen de su carga asistencial; y el tercer lugar, el más importante, por lo menos para los que estamos aquí sentados, ¿no?, que es el tema de la auditoría social. Es importantísimo preocuparnos por que los datos sean claros, lo más prolijos posibles y transparentes; porque, cuando evaluamos políticamente un aspecto tan importante como la sanidad, los procuradores, estamos donde estamos situados en el escaño que estamos, queremos tener datos para justificar nuestros señalamientos o para defender la acción del Gobierno. Necesitamos datos de eficacia, eficiencia y todos los indicadores posibles para monitorizar el funcionamiento de la Administración sanitaria que consume la mayor parte de los impuestos de nuestros vecinos y convecinos.

Es significativo –eso no hay que dudarlo– el avance de los sistemas informáticos para la práctica clínica diaria; resultaría impensable el desempeño clínico sin Medoras, Gacelas, Jimenas o sin las herramientas administrativas GIS, FOSA o el que nos trae aquí, Bision. Siguen habiendo grandes lagunas, como la completa interoperabilidad entre niveles asistenciales y entre programas asistenciales. Se producen también dificultades en la actualización de estos programas que permiten de manera ágil adaptarse a las necesidades clínicas emergentes o la posibilidad de explotar la minería de datos que albergan potencialmente estos programas para investigación clínica. Esto es todavía un campo por descubrir. Y todavía quedan actividades clínicas donde se sigue usando el papel como base de la actividad asistencial; lamentablemente es así. Pero ahora sería impensable no usar estos programas para la gestión clínica y, en este caso, para la gestión micro-, meso- y macro- de nuestra sanidad pública.

El programa Bision permite al gestor, en cualquier nivel, saber en tiempo real... –o permitiría a la población que los sanitarios atendemos–, en tiempo real qué población estamos atendiendo. Podríamos saber la demanda asistencial de una manera desagregada, conocer la actividad realizada, la morbilidad que atendemos, la calidad de nuestra asistencia –como bien ha explicado el ponente, ¿no?–: efectividad, seguridad, orientación al usuario.

Y lo hace a través de dos mecanismos que son muy importantes: uno es el análisis de la tendencia de la atención sanitaria que permite apreciar la mejora o empeoramiento de las variables que nos interesen; y la otra, dicho de manera técnica –y que también lo ha expuesto usted– que es el *benchmarking*, es decir, que es compararnos entre iguales, saber si lo que hago como profesional es lo mismo, peor o mejor que lo que hacen mis colegas. Esta técnica, que nos cuesta un tanto en nuestra cultura sanitaria, se viene aplicando con mucho éxito en otros contextos internacionales. Permite preguntarnos qué hace mejor nuestro colega para tener mejores datos asistenciales que los míos y qué debo de aprender de él para aprender esos mismos... para conseguir esos mismos datos.

Fíjense, mi grupo ha pedido en varias ocasiones, desde que soy portavoz de Sanidad, que se ofrezcan datos de lista de espera en Atención Primaria. Sería altamente sano conocer dónde están las zonas básicas de salud más tensionadas, por ejemplo. Pero, para la Consejería de Salud, esta petición es ignorada o tachada directamente de demagógica. Oigan, ¿pues no resulta que el programa Bision tiene



la capacidad de decirnos por provincias y áreas cuál es la demora media de espera para recibir atención médica en Atención Primaria? *[El orador muestra un documento]*. Está aquí, dar un botón. Bision es capaz de darnos cuadros de mando mensuales bajo el lema “el Sacyl al minuto”, con datos como los que aparecen aquí de presión asistencial. Simplemente no nos los quieren dar. No hay transparencia.

¿Qué es lo que pasa? Pues que la transparencia de quienes gobiernan el Sacyl tiene que ser arrancada a golpes de leyes coercitivas. Si no, la transparencia no existe para el Partido Popular. Gracias a que es obligatorio por ley ofrecer los datos de las tres listas de espera que manejamos (primera consulta con especialista, pruebas complementarias y lista de espera quirúrgica), gracias a ello que de manera regular nos podemos enterar de los datos para el control político y la auditoría social. Eso sí, alargando al máximo los límites temporales y pasando los datos cocinados previamente a la prensa antes de que... antes de llegar a la Oposición, para amortiguar el golpe en caso de que vengan mal dadas.

Por eso nuestro grupo va a apoyar esta propuesta de resolución que nos presenta el Grupo Mixto para que los profesionales podamos comprobar nuestro desempeño y que el Observatorio del Sistema de Salud de Castilla y León ofrezca de manera abierta los datos que permitan conocer las principales dimensiones de calidad de atención al paciente: actividad, accesibilidad, efectividad, seguridad del paciente –elemento fundamental esta seguridad del paciente que ha mencionado la señora Hernando con esos programas que están puestos en marcha (por obligación también), y así tiene que seguir siendo.

Pero necesitamos datos que no tenemos. Tenemos que ser transpa... favorecer la transparencia y asegurar la fiabilidad de los sistemas de información, porque va a ser bueno para el profesional, para el paciente, para la mejora de la calidad y seguridad asistencial, para la investigación y para la academia. Y aunque no se lo crean, hasta para el propio Gobierno de la Junta, porque tendría otro aliciente más para ir mejorando nuestra sanidad pública. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Gracias, señor Puente. En turno de fijación de posiciones, por el Grupo Parlamentario Popular y un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra la señora Vallejo.

LA SEÑORA VALLEJO QUEVEDO:

Gracias, presidenta. Señorías, buenos días. En esta proposición no de ley que nos presenta el Grupo Mixto y que ha defendido el señor Igea Arisqueta, se evidencia una vez más que la base de datos, la publicidad, la transparencia, es un tema que preocupa al proponente; es más, nos ha indicado en esta misma intervención que es una obsesión.

Empezó comentando que esta proposición se presentó hace casi un año, pero no es menos cierto que este tema se ha debatido en este Parlamento en numerosas ocasiones desde el inicio de esta legislatura. Esta proposición no de ley es idéntica a la que se presentó en el Pleno en el... con el Número de Registro 4093 y que con fecha seis de junio se presentó y se retiró el catorce de junio de dos mil veintidós.



No es menos cierto que se interpeló al consejero de Presidencia en materia de transparencia y buen gobierno –también por el señor Igea– el veinte de septiembre de dos mil veintidós, y que esto dio lugar a una moción el cinco de octubre de dos mil veintidós.

Y que en el Pleno de ocho de marzo se presentó, por el señor Igea Arisqueta, una proposición muy similar a esta, tan similar que, si leen el Diario de Sesiones, podrán comprobar que parte de los ejemplos que hoy ha utilizado en su argumentación están ya recogidos en este debate, en este Diario de Sesiones. Hay alguno que, como se han destacado muchos más, pues si me permite, como lo puso usted de ejemplo en esa... en ese debate del ocho de marzo, lo voy a dar también. Dice: “Las infecciones hospitalarias están por debajo de la media en el conjunto de la Comunidad, el 0,68”.

Pero es que, además, ha realizado una pregunta escrita relativa a diversos indicadores de hospitales de Sacyl que ha sido contestada con fecha veintisiete de abril.

Quiero remarcar con esto que es un tema recurrente, que es un tema importante y que, evidentemente, es un tema vital, prioritario, para la Junta de Castilla y León y para la Consejería de Sanidad.

Claro, con estos antecedentes que les he comentado, yo cuando leí y empecé a ver un poquito, lo primero que pensé es si el consejero de Presidencia, ni el consejero de Sanidad, ni nuestra portavoz, el señor Martín Sánchez, ha sido capaz de convencer... han sido capaces de convencer al señor Igea de que este verdaderamente es un tema prioritario para la Consejería de Sanidad, esta humilde procuradora no cuenta con ello.

Pero evidentemente los procuradores de esta Comisión y, sobre todo, como esto... el publicar las bases de datos es un derecho de los castellanos y leoneses, creo que es fundamental que todos sepamos lo que se está haciendo con el Programa Bision y lo que se está haciendo con las bases de datos, con la transparencia y con la publi... –perdón– publicación de los datos.

En la presente legislatura, el compromiso de la Junta de Castilla León y de la Consejería de Sanidad con la transparencia y con la rendición de cuentas efectivamente se ha visto reforzado, y el señor proponente lo sabe muy bien.

La Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud impulsan el portal de transparencia y la publicación de nuevos datos e información sobre los resultados y actividades de los centros y servicios sanitarios. Esta información publicada se ha incrementado incluso bastante más que a finales de dos mil veintiuno, cuando el proponente ostentaba el cargo de vicepresidente de la Junta de Castilla y León y consejero de Transparencia y Ordenación del Territorio y Acción Exterior, o, como solían nombrarle desde el Grupo Parlamentario Socialista, creo recordar que era “vicepresidente de nada y consejero de todo”. No sé si era al contrario: “vicepresidente de todo y consejero de nada”.

Señor Igea, como sabe, para un sistema público de salud no solo la transparencia y la rendición de cuentas ante los ciudadanos, con las que la Junta de Castilla y León evidentemente está plenamente comprometida, son importantes, sino que la clave es precisamente la gestión de todo el sistema de forma adecuada a las necesidades de los pacientes.



En este sentido, hay que tener en cuenta que esta Plataforma Bision, a la que hace referencia, esencialmente –como ha indicado también– es una herramienta configurada para la gestión en el Sistema Público de Salud de Castilla y León. Y como creo que se ha indicado por alguna de las personas que me han... de los procuradores que me ha precedido en el turno de palabra, se ha ido mejorando y se han ido incorporando progresivamente, usuarios de equipos directivos y Servicios de Admisión, se ha ido modificando el acceso y la disposición y la aplicación para un uso más rápido y más atractivo, tanto en equipos de sobremesa como en dispositivos... dispositivos móviles. Se trabaja permanentemente para que su diseño sea más atractivo y pueda mejorar su uso. Se está trabajando en la incorporación de indicadores de nuevos ámbitos: farmacia, emergencias, módulo de atención al ciudadano, reclamaciones y sugerencias. Y, además, se están realizando intervenciones para mejorar el rendimiento de la aplicación, se está incrementando la capacidad física de las máquinas donde se almacena la base de datos de Bision.

Se recupera en estos momentos... contamos con información de más de 30 orígenes de datos diferentes. El señor proponente sabe muy bien que un conjunto amplio de indicadores clave y varios conjuntos de datos abiertos en los siguientes enlaces del portal de salud de Castilla y León tienen al mínimo... mínimo cuatro enlaces en ese portal de salud de Castilla y León que, a golpe de clic, pueden consultar cifras, datos, informes. Están a disposición de todo el mundo y son públicos, son transparentes y se actualizan. Y voy a decir un poquito en cómo se van actualizando y en qué tiempos.

Se publica y se actualiza periódicamente la actividad ordinaria y continuada de Atención Primaria, desagregada a nivel de centros de salud; la publicación es trimestral. 43 indicadores clave desagregados a nivel de hospital relacionados con la actividad, calidad, seguridad y eficiencia; también la actualización es trimestral. Indicadores clave relacionados con las listas de espera quirúrgicas, consultas y pruebas diagnósticas, desagregadas a nivel de hospital, servicio, prioridad y procedimiento quirúrgico; también trimestral. 10 conjuntos de datos abiertos, en formato Código Seguro de Verificación, con un importante nivel de desagregación a nivel de registro individual que permite la reutilización y el análisis detallado de la información publicada.

Pero es evidente que estamos manejando unos datos y una información compleja, y eso supone que, en determinadas ocasiones, la consolidación de datos e indicadores que se realiza tras el cierre de cada período y que, debido a la elevada complejidad del proceso –que el señor proponente conoce muy bien–, ha habido en algunos momentos cierto retraso en la carga de algunos conjuntos de datos. Pero en todo caso son situaciones puntuales y de lo que creo que todos sabemos y conocemos es que es una información que se actualiza con regularidad.

Señorías, si algo puede refrendar que efectivamente se trabaja constantemente en esa actualización y en esa publicidad de los datos, es que se publican ininterrumpidamente los conjuntos de datos en el Observatorio de Salud de Castilla y León, y que en noviembre de dos mil veintidós se han publicado 10 nuevos conjuntos de datos abiertos, 10 nuevos conjuntos de datos abiertos.

Se sigue impulsando el portal de transparencia. Pero, es más, solicita el proponente una información transparente y de gran utilidad a profesionales y



sociedad. Efectivamente, como se ha indicado, es un instrumento para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, que, como hemos dicho, se está constantemente el Proyecto Bision actualizando y el desarrollo de sus indicadores.

En la segunda parte de su propuesta solicita que entienda... -a ver, porque quizás no quiero... quiero ser lo suficientemente técnica- además de esa información, solicita en esa segunda parte que se pueda... -quiero encontrar exactamente la... la... porque no me gustaría errar (lo encontraré más tarde)-. La Consejería de Sanidad van a seguir trabajando por esa transparencia, van a seguir. Y sabe perfectamente que la segunda parte de su propuesta está totalmente cumplida.

Señor Igea, el portal de salud de Castilla y León, el primer portal de transparencia de sanidad, se puso en marcha en el dos mil dieciséis. Porque hay veces que algunos llegan a pensar que cuando llegaron al Gobierno se inventó la rueda, y la rueda estaba inventada y estaba en marcha. Pero se realizó un trabajo, un buen trabajo, y eso hay que reconocerlo; pero, volvemos a insistir, la rueda estaba inventada.

No vamos a apoyar esta proposición no de ley en los términos que la plantea, porque sabemos, y creo que así lo ha indicado en su propia intervención, sabemos que está superada por la vía de los hechos. Por eso, y no porque no compartamos lo que en ella expone, vamos a votar en contra o no vamos a apoyar esta proposición no de ley. Muchas gracias.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Gracias, señora Vallejo. Pues para cerrar el debate y fijar el texto definitivo de la resolución que propone, y por un tiempo máximo de diez minutos, tiene la palabra el señor Igea.

EL SEÑOR IGEA ARISQUETA:

Muy bien. En primer lugar, agradecer a los ponentes que van a votar a favor. Una precisión sobre la publicación del funcionamiento en las zonas de salud, que desdice lo que ha dicho la portavoz del Partido Popular: saben ustedes que nosotros publicamos una visualización de cómo funcionaban nuestras zonas de salud con un mapa en el cual cada centro medía la actividad. La última publicación, y van ustedes al portal de visualizaciones de la Junta de Castilla y León, es del treinta de septiembre de dos mil veintidós. Digo, por lo de la actualización: treinta de septiembre de dos mil veintidós.

Mire, no voy a perder mucho tiempo en discutir si es cierto o no lo que ha dicho, porque lo voy a resumir en alguna que otra pregunta.

¿Sabe usted cuál es el porcentaje de cirugía conservadora de la mama en su hospital? ¿Sí o no? ¿Puede saberlo? ¿Sí o no? Esa es la pregunta. La pregunta; y la respuesta es: no, usted no lo sabe. Ni usted ni ningún ciudadano de esta Comunidad.

¿Sabe usted qué porcentaje de infecciones hospitalarias hay en su hospital? No, usted no lo sabe. Ningún ciudadano de la Comunidad lo puede saber. Sí lo sabe el sistema, naturalmente que lo sabe porque lo manda todos los años, todos los meses, al Sistema Nacional de Salud.



Y esas son las preguntas y las respuestas que usted no nos puede responder. Ustedes no han añadido ningún dato esencial más. Todos ellos estaban en marcha.

Mire, me habla usted de Bision como una herramienta de gestión. No solamente. Oiga, permítame que yo sepa, ¿verdad?, permítame que yo sepa cómo diseñamos, cómo propusimos esta herramienta, que no fue solamente como una herramienta de gestión.

Mire, en diciembre de dos mil veintiuno se tenían que haber publicado el porcentaje de fracturas de cadera intervenidas hospital por hospital en menos de 48 horas. ¿Lo sabe usted? ¿Lo sabe usted? [Murmullos]. No, bueno, es decir, me está diciendo su compromiso con la transparencia y el cumplimiento.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Señor Igea, señor Igea, un momento.

EL SEÑOR IGEA ARISQUETA:

El señor Igea está intentado responder...

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Un momento, señor Igea. Señor Igea, le he parado el...

EL SEÑOR IGEA ARISQUETA:

Nuevamente me va a sorprender la presidenta...

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Le he parado... le he parado el tiempo. Perdona un momento.

EL SEÑOR IGEA ARISQUETA:

Cuénteme.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Todas sus señorías saben perfectamente que tenemos que escuchar a... a la persona que tiene el uso de la palabra. Señor Igea, no intente usted interpelar a nadie porque sabe perfectamente que no le pueden contestar.

EL SEÑOR IGEA ARISQUETA:

No estoy interpellando, es una pregunta... es una pregunta retórica, es una figura parlamentaria que se llama pregunta retórica.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Continúe, continúe; continúe, continúe, señor Igea, continúe.

**EL SEÑOR IGEA ARISQUETA:**

Si me deja ejercer el parlamentarismo, ¿verdad?, y no esta manía constante que tienen ustedes de interrumpir al orador cuando está en el uso de la palabra. Son preguntas retóricas. No espero su contestación porque ya la contesto yo: no puede. O sea que déjeme, por favor, utilizar la oratoria como a mí me convenga, si no le importa.

Porque, mire, las respuestas están aquí. Oiga, fracturas de cadera intervenidas en menos de 48 horas en Castilla y León, el 40 %; en Navarra, el 74. ¿Por qué sabemos esto? Porque el sistema envía esos datos a Madrid todo el rato y la envía desagregado. Yo lo que le estoy diciendo es: publique usted este dato desagregado.

Y usted ni quiere, ni le interesa, ni escucha, ni le parece importante. Porque, ¿sabe lo que pasa? Que a ustedes la información, cuando no pueden controlarla, tratan de ocultarla, maquillarla, y, si no, ya llamamos al director del periódico para que haga otra cosa.

Su compromiso con la transparencia es tal que el consejero de Transparencia –veo que están muy entretenidos–, que se presenta a concejal de Valladolid, ¿verdad?, aún no ha publicado las transferencias a los medios de comunicación del último año. Y con ese compromiso, que se presentó, que efectivamente lo reiteró varias veces, también en el Pleno, incumplido, pues ustedes manifiestan su apuesta por la transparencia.

Pero, efectivamente, ¿sabe usted cuántas colonoscopias, gastroscopias, por facultativos, se hacen en Salamanca y se hacen en Palencia? No lo sabe. ¿Cómo puede usted decir que este...? Veo que se ríe. Claro, estoy seguro de que se ríe porque, si usted tuviera que operarse, ¿verdad?, pues igual la risa era menor. Si nuestro compromiso con la atención sanitaria no fuera tan divertido como es para ustedes, ¿verdad?, pues igual nos reíamos todos un poquito menos. Porque es que el asunto es importante, ¿sabe? La calidad del sistema es un asunto importante; importante para los pacientes, importante para aquellos a los que tenemos que atender.

Por eso le voy a añadir un tercer punto –y voy a pedir que se vote por separado–, que es que estos datos de los indicadores claves del Sistema Nacional de Salud se publiquen desagregados por área hospitalaria, aquellos que afectan al funcionamiento del sistema. Están en la página del Ministerio. Se llaman indicadores claves del Sistema Nacional de Salud y se publican desagregados por Comunidad Autónoma. Y yo lo que le pido es que usted vote a favor –o no– de que estos datos de pertinencia, seguridad, funcionamiento de los hospitales se publiquen de manera desagregada, para que los ciudadanos de esta Comunidad sepan exactamente cómo funcionan, qué riesgos tienen, qué morbilidad, qué mortalidad tienen.

Entre las cosas que se pidieron y que se estaban tramitando en diciembre de dos mil veintiuno era la mortalidad en los procesos de baja mortalidad. ¿Pueden ustedes decirme cuál es la mortalidad de intervenciones de cánceres de colon en cada hospital? No pueden decírmelo, no pueden decírmelo. Pues claro, resulta que es que su compromiso con la transparencia, exactamente, ¿cuál es? *[Murmullos]*.

Yo, señora presidenta, yo, a mí me parece bien que usted ejerza la Presidencia de manera tan laxa con unos, pero me gustaría poder continuar la intervención sin ser continuamente interrumpido por el runrún del Partido Popular. Si es posible, vamos.



Insisto, ninguno de esos datos que yo le he pedido usted sería capaz de ponerlos encima de la mesa. Es verdad que lo hemos pedido ya en tres ocasiones y es verdad que ustedes no han hecho nada; y aún habrá más, porque es nuestra labor, la labor de la Oposición es exigir el control de la acción del Gobierno. Y, si ustedes no dan los datos, nosotros volveremos a pedirlos.

Pero le voy a decir cuál es su compromiso con la transparencia y con la verdad. Y lo voy a decir aquí para que todos los ciudadanos de la Comunidad tengan constancia de cómo se contesta a las preguntas parlamentarias. Porque preguntamos por los datos de TAC, resonancia magnética, endoscopia, sobre todos los hospitales. En el Hospital de Soria tenían suerte, porque en enero la endoscopia digestiva alta era menos de 20 días y la baja también. Del TAC y la resonancia no nos contestaron. En Segovia, a finales de enero -treinta de enero-, la primera endoscopia digestiva alta: uno de marzo, uno de marzo; es decir, escasamente un mes. Tampoco nos contestaron sobre los TAC, la resonancia. Y así uno y otro y otro y otro. Parece ser que los ciudadanos de esta Comunidad están muy mal informados. No saben que apenas esperan un mes para las pruebas diagnósticas. Es ese su... ese es su compromiso, efectivamente.

Efectivamente, las cosas ya estaban inventadas. Ustedes inventaron la rueda: inventaron una cosa que se llamaba "lista de espera estructural" y "no estructural". No publicaban la no estructural hasta que no llegamos nosotros, que se empezó a publicar toda. Por eso hoy tienen serios problemas, ¿verdad?, con los aplazamientos voluntarios y los aplazamientos clínicos, que son mucho mayores que las listas de espera estructurales; porque, antes, ustedes todos estos los metían debajo de la alfombra y no salían.

Por eso es bueno que venga gente que cree en la transparencia, porque, si no, nosotros no sabríamos hoy que tienen ustedes 50.000, ¡50.000 personas!, esperando técnicas diagnósticas mientras ustedes presumen de haber eliminado la lista de espera quirúrgica. Malamente van a operar ustedes a nadie de una vesícula si no le han hecho una ecografía. Malamente van a operar a nadie con problemas de digestivo sin que le hayan hecho el TAC o la resonancia que le corresponde. Esa es su manera de acabar con la lista de espera.

Por eso es importante que se sepa cuántas actividades por facultativo se hacen; no cuánta demora tenemos solamente, sino cuántos señores estamos operando por facultativo, por anestesista, por quirófano, en nuestra Comunidad, para saber si la reducción fantástica de algunas demoras se deben no al incremento de la actividad, sino al descenso de los diagnósticos, que es la situación en la que estamos.

Yo estoy seguro de que ustedes van a votar en contra; entre otras cosas porque a ustedes la sanidad les importa muy poco, porque tienen ustedes una suerte que la mayoría de los ciudadanos no tienen.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Señor Igea, por favor, ¿puede leer clara y alto y de manera concisa todos los puntos de lo que consta y las modificaciones que usted ha hecho?



EL SEÑOR IGEA ARISQUETA:

La primera vez que me piden que lea en alto y claro, pero creo que lo va a entender.

Uno. La inmediata... “Las Cortes de Castilla y León instan a la Junta de Castilla y León a:

Uno. La inmediata puesta a disposición de los profesionales de los indicadores validados a través de la plataforma de explotación de bases de datos de la Gerencia Regional de Salud.

Dos. La actualización inmediata puesta a disposición de profesionales y ciudadanos, a través del observatorio del Sistema de Salud de Castilla y León de las... [murmillos] ... (Claro, no lo van a entender si no lo escuchan, por muy alto que hable). La actualización e inmediata puesta a disposición de profesionales y ciudadanos, a través del observatorio del Sistema de Salud de Castilla y León, de las bases de datos abiertas para que los reutilizadores puedan elaborar indicadores de resultados en salud agrupados en las principales dimensiones de calidad de atención del paciente: actividad, accesibilidad, efectividad, seguridad, recursos compartidos, orientación, participación y satisfacción del paciente, favoreciendo la transparencia y fiabilidad de los sistemas”.

Y tres, el punto que añadimos en esta ocasión, que es: “Publicar de forma desagregada, por áreas hospitalarias, los indicadores claves del Sistema Nacional de Salud, en lo que se responden al epígrafe de sistema sanitario”. Nada más.

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Muchas gracias. Como ha solicitado el proponente, procedemos a realizar la votación... ¡Ah! Sí, ha habido un cambio de texto. Si alguien solicita la palabra... ¿Sí? Vale. ¿Alguien más? ¿No? Señora Vallejo.

LA SEÑORA VALLEJO QUEVEDO:

Gracias, señora presidenta. Simplemente, como es para fijar posición de voto, decir que, como habíamos indicado, de los dos puntos que ya figuraban en la proposición no de ley ya están asumidos y están puestos en marcha desde la Consejería de Sanidad.

Y el tercero que ha añadido, como es el mismo que incluyó en la proposición no de ley que se debatió el ocho de marzo en este Pleno y votamos en contra, pues volveremos a votar en contra. Muchas gracias.

Votación PNL/000120

LA PRESIDENTA (SEÑORA GARCÍA HERRERO):

Gracias, señora Vallejo. Bueno, pues procedemos a someter a votación el primer punto de esta proposición no de ley. No, es la... [murmillos]. ¿Eran los dos primeros? Vale, pues los puntos 1 y 2 de esta proposición no de ley. ¿Votos a



favor? Ocho. ¿Votos en contra? Diez. Con ocho votos a favor, diez votos en contra, estos puntos 1 y 2 de esta proposición no de ley que estamos debatiendo quedan rechazados.

Procedemos a someter a votación el tercer punto, añadido ahora, de esta proposición no de ley. ¿Votos a favor? Ocho. ¿Votos en contra? Diez. Con lo cual, con ocho votos a favor, diez votos en contra, queda totalmente rechazada esta proposición no de ley.

Y sí quería decirle al señor Igea que esta Presidencia le ha tratado con más respeto del que usted le ha tratado a ella. Nada más. Y muchas gracias.

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