



# CORTES GENERALES

# DIARIO DE SESIONES

# SENADO

XIV LEGISLATURA

Núm. 376

31 de mayo de 2022

Pág. 1

## COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. MODESTO POSE MESURA

Sesión celebrada el martes, 31 de mayo de 2022

### ORDEN DEL DÍA

Comparecencia conjunta del Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Universitario de Santiago, D. José Ramón Caeiro Rey, y de la médico geriatra del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, D.<sup>a</sup> Pilar Sáez López, miembros del Comité Científico de la Plataforma para la Prevención de Fracturas por Osteoporosis, y de la paciente y tesorera de la Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis (AECOSAR), D.<sup>a</sup> Carmen Sánchez Chicharro, ante la Comisión de Sanidad y Consumo, para la presentación del Informe «Fracturas por fragilidad. Reto político, social y sanitario para un envejecimiento saludable», elaborado por la Plataforma para la Prevención de Fracturas por Osteoporosis.

— Solicitud de comparecencia 715/000656. Autor: COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

### Debatir

— Moción por la que se insta al Gobierno a la puesta en marcha de una red nacional de atención al ictus.

(Núm. exp. 661/000802)

Autor: GRUPO PARLAMENTARIO DEMOCRÁTICO (CIUDADANOS, AGRUPACIÓN DE ELECTORES «TERUEL EXISTE» Y PARTIDO REGIONALISTA DE CANTABRIA)

— Moción por la que se insta al Gobierno a crear la nueva especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias.

(Núm. exp. 661/001583)

Autor: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO

— Moción por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas para la atención de las neoplasias hematológicas.

(Núm. exp. 661/001640)

Autor: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA

*Se abre la sesión a las once horas y treinta y cuatro minutos.*

El señor PRESIDENTE: Buenos días, señorías. Se abre la sesión de la Comisión de Sanidad.

Como es habitual, en primer lugar, corresponde la aprobación del acta de la sesión celebrada el día 21 de abril. Si no hay ninguna formulación en contra, ¿se puede aprobar por asentimiento? (*Asentimiento*). Queda aprobada.

COMPARECENCIA CONJUNTA DEL JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO, D. JOSÉ RAMÓN CAEIRO REY, Y DE LA MÉDICO GERIATRA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN DE ALCORCÓN, D.ª PILAR SÁEZ LÓPEZ, MIEMBROS DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE LA PLATAFORMA PARA LA PREVENCIÓN DE FRACTURAS POR OSTEOPOROSIS, Y DE LA PACIENTE Y TESORERA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CON LA OSTEOPOROSIS Y LA ARTROSIS (AECOSAR), D.ª CARMEN SÁNCHEZ CHICHARRO, ANTE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA LA PRESENTACIÓN DEL INFORME «FRACTURAS POR FRAGILIDAD. RETO POLÍTICO, SOCIAL Y SANITARIO PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE», ELABORADO POR LA PLATAFORMA PARA LA PREVENCIÓN DE FRACTURAS POR OSTEOPOROSIS.

— SOLICITUD DE COMPARECENCIA 715/000656. Autor: COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

El señor PRESIDENTE: Hoy celebramos la comparecencia conjunta de representantes de la Plataforma para la Prevención de Fracturas por Osteoporosis para la presentación del informe *Fracturas por fragilidad. Reto político, social y sanitario para un envejecimiento saludable*.

Comparecen don José Ramón Caeiro Rey, jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Universitario de Santiago y miembro del Comité Científico de la Plataforma para la prevención de Fracturas por Osteoporosis; doña Pilar Sáez López, médico geriatra del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón y miembro del Comité Científico de la Plataforma para la prevención de Fracturas por Osteoporosis; y doña Carmen Sánchez Chicharro, paciente y tesorera de la Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis, Aecosar.

Primero, intervendrán los tres comparecientes, por un tiempo aproximado de treinta minutos, tiempo que compartirán. Después lo harán los portavoces de los grupos parlamentarios, de menor a mayor, para formular las preguntas y observaciones que consideren pertinentes, por un tiempo aproximado de dos o tres minutos. Y para cerrar el debate contestarán los comparecientes. Después de este punto, pasaremos al debate y votación de las mociones.

Estamos a la espera de que llegue el doctor Caeiro.

Me indica la doctora Sáez que, en primer lugar, va a intervenir la señora Sánchez Chicharro.

Tiene usted la palabra.

La señora SÁNCHEZ CHICHARRO (paciente y tesorera de la Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis, Aecosar): Buenos días a todos.

Empezaré por decir que la osteoporosis es una enfermedad grave, crónica y degenerativa; además, tiene un gran impacto psicosocial cuando se produce una fractura porque, en la mayoría de los casos, conlleva una discapacidad, que puede ser transitoria, como en la fractura de Colles, o más permanente cuando la fractura es vertebral. Hay que recordar que la fractura no solo la padece el paciente, sino también su familia, ya que necesitará frecuentemente que le ayuden en su aseo personal, para vestirse o en otra serie de acciones cotidianas, como partir su comida o realizar tareas del hogar.

Más allá del impacto inmediato tanto para la paciente como para el Sistema Nacional de Salud, una fractura por fragilidad conlleva una disminución significativa de la independencia personal a largo plazo, sobre todo con fracturas tan graves como las de cadera. Una fractura inicial incrementa significativamente el riesgo de padecer subsiguientes fracturas y puede desencadenar una espiral de dependencia sanitaria, lo que supone un incremento del gasto para el Sistema Nacional de Salud y una disminución de la calidad de vida para el paciente.

Sería necesario que en todos los grandes hospitales hubiera unidades de fractura, con registros de fracturas, para que cuando un paciente acudiera al hospital por una fractura pudiera ser atendido en una de esas unidades, lo que mejoraría la vida del paciente y acortaría el tiempo de espera para que se hiciera cargo el especialista. Lo más frustrante para cualquier paciente es el peregrinaje de médico en médico hasta que se da con un tratamiento, algo que no debería ser muy complicado siguiendo las guías de práctica clínica y disponiendo en los hospitales de estas unidades de fractura.

La osteoporosis y sus secuelas representan un factor de estrés para los pacientes que las padecen. Entre las principales preocupaciones de los pacientes se incluyen el miedo a caerse y a tener otra fractura, la incapacidad para realizar adecuadamente tareas domésticas y la incertidumbre respecto al futuro. Supone un cambio en su estilo de vida: dejar de hacer actividades que hasta entonces habían podido realizar y saber que van a necesitar algún tipo de apoyo. Para las familias supone que van a tener que prestar ayuda y cuidados a esas personas, lo que altera en muchos casos sus vidas, con la necesidad de adaptar sus hogares y dejar de realizar actividades. Además, las fracturas vertebrales pueden provocar dolor a largo plazo y algunas pacientes sufren dolor varios años después de la fractura, con el consiguiente gasto sanitario. Solo el 28 % de las mujeres españolas recibe tratamiento para prevenir fracturas en el año posterior a la fractura por fragilidad inicial, es decir, más de dos tercios de las pacientes que han sufrido una fractura por fragilidad sale del hospital sin tratamiento para la osteoporosis. Esto puede deberse, en parte, a que sigue habiendo una falta de consenso sobre el tratamiento de la osteoporosis y el riesgo de fractura.

La ausencia de una definición clara, de un circuito asistencial óptimo, así como las consecuencias socioeconómicas de las fracturas por fragilidad, ponen de manifiesto la necesidad de optimizar su prevención secundaria con el objetivo de reducir su repercusión en los pacientes y en el Sistema Nacional de Salud. Es necesario identificar los puntos críticos y los aspectos mejorables del circuito asistencial de las pacientes con osteoporosis que han experimentado una fractura, teniendo en cuenta la perspectiva de las pacientes y de los profesionales sanitarios. Debemos tener presente que las fracturas por fragilidad son la cuarta causa principal de morbilidad crónica.

Tenemos 206 huesos, que debemos cuidar con ejercicios adaptados a nuestra patología y, sin lugar a dudas, considerar la adherencia al tratamiento impuesto por el especialista. Son los pilares que Aecosar propugna entre nuestras socias.

La asociación se fundó en el año 1994 con el fin de proporcionar un punto de encuentro a las personas afectadas y a todo aquel interesado o preocupado por la problemática de esta patología, así como para constituir un marco de referencia en el que proporcionarles información y apoyo. Desde la fecha de su creación, con unos comienzos modestos, la asociación ha evolucionado hasta estar representada en organizaciones de prestigio y de nivel internacional, y sus reivindicaciones son escuchadas en numerosos foros.

La escucha activa a los pacientes con osteoporosis es esencial para garantizar una asistencia sanitaria adecuada en función de sus necesidades y expectativas. Como ejemplo les contaré mi propia vivencia en este circuito que estoy describiendo. En el 2015, con la rotura de mi vértebra octava, acudí a urgencias. La doctora no pensó que yo sabía exactamente que era la vértebra 8 la que se me había fracturado. Lo comprobó haciéndome una radiografía y me dijo que tenía razón, pero, en lugar de derivarme al trauma de la espalda, me derivó otra vez a la atención primaria para que esta siguiera el proceso y me derivara a quien correspondiese. Esto causó un retraso: otra vez pedir cita y que atención primaria se hiciera cargo del caso; después, pedir cita en el especialista de espalda, que tardó; y más tarde, que me hicieran una resonancia, que también supone una espera. Cuando al final llegué al quirófano habían pasado dos meses; todo esto, con dolor y solamente con calmantes, porque no se podía hacer otra cosa.

Esto es lo que yo les quería transmitir, desde mi punto de vista de paciente.

Muchas gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, doña Carmen.

Mientras estamos a la espera de que llegue don José Ramón, tiene la palabra doña Pilar Sáez.

La señora SÁEZ LÓPEZ (médico geriatra del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón y miembro del Comité Científico de la Plataforma para la prevención de Fracturas por Osteoporosis): Buenos días a todos.

Antes de nada, agradezco muchísimo tener la oportunidad de presentarles esta plataforma y estas propuestas. Es un lujo para nosotros poder comentarles el grave problema que suponen la osteoporosis y las fracturas.

Voy a empezar comentando lo que es la osteoporosis. (*La señora compareciente apoya su intervención con una presentación digital*). Es una enfermedad esquelética crónica y progresiva que supone una pérdida de resistencia de los huesos y, como resultado, se producen las fracturas. El problema de las fracturas es que tienen unas consecuencias sanitarias muy importantes para el paciente, como ha comentado Carmen, para la gestión sanitaria y para toda la sociedad, sobre todo en términos de discapacidad, y supone una carga socioeconómica muy importante. Es la cuarta enfermedad crónica con mayor impacto en nuestro país. Hay casi tres millones de personas que tienen osteoporosis en nuestro país, y es una enfermedad predominantemente de mujeres mayores; casi el 80 % de las personas que tienen osteoporosis son mujeres.

La carga que supone, como ven ustedes en esta imagen, es tremenda: hasta 285 000 pacientes han tenido una fractura en el 2019, pero se espera que la cifra aumente muchísimo a lo largo de los próximos años. Así, se cree que las fracturas van a aumentar hasta un 30 % de aquí al 2034, es decir, que en 2034 vamos a tener 370 000 pacientes con fracturas.

Como les decía, es una enfermedad muy prevalente en personas mayores. España es un país, como todos sabemos, muy envejecido, con una esperanza de vida de 80,9 años en el hombre y de 86 años en la mujer. Estamos cerca de ser el país más envejecido, y se está diciendo que es el geriátrico de Europa o casi del mundo. Por tanto, tenemos que atender las enfermedades de los mayores.

El impacto socioeconómico es el que les muestro ahora: en 2010 era de 69 euros por persona y en 2019 es ya de 92 euros por persona. En total esta enfermedad supone más de 4300 millones de euros, cantidad que se divide dependiendo de a qué se atiende. El coste directo hospitalario es de 1800 millones. Lo que más cuesta es la discapacidad; hay que evitar esa discapacidad, que es lo que más nos cuesta a nivel de salud: más de 2000 millones de euros. Y los fármacos son lo que menos cuesta: 303 millones. Debemos, pues, atender y tratar este problema.

¿Qué ocurre cuando hay una fractura? Que es mucho más frecuente que se tenga una segunda. Cuando uno tiene una fractura tiene el doble de posibilidades de tener una segunda, y si tiene dos fracturas, se multiplica por cinco la posibilidad de tener otra. Entonces, una vez que se tiene una fractura, lo ideal es tratar e intentar prevenir la segunda. Pero ¿qué ocurre? Que no se hace así, que no es lo habitual; hay hasta un 64 % de personas que tienen una primera fractura que no se trata, y entonces vuelven a tener otra. Y hasta el 80 % de las personas que tienen osteoporosis no tienen diagnóstico ni reciben el tratamiento adecuado. Así pues, es muy importante difundir este problema en todos los medios, tanto en prensa como aquí, porque hay una falta de concienciación muy considerable sobre la gravedad de este problema. No es una enfermedad reconocida; no suele doler, solo supone luego las consecuencias de la fractura, pero cuando uno tiene osteoporosis no llama la atención, y no hay conciencia de enfermedad.

Y por ese motivo estamos aquí. Queremos presentar la Plataforma para la prevención de Fracturas por Osteoporosis. Es una plataforma que acabamos de inaugurar y es una iniciativa impulsada por un organismo internacional, la IOF, International Osteoporosis Foundation. La IOF, hace ya muchos años, empezó con un programa denominado Capture the Fracture, que consiste en algo tan básico como que cuando uno tiene una fractura hay que atenderlo, evaluarlo y tratarlo para evitar las siguientes fracturas. Así de sencillo es el programa. Nos ha dado unas recomendaciones a todos los países para que cada país implante el programa, y por eso se ha desarrollado esta plataforma —en esta imagen pueden ver a los que integramos el comité científico—. Queremos servir de altavoz para que esta enfermedad se conozca y podamos prevenir las siguientes fracturas.

La plataforma es un punto de encuentro de todos los agentes que nos hemos implicado: tanto médicos como asociaciones de pacientes y sociedades científicas. En esta otra imagen se puede ver cuáles son las sociedades científicas y asociaciones de pacientes que apoyan la Plataforma para la prevención de Fracturas por Osteoporosis. También hemos elaborado un informe de posicionamiento inicial, que ya se ha citado, titulado *Fracturas por fragilidad. Reto político, social y sanitario para un envejecimiento saludable*. Es el primer informe que se ha trabajado en esta plataforma, va a estar en la web, y les podemos enviar el enlace para que lo conozcan. Voy a darles unas pinceladas de lo que representa.

Parte del informe incluye todo lo que he comentado sobre la incidencia de las fracturas y el coste que supone, pero ahora me voy a referir a las propuestas de mejora, porque sí podemos hacer algo para prevenir fracturas y aliviar un poco la situación tan grave que tenemos.

Lo primero que podemos hacer es trabajar juntos y coordinarnos mejor entre el hospital y la atención primaria. Es un problema de todos, los pacientes son de todos, y a veces las fracturas se diagnostican en el hospital, pero luego hay que tratarlas y mantener el tratamiento, y el mantenimiento del tratamiento se debe hacer y apoyar por parte de la atención primaria, por lo que es necesaria una coordinación muy estrecha entre los dos niveles asistenciales.

También son muy importantes las campañas de sensibilización; necesitamos decir a los pacientes que cuando tengan una fractura pidan a sus médicos que se les estudie y se les trate. Ellos también forman parte de este proceso; son los protagonistas y deben pedir ese tratamiento y ese abordaje.

Lo siguiente es desarrollar guías de práctica clínica. Hay muchísimas guías de práctica clínica de osteoporosis. La que les presento es la última y la ha escrito la SEIOMM, la Sociedad Española de Investigación Ósea y de Metabolismo Mineral. Es de 2022 y está superactualizada. Los médicos estamos muy acostumbrados a seguir las guías de práctica clínica y, cuando se quedan anticuadas, las tenemos que actualizar. Y es lo que hacemos.

Paso ya a comentarles cuatro propuestas muy prácticas de abordaje asistencial para pacientes con osteoporosis que han demostrado mucho beneficio. Y es en eso en lo que les tenemos que pedir ayuda. Digo esto porque los médicos estamos muy acostumbrados a escribir guías de práctica clínica, a hacer estudios de investigación, y con los resultados de los estudios de investigación vemos qué es lo que hay que hacer para mejorar. Y eso lo podemos hacer solos. Bien, pues de esos estudios ha salido la evidencia científica de que las cuatro propuestas que les voy a hacer son útiles y buenas para los pacientes, pero para implantar estos modelos asistenciales necesitamos de ustedes, necesitamos un apoyo de la Administración. Los cuatro modelos son los siguientes: las unidades de coordinación de fracturas, el código de fractura por fragilidad, las unidades de ortogeriatría y los registros de fracturas.

El primero de ellos son las FLS, las unidades de coordinación de fracturas. Es muy sencillo: es un equipo multidisciplinar de profesionales que se dedica a identificar a los pacientes con fracturas, evaluar por qué han tenido una fractura, implantar el tratamiento, llevar a cabo el seguimiento del tratamiento y mejorar el cumplimiento. A nadie se le escapa que cuando uno tiene un ictus o un infarto sale del hospital con tres o cuatro pastillas más y con un montón de citas de seguimiento para evaluar los factores de riesgo cardiovascular y no volver a tener otro infarto. Eso no nos extraña nadie, pero cuando uno tiene una fractura no recibe tratamiento —Carmen lo ha dicho—; sale del hospital sin tratamiento con mucha frecuencia y no tiene un seguimiento. Y eso es lo que pedimos, simplemente: unidades de coordinación de fracturas que detecten a los pacientes con fracturas para que se les estudie y se les siga con el fin de evitar la siguiente fractura. Es un equipo de profesionales, tanto del hospital como de atención primaria, que se coordinan para tratar mejor este problema, para identificarlo y para tratarlo. Y no solo estamos hablando de tratamiento farmacológico; estamos hablando también de educación para la salud, de prevención de caídas —hay que detectar a los pacientes que se caen para que no se vuelvan a caer y no vuelvan a tener fracturas—, de dieta, de ejercicio, de vitamina D. Estamos hablando de muchas otras cosas, aparte del tratamiento farmacológico, y todas igual de importantes.

¿Qué beneficios se han obtenido con las FLS, con las unidades de coordinación de fracturas, con esto de lo que estamos hablando? Por supuesto, se hacen más pruebas diagnósticas, se hacen más densitometrías —un 24 % más—; se inician más tratamientos, es lógico —un 20 % más—; y también se aumenta la adherencia. Además, con estos medios se consigue una reducción de refracturas de hasta un 5 % y una disminución de la mortalidad relacionada con las fracturas. Por tanto, las FLS son beneficiosas para los pacientes y tenemos que implantarlas en todos los hospitales. Todos los hospitales que atiendan a pacientes con fracturas deberían tener unidades de coordinación de fracturas. Y la IOF, el organismo internacional que ha implantado el programa Capture the Fracture, ha acreditado a todos los hospitales que tienen unidades de coordinación de fracturas. En el mundo hay 735 hospitales con este tipo de unidades, y en España tenemos 76, es decir, solo el 18 % de los hospitales españoles tienen FLS, y nos gustaría llegar al 100 %. Tenemos que aumentar este número; es muy importante. Esta es la situación en que se encuentra España en cuanto a las FLS. Como ven en la presentación, los países que están en verde —Reino Unido, Malta, Irlanda, Finlandia— tienen más del 25 % de los hospitales con FLS, y nosotros solo tenemos, repito, el 18 %. Estamos en un término medio, con muchas posibilidades de mejora.

Paso a la siguiente propuesta, que es crear un código de fractura. Es supersencillo de hacer. Volvemos al símil del ictus y del infarto. Tenemos un código ictus y tenemos un código infarto. ¿Por qué? Porque los pacientes con ictus y con infartos necesitan un equipo de profesionales especializados que les traten bien para que el ictus no cree consecuencias, para que les hagan una trombólisis muy rápidamente y no tengan deterioro funcional y no se genere discapacidad. Pues lo mismo ocurre con las fracturas: queremos tratarlas muy rápidamente para que no nos den problemas. El código de fractura consistiría simplemente en identificar a los pacientes que tienen una fractura para luego evaluar si les estamos tratando bien o no, si les estamos poniendo el tratamiento y estamos previniendo la siguiente fractura. ¿De qué forma sería muy sencillo crear un código de fractura? Empezando por la fractura de cadera, porque todas las pacientes con fracturas de cadera van al hospital, con lo cual se las identifica muy bien. Y también porque las fracturas de cadera hay que atenderlas muy pronto. El ictus hay que atenderlo en menos de seis horas, pero la fractura de cadera hay que operarla antes de cuarenta y ocho horas. Seguro que ustedes tienen a alguna persona mayor en su familia que ha sufrido una fractura de cadera y saben lo que supone de dolor, de comorbilidad, de mortalidad. Y cuanto antes se les opera, mejor van; no hay ninguna duda, hay muchos estudios que lo demuestran. Por eso necesitamos un código de fractura. Y también porque los pacientes que sufren una fractura tienen mucho más riesgo de sufrir una nueva fractura de forma inmediata, al año siguiente, y es muy importante poner el tratamiento cuanto antes.

En cuanto a la cirugía precoz de la fractura de cadera, en España estamos bastante mal, estamos entre los últimos. Mientras que la mayor parte de los países operan al 80 % de los pacientes en las primeras cuarenta y ocho horas, nosotros solo lo hacemos con la mitad de los pacientes. Son datos de un informe de la OCDE, y la verdad es que nos encantaría mejorar esas cifras.

¿Cómo podemos mejorar la atención a la fractura de cadera? Para situarles les diré que hablamos de pacientes mayores, mayoritariamente mujeres, de 86 años de media, que cuando ingresan en el hospital tienen un montón de complicaciones médicas que llevan a un 5 % de mortalidad en el hospital y a un 30 % de mortalidad al año siguiente. Necesitan de la atención coordinada entre el traumatólogo y un geriatra o un internista. Eso es fundamental. Y esa es la tercera propuesta que les presento: la colaboración ortogerátrica o la unidad de ortogeriatría. ¿Qué han demostrado estas unidades? Menos complicaciones, menos mortalidad, mejor función —se camina mejor después del alta—, mejor ubicación al alta y menor estancia hospitalaria. Todos los estudios que pueden ver en la imagen han demostrado esos beneficios, y por eso todos los hospitales que atienden fracturas de cadera deberían tener unidades de ortogeriatría. Por esa razón, hace cuatro años editamos un documento, un poquito más divulgativo, en el que se indica el beneficio para el paciente de las unidades de ortogeriatría: cirugía más precoz, menos mortalidad, menos complicaciones, racionalización de los fármacos, beneficios para el sistema sanitario —es más barato, con menos estancia y menos interconsultas— y beneficio para todo el equipo. Y en este documento contamos con el apoyo de todas las sociedades científicas que aparecen en la pantalla.

Pasamos a la cuarta propuesta, que también es muy sencilla: consiste en utilizar los registros de fracturas. Las guías de práctica clínica nos dicen a los médicos cómo tenemos que atender a los pacientes, pero no sabemos si las seguimos o no. Son los registros los que nos dicen si realmente estamos siguiendo esas guías de práctica clínica. Por tanto, debemos tener registros, que evalúan cómo tratamos las enfermedades. Es como una auditoría: evalúan si tenemos déficit; y, si es así, implantamos mejoras y tenemos el propio registro para ver si esas mejoras son útiles o no. Supone, como una auditoría, un control de calidad continuo, y también un *benchmarking*: comparar nuestros resultados con los de otros hospitales para ver si lo hacemos bien. Por eso, en casi todos los países europeos tienen registros, sobre todo de fracturas de cadera, por lo que ya les he comentado: con las fracturas de cadera se ingresa en el hospital y es muy fácil detectarlas. En nuestro país, en el 2017, un grupo de hasta 300 profesionales —geriátras, traumatólogos, internistas, anestesiólogos, epidemiólogos— decidimos de forma voluntaria desarrollar el Registro Nacional de Fracturas de Cadera. En la mayoría de los países es una iniciativa que sale de la Administración, ya sea de las consejerías, o del Gobierno, del Ministerio de Sanidad. Nosotros teníamos prisa en implantar este registro en España porque nos parecía que en otros países se estaban obteniendo beneficios. Como digo, es un grupo de trabajo voluntario en el que han participado ya más de cien hospitales; y contamos también con el apoyo de varias sociedades científicas. Llevamos recogiendo datos desde 2017. En la imagen pueden ver todos los hospitales, de casi todas las comunidades autónomas, que han participado en el registro. Lo que hacemos es recoger información cada tres meses sobre cómo atendemos las fracturas de cadera en el hospital y hasta el mes siguiente a la fractura, y cada tres meses devolvemos a cada hospital los datos, porque, al ver cómo se trabaja, siempre se encuentran los déficits y se implantan mejoras. Además, como ven en la gráfica de la derecha, cada hospital tiene un número. Por ejemplo, si yo soy el número 29, el de arriba, significa que mi hospital está operando a los pacientes en las primeras veinte horas. Pero si soy el número de abajo, tardo ciento veinte horas en operar. Por tanto, al compararme con el resto de hospitales siempre tendré más ganas de implantar mejoras y reducir esos números. Recogemos mucha información —les he traído la demora quirúrgica porque es la más impactante—. También editamos un libro anual —está en la página web— con todas las actividades que hacemos a lo largo del año y la información que recogemos de todos los hospitales durante el año.

En el Registro Nacional de Fracturas de Cadera nos hemos propuesto mejorar estas actividades, por ejemplo, la cirugía precoz, la cirugía en las primeras cuarenta y ocho horas. Desde 2017 hasta 2020 ya hemos ahorrado veinte horas, es decir, estar veinte horas menos esperando para operarse. Me refiero a la media de todos los hospitales. Con ello se moviliza antes a los pacientes —hasta al 70 % de los pacientes se les levanta al día siguiente de la operación, cuando antes era solo a casi el 50 %—; se trata más la osteoporosis —se ha aumentado hasta un 14 % el tratamiento de la osteoporosis para evitar, como decíamos antes, tener nuevas fracturas; se trata mejor con el calcio y la vitamina D; y se han reducido las úlceras por presión—. Algo que no hemos conseguido mejorar, pero estamos en ello, es la capacidad de caminar a los treinta días. Es uno de los objetivos que tenemos, porque, repito, no lo hemos conseguido. Tenemos que intensificar la rehabilitación. Ustedes se pueden preguntar si los hospitales que tienen FLS en España, 76 o 77, coinciden con los que están participando en el registro. Pues no, solo coinciden el 54 %. Es algo curioso y en lo que tenemos que trabajar, porque en general solemos estar concienciados tanto

en cuanto a las unidades de coordinación de fracturas como en el registro, pero no en todos los hospitales eso coincide.

Por tanto —y voy resumiendo—, ¿cómo podemos trabajar y cómo nos pueden ayudar ustedes, que es lo más importante? Primero hay que crear un código de fractura para identificar a los pacientes que la tienen. Una vez que se ha identificado a esos pacientes, estos pasan a la unidad de coordinación de fracturas, donde les van a evaluar, les van a estudiar, van a ver por qué se han caído y por qué se han fracturado, y les van a poner el tratamiento farmacológico y no farmacológico: de prevención de caídas, de nutrición, de dieta, de ejercicio. El 18 % de los hospitales españoles tienen unidades de coordinación de fracturas. Cada euro que se invierte en este tipo de actividad, equipos o unidades revierte a la sociedad, unos años después, en 22 euros. Es decir, es eficiente. Tenemos un estudio muy reciente, de hace uno o dos meses, del doctor Naranjo, de Canarias, donde tienen una FLS muy potente, que ha demostrado que es muy eficiente implantar unidades de coordinación de fracturas. Y no es muy caro.

Una vez que el caso se ha estudiado en la unidad de coordinación de fracturas con una continuidad asistencial con atención primaria, vamos al siguiente paso. Cuando el paciente ya es más mayor y va con bastón, es muy frecuente que las fracturas necesiten ingreso hospitalario, y en ese momento tiene que entrar en juego la unidad de ortogeriatría. Durante la hospitalización esos pacientes, de 86 años de media, tienen que ser atendidos por internistas y geriatras junto con los traumatólogos, porque, si no, el caso se complica y se mueren. ¿Y cuántas unidades de ortogeriatría tenemos en España? No lo sabemos; queremos hacer una encuesta, porque no lo sabemos. En casi todos de los cien hospitales que han participado en el Registro Nacional de Fracturas de Cadera trabajan juntos clínicos y traumatólogos, pero sabemos que hay muchos hospitales donde no se trabaja así y, desde luego, todos los hospitales tendrían que tener esas unidades. Se ha demostrado que las unidades de ortogeriatría ahorran entre 1600 y 3700 euros por paciente, o sea, que es muy importante crearlas, y aunque la implantación es un poco costosa, luego se reporta y es más eficiente. Después, dentro de las unidades de ortogeriatría hay que utilizar los registros. ¿Por qué? Porque hemos visto que son eficientes; si yo me comparo, si yo sé cómo trabajo, puedo detectar déficits e implantar mejoras. El 24 % de los hospitales españoles han participado alguna vez en el Registro Nacional de Fracturas de Cadera, y estimamos que estamos ahorrando unos 29 millones de euros al año. ¿En qué? En ahorro de estancias —tenemos una estancia más corta—, en demora quirúrgica —les estamos operando antes— y, calculando el aumento del tratamiento de la osteoporosis, también en reducción de fracturas.

Esta es la manera de trabajar que proponemos: código de fractura, unidades de coordinación de fracturas, unidades de ortogeriatría y registros. Esa es la manera de mejorar la calidad asistencial de los pacientes. Y por eso estamos aquí, necesitamos su colaboración para implantar estas cuatro propuestas que les he comentado. Y los pacientes tienen que estar en el centro. Es lo más importante.

Esta es una actuación multidisciplinar. Como ven, tanto las unidades de coordinación de fracturas como las unidades de ortogeriatría son un trabajo en equipo de varios profesionales con el mismo objetivo. En muchos hospitales ni siquiera se necesitarían más recursos; bastaría con reorganizar el trabajo, porque a veces trabajamos de forma un poco desordenada. Por tanto, se trataría de implantar las unidades de ortogeriatría, implantar las unidades de coordinación de fracturas, impulsar el papel del médico de atención primaria, estar todos coordinados y mantener el tratamiento, mejorar la prevención secundaria mediante las guías de práctica clínica, y fomentar los registros que nos digan si realmente lo estamos haciendo bien. Y también hay que hacer programas de prevención de caídas y fracturas. Estamos contando incluso con los ayuntamientos, que a veces tienen programas de ejercicio físico para pacientes frágiles. En esto nos va la vida a todos y creo que podemos colaborar todos. Concretamente, en el ayuntamiento donde yo trabajo vamos a poner en marcha un programa de fragilidad para detectar a los pacientes frágiles que se caen, ponerles a hacer ejercicio y recomendarles mejoras de nutrición para evitar caídas y fracturas. Igualmente, hay que hacer campañas de concienciación y sensibilización para que los mismos pacientes nos pidan cómo tenemos que actuar. Y fomentar la investigación, que es muy importante para avanzar; siempre la ciencia nos ayuda a avanzar.

¿Qué necesitamos? La colaboración de los pacientes, de los médicos y, por supuesto, compromiso político. Desde el punto de vista médico, nosotros ya hemos llegado hasta donde podemos llegar: hemos hecho estudios de investigación y guías de práctica clínica y hemos creado el registro de forma voluntaria, que necesitaríamos que se institucionalizara, ya que después de la pandemia ha bajado el número de hospitales que están participando porque tenemos mucha presión asistencial. Necesitamos, pues, un compromiso para que se institucionalice. Estamos en conversaciones con la Dirección General de Salud Pública, del Ministerio de Sanidad, con Pilar Aparicio, que conoce muy bien el programa del registro, y creemos que ustedes nos pueden ayudar.

Como ya he comentado, en España estamos en el geriátrico de Europa, casi en el geriátrico del mundo, con una alta esperanza de vida, va a haber un aumento tremendo de fracturas, de hasta el 30 % en el 2034, y tenemos que prevenir, ir por delante de todo esto. Y repito que cada euro que se invierte reporta hasta 22 euros para la sociedad. Estamos a tiempo de prevenir las fracturas.

Muchísimas gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, doña Pilar.

Me indican que el doctor Caeiro está de camino, por tanto, vamos a comenzar el turno de portavoces.

No veo al señor Marín Gascón, del Grupo Parlamentario Mixto.

Por el Grupo Parlamentario Democrático, tiene la palabra su portavoz, el señor Sánchez.

El señor SÁNCHEZ LÓPEZ: Gracias, presidente. Buenos días.

Quiero dar las gracias a doña Pilar y a doña Carmen; enhorabuena por el trabajo que hacen. He tomado algunas notas y, efectivamente, estamos en el geriátrico de Europa y seguramente en uno de los geriátricos del mundo. España es uno de los países más envejecidos, y tenemos que atender las enfermedades de los mayores. Tendríamos que hacerlo de todas maneras, pero es que, además, nos interesa.

La osteoporosis es una enfermedad esquelética crónica y progresiva. Se ha hablado de la carga socioeconómica tan importante que acarrea, y me ha llamado la atención que sea la cuarta enfermedad crónica en este país, que afecta a las personas mayores y, sobre todo, a las mujeres. Me han parecido interesantes algunas de las cuestiones que se han puesto encima de la mesa, como la coordinación entre hospital y atención primaria, las campañas de sensibilización, el desarrollo de guías de práctica clínica y la utilización de los registros de fracturas, entre otras muchas cosas.

Debo ser breve, porque tienen que intervenir muchos de mis compañeros, pero quiero manifestar que estoy encantado con la comparecencia y reitero mi agradecimiento y enhorabuena. Por nuestra parte, tienen la colaboración que nos han pedido al final, como estoy seguro de que también la tienen de mis compañeros del resto de los grupos.

Muchísimas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, señoría.

Puesto que acaba de llegar el doctor Caeiro, quizá para los portavoces sería bueno escucharle ahora, una vez que respire con normalidad. (*Risas*).

¿Quiere usted intervenir ahora?

El señor CAEIRO REY (jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Universitario de Santiago y miembro del Comité Científico de la Plataforma para la prevención de Fracturas por Osteoporosis): Si así lo consideran, perfecto.

El señor PRESIDENTE: Pues yo creo que así los grupos podrán valorar todas las intervenciones en su conjunto.

Tiene usted la palabra.

El señor CAEIRO REY (jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Universitario de Santiago y miembro del Comité Científico de la Plataforma para la prevención de Fracturas por Osteoporosis): Ante todo, mis más sinceras disculpas por el retraso. Soy Iberia-dependiente y trasladarnos desde la esquina noroeste de Galicia hasta aquí ha resultado un poco más complejo.

Muchísimas gracias a la Comisión de Sanidad del Senado por permitirnos expresar hoy nuestra inquietud sobre el tema de la fractura por fragilidad. Creo que es un problema terriblemente importante a nivel de España. Pero no voy a insistir en ello, sencillamente quiero recalcar que posiblemente hoy en cualquier hospital de cualquier región de España en este momento se estará atendiendo una fractura por fragilidad, fractura que está afectando a personas mayores de 65 años, con lo cual podrían ser nuestros padres o nuestros abuelos, circunstancias que llevan a los servicios de traumatología, como el que represento, a situaciones de intervención quirúrgica en relación con dichos pacientes. Esas intervenciones tienen unos costes directos la mayor parte de las veces muy estandarizados, dependiendo de si es un implante o un número determinado de estancias hospitalarias, pero tienen asociadas un montón de costes indirectos relacionados con la dependencia que esas fracturas crean y la necesidad de atención que tienen los pacientes con este tipo de fracturas. Esto lleva a que el impacto económico, los costes relacionados con este tipo de fracturas, se nos vaya a los 4300 millones de euros, y subiendo. Y eso básicamente por dos



razones. Por un lado, por el hecho intrínseco de que la población española está envejeciendo, con lo cual las 385 000 fracturas que tuvimos en el año 2019 posiblemente se incrementen alrededor de un 30 % para el año 2034; por consiguiente, esos costes asociados directos e indirectos se van a incrementar. Por tanto, si de alguna manera pretendemos ser estandartes de un envejecimiento saludable, tenemos la necesidad intrínseca de reducir para esos años, y lo más pronto posible, el número de fracturas por fragilidad que se producen en España. Creo que es absolutamente necesario llegar a este punto, a esa expresión de urgencia en la que necesitamos que ustedes nos echen una mano; si no, con ninguna otra iniciativa —me refiero de los profesionales— vamos a ser capaces de reducir esa incidencia.

A día de hoy tenemos herramientas de prevención de las fracturas por fragilidad que nos pueden ayudar. Y estas iniciativas no son solo de carácter personal, de los médicos, geriatras, traumatólogos, internistas, etcétera, que tratamos a los enfermos, sino también de carácter institucional. Nuestra plataforma, de alguna manera bajo el paraguas de la International Osteoporosis Foundation, agrupa a un montón de sociedades españolas que se dedican a la atención de los pacientes con fracturas por fragilidad, como la Sociedad Española de Metabolismo Óseo y Mineral, la Sociedad Española de Fracturas por Fragilidad, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, la SEGG, al igual que asociaciones de pacientes que también están, obviamente, muy preocupados por este tema. Insisto: estamos en el punto de hacerlo. Lo que se nos viene en los próximos años debido a ese envejecimiento poblacional es muy importante desde el punto de vista asistencial y socioeconómico, y repito que para poder solventarlo, para poder afrontarlo con una mejor calidad y una buena repercusión sobre nuestros pacientes, necesitamos su ayuda.

Muchísimas gracias. (*Aplausos*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, doctor Caeiro.  
Continuamos con el turno de portavoces.  
No sé si el señor Sánchez quiere intervenir nuevamente.

El señor SÁNCHEZ LÓPEZ: No, señor presidente.  
Simplemente quiero dar las gracias al compareciente.  
Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.  
No veo al senador Matamala, portavoz del Grupo Parlamentario Nacionalista en el Senado.  
Por tanto, por el Grupo Parlamentario Vasco en el Senado, tiene la palabra la señora Ahedo.

La señora AHEDO CEZA: Muchas gracias, señor presidente.  
Lo primero que quiero hacer es agradecer la presencia, por cierto, algo accidentada, de José Ramón Caeiro y de las otras dos personas que han intervenido. Su intervención en sí ha sido muy didáctica y nos ha aclarado muchas cuestiones sobre la osteoporosis, sobre las fracturas, sobre la fragilidad y sobre un montón de cuestiones que muchas veces no se tienen en consideración. Agradezco que no solo nos hayan dicho qué es lo que hay, qué es lo que pasa, sino que hayan tenido también un punto de proactividad y ya nos hayan hecho propuestas. Precisamente iba a preguntar qué propuestas iban a hacer, pero ya no hace falta porque nos las han traído, y además son muy concretas; propuestas que, desde luego, mi grupo va a estudiar.

Reitero mi agradecimiento, y sepan que esta Cámara estará abierta siempre que lo consideren necesario.  
Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.  
¿Grupo Parlamentario Esquerra? (*Denegaciones*).  
Por el Grupo Parlamentario Popular en el Senado, tiene la palabra el senador Román.

El señor ROMÁN JASANADA: Buenos días. Muchas gracias, señor presidente.  
En primer lugar, quiero agradecer la comparecencia, tanto del doctor Caeiro, como de la doctora Sáez y de doña Carmen Sánchez, a quien ya tuve ocasión de conocer, junto con representantes de OAFI que comparecieron aquí para hablarnos precisamente de dos patologías, la artrosis y la osteoporosis, de alta prevalencia que afectan a muchas personas en España. Son patologías feminizadas que afectan fundamentalmente a mujeres y a mujeres de edad; y, sobre todo en el caso de la osteoporosis, desde la etapa de la posmenopausia aumenta la incidencia de ambas. Quiero agradecer a los tres su aportación y

sus propuestas, que nos marcan también una línea de trabajo a los representantes de los ciudadanos, a los senadores.

Pero quiero abundar en algunas de las cuestiones que han manifestado. De la intervención de doña Carmen Sánchez me han llamado la atención dos cuestiones. Primero, que no existe consenso para el tratamiento —creo que es lo que ha dicho—. Pero eso entra un poco en contradicción con lo que decía la doctora Sáez sobre las guías de práctica clínica. ¿Eso significa que esas guías de práctica clínica no son utilizadas por el conjunto de los profesionales sanitarios? ¿A qué se refería exactamente cuando decía que no existía un consenso para el tratamiento?

Segundo. En cuanto a la prevención secundaria de las fracturas por osteoporosis, hablan de la coordinación entre traumatólogos, geriatras, internistas, etcétera. Pero, en estas patologías crónicas —no hablo de fracturas de cadera, hablo de fracturas osteoporóticas a nivel de columna—, ¿cuál es la función de la atención primaria? Hablamos de patología crónica, de personas mayores, de una sanidad en España muy volcada hacia la especializada, y desde el punto de vista político y de planificación creemos que la atención primaria tiene que jugar un papel cada vez más importante. Quizás uno de los retos que tenemos sea la reforma de la atención primaria para mejorar la calidad asistencial. Por eso me ha llamado la atención en la intervención de la doctora Sáez que el papel de la coordinación se centrara fundamentalmente en la atención especializada y no mencionara tanto la atención primaria. Doña Carmen Sánchez hablaba del peregrinaje —creo que ha utilizado esa palabra— hasta que se llega a un diagnóstico, que venía dado precisamente porque le remitían a la atención primaria, no le realizaban la resonancia, no le realizaban pruebas diagnósticas y se le retrasaba el diagnóstico.

Esto en cuanto a las dos intervenciones iniciales. Y una última, para no extenderme mucho en el tiempo, es que vemos que hay un 18 % de hospitales con FLS. Esto puede implicar que haya una inequidad en el acceso a esta atención a las personas dependiendo de su lugar de residencia. ¿Están mejor atendidas las personas que viven en el ámbito urbano que las que lo hacen en el ámbito rural? ¿Qué soluciones hay? Aunque creo que las han expuesto después: la extensión de las unidades de coordinación y de las unidades de ortogeriatría.

Nada más, señor presidente. Gracias por su generosidad en cuanto al tiempo.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador Román.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la senadora Carmona.

La señora CARMONA DELGADO: Gracias, señor presidente.

Buenos días. En primer lugar, quiero manifestar nuestro agradecimiento por la presencia en esta sesión de doña Carmen, doña Pilar y don José Ramón. Ya ha quedado puesto de manifiesto a lo largo de sus exposiciones que son necesarias una serie de medidas sanitarias y sociales para afrontar, con la determinación suficiente, el problema de las fracturas por fragilidad, así como toda medida encaminada a reducir la aparición de segundas fracturas tras el debut de una fractura de origen osteoporótico que no hubiera sido filiada previamente. Eso repercute de forma indudable en un menor sufrimiento de nuestras personas mayores, como ha expresado doña Carmen, en una menor tasa de dependencia y aislamiento social, así como en una mayor longevidad en mejores condiciones de salud. No cabe duda de la verdadera trascendencia, de la dimensión de la osteoporosis. Por eso agradecemos su presencia hoy en esta comisión. No deja de ser un aspecto involutivo, del envejecimiento del ser humano, más frecuente, sin duda, según incidencias, en el sexo femenino, desencadenado por el desequilibrio hormonal perimenopáusico. ¿Qué mujer no haría algo por evitar una terrible fractura de cadera? En este sentido, es bueno recordar aquí que diversos metaanálisis muestran una asociación entre tabaco, fractura vertebral y de cadera. Existen también estudios que asocian la realización de ejercicio con el aumento de masa ósea, con la disminución de las caídas, mejorando el balance articular y el tono muscular, lo que redundará también, evidentemente, en la disminución de las fracturas. Por otro lado, quería preguntar por la controvertida eficacia de los suplementos de vitamina D y calcio en la reducción de fracturas. Les traslado la pregunta.

Sin duda, desde la atención primaria, que es el verdadero ámbito de la promoción y de la prevención, se aconseja continuamente evitar el sedentarismo y el tabaquismo, tomar el sol, al menos diez minutos al día, en cara y manos, seguir una dieta rica en calcio y vitamina D, y se habla de la importancia de la actividad física diaria. Efectivamente, las fracturas por fragilidad en nuestro país van en aumento debido al progresivo envejecimiento de la población, como todos sabemos, y en España, como ya se ha mencionado, hay 100 000 fracturas al año que se consideran producidas por fragilidad. Un 35 % de las mujeres mayores de 50 años y hasta un 52 % de las mayores de 70 tienen una densidad mineral ósea que cumple con los criterios de osteoporosis, según la Organización Mundial de la Salud. Urge continuar desarrollando

acciones específicas, como las que ustedes proponen aquí, que permitan un mejor abordaje y cuidado de los pacientes con el objetivo de evitar fracturas por fragilidad y, en consecuencia, reducir el uso de recursos, tanto humanos como materiales, el impacto en la mortalidad asociada, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes, que debe ser el objetivo príncipes.

En este sentido, nuestro grupo parlamentario manifiesta todo su apoyo, la recepción de las propuestas aquí trasladadas y, por supuesto, el ruego de que continuemos en permanente contacto para hacer el debido seguimiento.

Muchísimas gracias. *(Varias señorías golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano).*

El señor PRESIDENTE: Gracias, senadora Carmona.

Para concluir el debate, los comparecientes disponen de un breve turno.

Doña Carmen, ¿nos quiere comentar algo?

La señora SÁNCHEZ CHICHARRO (paciente y tesorera de la Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis, Aecosar): Bueno, ya les he explicado a ustedes, como paciente, cuál ha sido mi itinerario y lo que yo reivindicó: que haya unidades de fracturas en todos los grandes hospitales. Porque, dentro de Madrid, no es lo mismo que te toque un hospital a que te toque otro, aunque deberían existir esas guías únicas de práctica clínica sobre la manera de tratar a todos los pacientes con fracturas por fragilidad posmenopáusicas, que son los principales que van a utilizar esos servicios. Es importantísimo que se consideren las fracturas vertebrales, que no son tan graves como las de cadera, pero que son muy dolorosas y muy debilitantes. También deben tener en cuenta esta problemática, que afecta a muchas mujeres, y si no hay un registro de esas fracturas vertebrales por fragilidad, no van a ver la magnitud de esta patología, tan grave para las pacientes. Y no puedo más que pedir el apoyo de todos los grupos para que nos ayuden en esta creación, que no va a significar mucho coste económico para el Sistema Nacional de Salud, sino más bien un ahorro, porque no tendremos que peregrinar de médico en médico, gastando más recursos, sino que iremos directamente. Y se acortará el dolor y también la solución que nos van a dar, porque después de una vertebroplastia se quita el dolor y se puede volver a hacer una vida normal, pero se necesita ese neurocirujano que nos atienda y que nos haga esa vertebroplastia, que no en todos los hospitales se practica. Esta es mi petición.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, doña Carmen.

Doña Pilar, tiene usted la palabra.

La señora SÁEZ LÓPEZ (médico geriatra del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón y miembro del Comité Científico de la Plataforma para la prevención de Fracturas por Osteoporosis): Voy a intentar ir contestando.

En cuanto al consenso respecto a las guías de práctica clínica, que había comentado también Carmen, las guías de práctica clínica están basadas en estudios de investigación y no hay ninguna duda de lo que ahí pone; está recogido con una evidencia muy importante. Creo que el problema es que el servicio de atención a las fracturas no está organizado. Es decir, está muy claro que un infarto lo atiende un cardiólogo, que un ictus lo atiende un neurólogo, pero las fracturas las atendemos muchos, y por atenderlas muchos no está organizado. Por tanto, con las unidades de coordinación de fracturas se consigue que cada uno sepa lo que tiene que hacer, que se reparta el trabajo, y de esa manera, con esa organización, ya se cubre, se capta al paciente, se le evalúa y se le trata. Porque en algunos hospitales lo ve Reuma, en otros lo ve Interna, en otros hospitales Trauma, y en otros no lo trata nadie. Y ahí se escapan pacientes.

Sin embargo, cuando tienes una unidad de coordinación de fracturas, te centras en el hospital, haces un grupo de trabajo y dices: ¿Tú eres geriatra? Te quedas con la fractura de cadera y sigues las fracturas de cadera. ¿Que hay algún traumatólogo a quien le gusta la vertebral? Tú sigues las vertebrales. El reumatólogo coge el húmero y el radio. Es decir, nos lo repartimos y, cada vez que haya una de esas fracturas, la seguimos y la tratamos.

Eso es una unidad de coordinación de fracturas, no supone ni mucho coste ni es muy complejo, pero hay muchos hospitales que no la tienen. Y esa unidad cuenta, por supuesto, con atención primaria. Se hace un protocolo y se dice: Cuando tu paciente vaya con una fractura de radio y vuelva de urgencias, al recibirla tú en consulta, vamos a hacer este protocolo juntos y vamos a tratarla con este fármaco, porque es posmenopáusica y hay que empezar con él; si es muy mayor y corre más prisa evitar la siguiente fractura, hay que empezar con este otro fármaco. Se hacen protocolos locales basados en las guías de práctica clínica y se tratan, y claro que en todas las FLS se cuenta con primaria.

¿Qué me ha pasado en la exposición? A mí me pesa mucho mi trabajo en el hospital, llevo veinte años viendo fracturas de cadera y, por lo tanto, se me escapa; es lógico que, cuando hable, me centre siempre en la fractura de cadera. Pero por eso puse el círculo: código de fractura, detección de pacientes y, una vez detectados, van a las FLS —suelen ser pacientes un poquito más jóvenes, con problemas de húmero, radio, ramas, vértebras, a quienes se trata de forma ambulatoria a través del reumatólogo, el traumatólogo, el especialista que sea, unido al médico de atención primaria; cuando son más mayores, ya entramos nosotros—. Esto es cómo se debería organizar y, claro, se necesitan las dos unidades.

El señor CAEIRO REY (jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Universitario de Santiago y miembro del Comité Científico de la Plataforma para la prevención de Fracturas por Osteoporosis): Si me permites un momento, quiero ahondar un poquito más en lo que comentaba el senador Román. Muchísimas gracias por las preguntas, porque han sido todas superinteresantes.

No concebimos de ninguna otra manera el proceso osteoporosis-fractura osteoporótica si no es como un proceso netamente transversal. Esa transversalidad es la que tiene comienzo en atención primaria y final en atención primaria; de tal manera que la figura del médico de atención primaria es importantísima al principio para identificar a aquellos pacientes en riesgo de sufrir primera y sucesivas fracturas osteoporóticas y, al final del proceso transversal —en el que cada una de las especialidades médicas va aportando sus conocimientos, capacidades y habilidades: quirúrgicas, médicas, geriátricas, etcétera—, es otra vez el médico de atención primaria el que aparece. Y no nos olvidemos —como comentaba la senadora Carmona— de la necesidad de esos servicios sociosanitarios que integren al paciente dependiente a posteriori de una fractura por fragilidad, donde el médico de atención primaria vuelve a tomar poder en el seguimiento de estos pacientes.

Entendemos la necesidad de transformar el proceso asistencial de la osteoporosis-fractura osteoporótica, que puede ser organizacional de alguna manera, en un proceso netamente transversal. Creo que es una fórmula que, a futuro, nos puede dar rendimiento.

La señora SÁEZ LÓPEZ (médico geriatra del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón y miembro del Comité Científico de la Plataforma para la prevención de Fracturas por Osteoporosis): Quiero comentar la inequidad y el hecho de que solo el 18 % de los hospitales españoles tienen FLS. Efectivamente, como en tantos otros procesos, es verdad que hay inequidad. Creo que la comunidad autónoma que más FLS tiene es Cataluña y en Madrid, ocho. Sí, es verdad que es diferente, pero como en todos los procesos.

Respecto a la vitamina D y el calcio, no nos referimos solo a eso como tratamiento. Efectivamente, los pacientes que han tenido fracturas deben tener unos niveles normales de vitamina D, porque sí que influye, y deben tomar una cantidad de calcio suficiente, de acuerdo con las recomendaciones. Pero hay tratamientos farmacológicos que han demostrado con gran evidencia que disminuyen el riesgo de fracturas, así como tratamientos nuevos, que se han autorizado en otros países, que también han demostrado su beneficio en la reducción de facturas vertebrales, de cadera, de todo tipo de fracturas. Esos son los que están en las guías de práctica clínica y los utilizamos, pero es verdad que se necesita un equipo especializado que sepa qué tratamiento poner a cada paciente. Tampoco es muy complicado y desde primaria lo pueden hacer perfectamente conociendo las guías.

El señor PRESIDENTE: Doctor Caeiro, tiene la palabra.

El señor CAEIRO REY (jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Universitario de Santiago y miembro del Comité Científico de la Plataforma para la prevención de Fracturas por Osteoporosis): Senadora Carmona, le agradezco mucho las preguntas. Me encantó oír de usted, al final, la palabra «urge»; me encantó, porque es la situación en la que realmente estamos.

Particularmente, supongo como cirujano, no me gustan los dramatismos de ninguna manera, no podemos ponernos dramáticos en ningún contexto quirúrgico, pero, realmente, desde el punto de vista de incidencia y prevalencia de la fractura por fragilidad en España, con una población tan terriblemente envejecida, es el momento de empezar a preocuparse y poner algo de dramatismo en ello, porque si no, nuestro sistema sanitario va a sufrir, está sufriendo ya con este tipo de atención.

La integración sociosanitaria —y, posiblemente, ustedes lo sepan mucho mejor que yo— no es la mejor o, por lo menos, hay déficit de equidad entre las comunidades autónomas para la atención sociosanitaria, y deberíamos pelearnos por integrar esa atención sociosanitaria. Si eso lo ponemos en el mismo contexto de la fractura por fragilidad/persona dependiente/necesidad de integración, volvemos al mismo punto: urge,

# DIARIO DE SESIONES DEL SENADO

Comisión de Sanidad y Consumo

Núm. 376

31 de mayo de 2022

Pág. 13

urge tomar medidas relacionadas con todo este proceso. La fractura por fragilidad es de lo que más hace dependientes a nuestros ancianos, y tenemos que hacer algo por ellos, seguro.

El señor PRESIDENTE: Me van a permitir, como gallego, que haga una referencia al doctor Caeiro y al hospital de Santiago, que es el hospital de referencia en toda Galicia. Dentro de este hospital, el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología es un servicio de referencia —en el cual yo tengo amigos, de cuya amistad me siento muy orgulloso—, y el jefe del servicio, que para eso es el jefe (*Risas*), es una referencia dentro del Servicio. Fue un placer escucharlos

Suspendemos la sesión durante el tiempo necesario para despedirlos y, después, continuamos.

*Se suspende la sesión a las doce horas y treinta y seis minutos.*

*Se reanuda la sesión a las doce horas y cuarenta y cuatro minutos.*

El señor PRESIDENTE: Señorías, continuamos la comisión.

Nos quedan tres mociones y, como hay bastantes senadores preguntando por la hora de la votación, yo calculo que —aunque no soy muy artista calculando los tiempos—, si lo agilizamos un poco, podríamos estar votando a las dos. En principio, entonces, no votaríamos ninguna moción antes de las dos y agruparíamos las tres votaciones.

Pasamos ahora a la presentación de las mociones. Hasta ahora, para la presentación se disponía de dos o tres minutos, pero ahora son cinco minutos —el derecho es ese, aunque no hace falta agotar el tiempo—, tres minutos para la defensa de las enmiendas, un minuto para posicionarse con respecto a ellas y tres minutos para los portavoces.

## DEBATIR

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA PUESTA EN MARCHA DE UNA RED NACIONAL DE ATENCIÓN AL ICTUS.  
(Núm. exp. 661/000802)  
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO DEMOCRÁTICO (CIUDADANOS, AGRUPACIÓN DE ELECTORES «TERUEL EXISTE» Y PARTIDO REGIONALISTA DE CANTABRIA)

*El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.*

El señor PRESIDENTE: Se ha presentado en plazo una enmienda a esta moción del Grupo Parlamentario Socialista.

Para la defensa de la moción del Grupo Parlamentario Socialista, por un tiempo de tres minutos, tiene la palabra la senadora Inés Plaza.

La señora PLAZA GARCÍA: Señor presidente, la moción es de Ciudadanos, tiene que exponerla el portavoz del Grupo Parlamentario Democrático.

El señor PRESIDENTE: Sí, sí, claro. Se ve que hay efectos de la COVID que todavía no están bien estudiados, pero son evidentes. (*Risas*).

Tiene usted la palabra, por tiempo de cinco minutos, señor Sánchez.

El señor SÁNCHEZ LÓPEZ: Gracias, señor presidente.

El ictus representa actualmente en España la segunda causa de muerte, después de la cardiopatía isquémica, aunque en algunas comunidades autónomas, como Galicia y Extremadura, es la primera causa de mortalidad en ambos sexos.

Según un estudio del Hospital General Universitario de Albacete, la mortalidad que registraron por ictus se situaba en 1,9 % en 2019, mientras que se ha disparado hasta el 19 % en 2020. Además, mientras en 2019 el 40 % de las altas tras un ictus presentaba un grado de discapacidad importante y limitante para la autonomía personal, esta tasa ha escalado hasta el 53 %. Por tanto, vuelve a ser más pertinente, si cabe, la advertencia de los investigadores españoles de contar con una red de atención al ictus en forma para hacer frente a este reto y minimizar el impacto que esta patología tiene sobre los pacientes.

Varios estudios apuntan también al riesgo de recurrencia de isquemia y de la hemorragia intracraneal, por lo que el tratamiento del paciente con accidente vascular agudo debe extenderse también en el tiempo y estar sujeto a vigilancia prácticamente continua.

Señorías, la doctora Mar Castellanos, del Hospital Universitario de La Coruña, ha advertido de la importancia de los anticoagulantes orales de acción directa a la hora de prevenir el ictus en pacientes con fibrilación auricular, y apunta a que los investigadores apuestan ahora por ofrecer estos anticoagulantes de forma más temprana para minimizar el riesgo de recurrencia. Pero es que, además, señorías, un estudio publicado durante los meses más duros de la de la pandemia, en la revista especializada *Stroke*, concluye que los pacientes con COVID-19 tienen accidentes cerebrovasculares más graves como consecuencia de la enfermedad, lo que presenta un mayor riesgo para la salud de estos pacientes. Esta investigación, realizada por médicos y doctores españoles, se ha llevado a cabo analizando 550 casos de apoplejía aguda. En definitiva, lo que viene a demostrar el estudio es que los pacientes con esta enfermedad tienen accidentes cerebrovasculares más severos, con peores consecuencias, pese a recibir un tratamiento similar a aquellos que no la tienen.

Por tanto, señorías, el *petitum* de la moción es simplificar el visado para la prescripción de anticoagulantes orales de acción directa, ACOD, en pacientes con indicación clara de anticoagulación, unificándolos entre comunidades autónomas; apoyo financiero e institucional, en colaboración con el sector farmacéutico; apoyo a la investigación española en materia de accidentes cerebrovasculares; reformar el papel del terapeuta ocupacional en centros sanitarios, sociosanitarios y hospitalarios, públicos y privados, en línea con lo establecido en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias, acelerar los procesos de evaluación para pacientes afectados por accidentes cerebrovasculares, que deben acceder a un tribunal médico que dirima su nivel de discapacidad, mediante la disminución de la burocracia de este procedimiento, y una mejor información al paciente sobre tratamientos preventivos, en colaboración con la Federación Española de Ictus y con los profesionales sanitarios.

Señorías, pedimos su apoyo.

Muchísimas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senador Sánchez.

Ahora sí, para la defensa de la enmienda, tiene la palabra la senadora Inés Plaza.

La señora PLAZA GARCÍA: Gracias, señor presidente. Buenas tardes ya, señorías.

En primer lugar, consideramos que esta moción que trae hoy Ciudadanos en algunos aspectos invade las competencias de las comunidades autónomas. Por eso, nosotros pedimos que se cambie la redacción y que no solamente se inste al Gobierno, sino que se inste al Gobierno en colaboración con las comunidades autónomas, y siempre con respeto al marco competencia y de sus competencias, como no podía ser de otra manera.

En segundo lugar, se insta a promover medidas para la simplificación de los procesos administrativos relativos al acceso de los tratamientos anticoagulantes, en el marco de la actual Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud. A este respecto, nosotros queremos sustituir lo que se refiere al visado, puesto que el visado de inspección es una herramienta que permite asegurar la indicación óptima de una terapia farmacológica; se trata, además, de una garantía de seguridad en la utilización de medicamentos, más que en el proceso asistencial. Por otro lado, simplificar el visado para la prescripción de anticoagulantes orales de acción directa para pacientes con indicación clara de anticoagulación es competencia de las comunidades autónomas.

En tercer lugar, proponemos continuar apoyando y promoviendo la investigación sanitaria española en materia de accidentes cerebrovasculares, tanto en lo referente a su prevención como en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes que reciben el alta. Y decimos «continuar apoyando» porque ya se está apoyando, ya se está financiando; de hecho, el Instituto Carlos III ha financiado diferentes proyectos de investigación en ictus.

En cuarto lugar, pedimos simplificar y agilizar la valoración y reconocimiento de la discapacidad, también para pacientes afectados por accidentes cerebrovasculares. Por último, que, en el marco de la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, se promueva la información al paciente sobre tratamientos preventivos, en colaboración con las sociedades científicas, los profesionales sanitarios y las asociaciones de pacientes, para prevenir la aparición y la recurrencia del ictus isquémico, lo que facilitará su acceso en términos de equidad en todo el Sistema Nacional de Salud.

Muchas gracias. (*Varias señorías del Grupo Parlamentario Socialista golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora Inés Plaza.

Para el posicionamiento con respecto a la enmienda, tiene la palabra el senador Sánchez López.

El señor SÁNCHEZ LÓPEZ: Gracias, presidente.

Señoría, en primer lugar, como creo que usted es de Almería, le doy la enhorabuena por el ascenso de su equipo. *(La señora Plaza García: Gracias.— Risas).*

En segundo lugar, hemos presentado al Grupo Socialista una transaccional, que nosotros seguimos manteniendo, en la que acogemos su enmienda; lo que pasa es que al final no hemos terminado de ponernos de acuerdo. Nosotros decimos «promover actuaciones para simplificar el visado para prescripción de anticoagulantes orales de acción directa, ADOC, para pacientes con indicación clara anticoagulación», que es el punto 2, además de continuar con el apoyo financiero institucional y la aceleración de procesos de valoración y reconocimiento de la discapacidad para pacientes afectados por accidentes cerebrovasculares, reduciendo la burocracia... Con estos puntos tienen un problema porque, según la portavoz del Grupo Socialista, serían competencia autonómica. No, señoría, nosotros no pedimos que lo haga el ministerio, lo que proponemos es que el ministerio, en colaboración con las comunidades autónomas —esto es importante—, y dentro del marco competencial vigente... O sea, el Gobierno lo puede promover, aunque sean las comunidades autónomas las competentes para aplicarlo.

Por lo tanto, nuestra transaccional sigue en pie en estos términos y, si quieren, aunque ya figura en el texto de la moción, pero podemos volver a añadir que el ministerio lo haga colaboración con las comunidades autónomas y dentro del marco competencial vigente. Les seguimos ofreciendo la transaccional sobre la que no hemos llegado a un acuerdo y si no, mantendríamos la propuesta original.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Turno de portavoces.

El Grupo Parlamentario Democrático ya no utiliza este turno.

El Grupo Parlamentario Nacionalista en el Senado no está.

Por el Grupo Parlamentario Vasco en el Senado, tiene la palabra la senadora Ahedo.

La señora AHEDO CEZA: Muchas gracias. Voy a intentar ceñirme al tiempo.

Nosotros entendemos que, tal y como está planteada esta moción, hay una clara invasión competencial, que no podemos pasar por alto.

Además, es una moción que, desde nuestro punto de vista, mezcla diferentes cosas. Estamos hablando de ictus, de su prevención en los casos de fibrilación auricular con anticoagulantes orales, y se mezcla con la prescripción y visados, con investigación —que es fundamental, pero no deja de ser una mezcla—, con hablar solo del papel del terapeuta ocupacional —no sabemos por qué—, en vez de hablar de un equipo multidisciplinar, que es el que debiera trabajar desde la prevención hasta el tratamiento de las secuelas, etcétera.

Entonces, fundamentalmente por esa mezcla extraña de diferentes cuestiones, más la invasión competencial, mi grupo no puede apoyar en estos términos la moción. En el caso de que se pudiese llegar a una transaccional, evidentemente, la estudiaríamos y nos posicionaríamos dependiendo de en qué términos se produjese.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias.

Por parte del Grupo Parlamentario de Esquerra, tiene la palabra la senadora Mirella Cortès.

La señora CORTÈS GÈS: Gracias, presidente. Buenos días.

Resulta difícil conocer a ciencia cierta cuál ha sido el impacto general de la COVID —aunque se hayan realizado estudios en este sentido—, cuando todavía no nos hemos recuperado de la pandemia, porque sigue aquí y no la hemos superado. Por tanto, sería prudente dar un margen más amplio a las autoridades sanitarias para analizar más profunda y científicamente cómo puede haber incidido la COVID, en este caso, a las afectaciones del ictus.

Puede ser que la simplificación del visado sea positiva en el sentido de la desburocratización —esto es interesante—, pero se llevó a cabo justamente en el contexto de falta de presencialidad debido al confinamiento durante la pandemia. Si se debe mantener o no, entendemos que no somos nosotros quienes debemos decidirlo, sino que debería decidirlo el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, no una moción en el Senado. Es un tema importante, que se debe debatir y acordar en el seno del consejo interterritorial. Se

podría solicitar que el consejo interterritorial fuera el que estudiara la posibilidad, la debatiera y acordara lo que se tendría que hacer en este sentido.

Por tanto, nosotros tampoco vamos a apoyar esta moción, porque entendemos que quien debe debatirlo y acordarlo no somos nosotros, sino que primero se debe hacer en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Raboso.

El señor RABOSO GARCÍA-BAQUERO: Muchas gracias, señor presidente.

Independientemente de algunos matices, que podríamos comentar, sobre competencias, lo primero que quiero decir es que en la enmienda presentada por el Grupo Socialista se hacen una serie de afirmaciones implícitas, como lo de «seguiremos apoyando la investigación». Pues bien, para seguir apoyando la investigación hay que empezar apoyándola, algo en lo que, en cuestiones de ictus, este país sigue estando muy por detrás de lo que sería necesario, dada la cantidad de personas que lo padecen cada día.

Pero, independientemente de ciertas cuestiones, de matices que podrían dar lugar a un debate muy interesante y prolongado, lo que nos parece muy interesante es que esta iniciativa se dedique a una patología que afecta a un gran número de españoles todos los días y que, de alguna forma, trasluce un espíritu de asegurar que todos los españoles tengan acceso a una atención, tanto terapéutica como de rehabilitación, etcétera, homogénea allá donde estén en el territorio nacional. Y solamente por esos dos motivos, nosotros votaremos a favor.

Muchísimas gracias.

El señor PRESIDENTE: Por parte del Grupo Socialista, tiene la palabra la senadora Inés Plaza.

La señora PLAZA GARCÍA: Gracias, señor presidente.

Señor Sánchez, lamento que no haya aceptado la enmienda del Grupo Socialista porque, sinceramente, la considero muy razonable y además enriquecía la moción. Nosotros no tenemos ningún problema con ninguna transaccional, ni tenemos ningún problema con ningún punto, simplemente consideramos que son competencias autonómicas y no podemos aceptar que se inste al Gobierno a promover, porque, como ha dicho la señora Ahedo, es una invasión competencial.

El ictus continúa siendo la segunda causa de mortalidad en España, la primera entre las mujeres, y las previsiones de futuro no son positivas. Además, estudios anteriores a la pandemia por la COVID-19 ya preveían un incremento de las defunciones relacionadas con el ictus en un 39 % entre 2015 y 2035.

Al Grupo Socialista nos preocupa cómo prevenir, cómo podemos mejorar la información sobre el ictus y, sobre todo, que, cuando alguien sufra un ictus, se le atienda lo más rápido posible, porque genera una discapacidad y afecta especialmente a las mujeres, como ya he dicho. Nos preocupa y nos ocupa, por eso, el 6 de abril, el Grupo Socialista en el Congreso presentó una iniciativa, que se debatió el día 11 de mayo, y que además fue aprobada; una PNL que iba muy en la línea de la enmienda que nosotros hemos presentado hoy aquí.

Sinceramente, señor Sánchez, yo no sé por qué ustedes no han hecho todo lo que proponen. Puesto que son competencias autonómicas y ustedes están gobernando en Andalucía con el PP, con el Partido Popular, además con el apoyo de Vox, han tenido la oportunidad de hacerlo porque están gobernando; lo podrían haber hecho en los casi cuatro años de Gobierno de Andalucía. Es más, ustedes podrían haber hecho algo por la sanidad, en lugar de venir a presentar una moción en el sitio donde no corresponde. En Andalucía tenemos la peor sanidad de la historia. Las listas de espera son interminables: de hecho, en mi provincia, en Almería —ahora que he dicho Almería, le agradezco que me haya felicitado por el ascenso del equipo de fútbol—, hay más de 3500 personas en lista de espera, más de un año llevan para poder ser operadas, y para que nos vea un especialista —el neurólogo, por ejemplo, que es lo que nos ocupa ahora—, tienes que esperar más de nueve meses. Pero es que, además, para que te atienda tu médico de cabecera, quince días antes tienes que saber que te vas a poner mala, porque pides cita y no te dan hasta quince días después.

El Partido Popular, junto con Ciudadanos, apoyado además por Vox, están desmantelando la sanidad pública en Andalucía, y esto es algo que no costó muchísimo trabajo construir, algo muy serio. (*Rumores*). Señorías, el PSOE tiene un modelo de sanidad y la derecha tiene otro, y eso es algo objetivo, algo claro. En nuestro modelo de sanidad, para que te atienda un médico, para que te curen, solamente tienes que estar enfermo; si sufres un ictus, nadie te pregunta cuánto dinero tienes en el bolsillo; la sanidad es universal



para todos y para todas. Sin embargo, el modelo de las derechas es el de hacer negocio a costa de la salud, y se está viendo; es el sálvese quien tenga; según el dinero que tengan el bolsillo, se pueden salvar o no. Y desde que la derecha gobierna Andalucía se han batido récords de aseguramiento privado —esto es un hecho objetivo, aunque a la derecha, al Partido Popular, le moleste lo que estoy diciendo aquí—. Lo que estoy diciendo es un hecho objetivo: hay más seguros privados porque su servicio es pésimo, porque, como le he dicho, cuando se pide una cita, no hay hasta quince días vista. ¿Y qué es que lo que buscan con esto? Pues que cualquier persona que pueda pagarse un médico, lo haga. Dejan caer la sanidad para que ocurra esto. *(Rumores)*.

Además, todo el mundo tiene que saber que no es lo mismo la sanidad pública que la sanidad privada. En mi tierra, en Almería, cuando hay un problema de sanidad fuerte, un problema duro, derivan al Hospital Torrecárdenas, que es el público.

El señor PRESIDENTE: Señoría, vaya acabando.

La señora PLAZA GARCÍA: ¿Y saben ustedes qué han hecho en Almería en plena pandemia? Mientras se colapsaban todos los hospitales y faltaban camas por la COVID, en Almería se cerraba el Hospital cruz Roja de larga estancia. No sé qué tendrá que decir Juanma a todo esto, Juanma Moreno Bonilla, que ahora quiere que se le diga Juanma, por eso le digo Juanma.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora.

La señora PLAZA GARCÍA: ¿Se me ha acabado el tiempo?

El señor PRESIDENTE: Sí, sí. *(Rumores)*.

La señora PLAZA GARCÍA: Vale, vale, lo estoy preguntando y me están informando.

Gracias. *(Varias señorías del Grupo Parlamentario Socialista golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano)*.

El señor PRESIDENTE: La Mesa entiende que, en su momento, la moción se votará en sus propios términos.

— MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A CREAR LA NUEVA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

(Núm. exp. 661/001583)

Autor: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO

*El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.*

El señor PRESIDENTE: Se ha presentado en plazo a esta moción una enmienda del Grupo Parlamentario Socialista.

Para la defensa de la moción, por un tiempo de cinco minutos, tiene la palabra el señor Aranda.

El señor ARANDALASSA: Muy buenos días, señor presidente, señores miembros de la Mesa, señorías, señora letrada.

La especialidad de medicina de urgencias y emergencias tiene una larga historia en el mundo. Deberíamos remontarnos a hace cincuenta años, cuando aparecen los primeros especialistas en Europa, concretamente, en Irlanda y en Inglaterra. En Estados Unidos, comenzaron también por allá por la década de los setenta, en la que se inicia la formación reglada en medicina de urgencias y emergencias, a pesar de que no fue ratificada hasta los años ochenta. En Europa, se ha producido un auténtico crecimiento exponencial en cuanto al reconocimiento de la especialidad por parte de casi todos los países y, realmente, salvo en Portugal y España, en los demás existe una formación reglada.

En el año 2009, la Unión Europea de Médicos Especialistas, que es un órgano asesor de la Unión Europea, crea la sección Medicina de emergencias, que la equipara a las cuarenta y tres especialidades existentes, y también se aprueba el proyecto curricular de la medicina de urgencias y emergencias.

La atención sanitaria urgente en España supone un volumen importantísimo en cuanto a la disposición de la oferta de recursos, y este volumen supuso que en el año 2019 que, nada más y nada menos, se realizaran 30 millones de consultas en las áreas de urgencias hospitalarias y, aproximadamente, unos 6 millones de atenciones en emergencias. Igualmente, supuso la entrada, ni más ni menos, del 60 % de los pacientes que ingresan en los hospitales, y creo que todo ello da lugar a pensar en la necesidad de una formación reglada y adecuada. Por otra parte, son muchos los usuarios que se corresponden con capas de población desfavorecidas, con un elevado índice de fragilidad, de cronicidad, a los que los servicios sanitarios de urgencias y emergencias son los únicos proveedores de esa sanidad que requieren.

Jurídicamente, en la Directiva 2005/36/CE, fruto de muchos años de consenso a nivel profesional, se incluye la medicina de urgencias y emergencias como una especialidad primaria sometida a un reconocimiento automático, y esto fue el motivo de que el grupo de recursos humanos del consejo interterritorial culminara con la decisión de proponer la medicina de urgencias y emergencias como una especialidad a reconocer. Es más, en el anexo 5.1.3 se recoge que esta especialidad debe tener como mínimo un periodo de formación no inferior a cinco años. También he de decir que, con anterioridad, en la sanidad militar, está reconocida la medicina de urgencias y emergencias desde el año 2015. En mayo de 2019, la 72 Asamblea de la OMS instó a todos sus miembros a desarrollar los sistemas de urgencia y a potenciar los sistemas de urgencia y emergencia, y, desde luego, una especialización adecuada de sus profesionales con garantías de equidad, de igualdad y de salud en los sistemas de salud.

El apoyo al desarrollo de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias ha sido masivo por todos los profesionales, el mundo profesional legitimado, y así, por supuesto, por la Asamblea de los Colegios Médicos, pero también por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias y la Academia Estadounidense de Medicina de Emergencia, la Unión Europea de Médicos Especialistas, la Sociedad Europea de Emergencias y la Federación Internacional de Emergencias.

Por otra parte, ha habido un informe de todos los defensores autonómicos en el que, a través de un informe que se titula Servicios de urgencia hospitalarios, derechos y garantías de los pacientes, así como del Consejo Económico y Social, se recoge la expresa recomendación de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias. También, por supuesto, desde el punto de vista político, han sido múltiples las apuestas realizadas por los grupos mayoritarios, preferentemente el Partido Socialista y el Partido Popular, en las que se demanda la creación de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias, no solo en el Congreso, sino también en el Senado, y también lo han hecho de forma recurrente los consejeros de Sanidad de las distintas comunidades autónomas.

En mayo de 2020, una fecha reciente en el tiempo, el ministro de Sanidad de aquel momento, Salvador Illa, anunció formalmente en el Congreso de los Diputados la creación de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias antes de diciembre de ese año, como una especialidad independiente dentro de la vía civil e independiente de la creada a nivel de la sanidad militar.

Hemos de decir que la no existencia del título de especialista en medicina de urgencias y emergencias impide garantizar una formación homogénea de los especialistas que ejercen a nivel de los servicios de urgencia hospitalaria y a nivel de los servicios de emergencias médicos, como tampoco asegura una uniformidad en los cientos de millones de actuaciones médicas que se realizan anualmente.

El señor PRESIDENTE: Termine, por favor.

El señor ARANDA LASSA: Todos estos hechos —y ya termino, señor presidente— deben impulsar el inicio de los trámites de elaboración del real decreto de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias, que nos permita abordar con mayores niveles de calidad y seguridad futuras crisis sanitarias, como lo que ha ocurrido con la COVID y similares.

Por último, en esta misma moción planteamos la especialización en el sistema EIR de los enfermeros de urgencias y emergencias.

Muchas gracias. (*Varias señorías del Grupo Parlamentario Popular en el Senado golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la senadora doña Susanna Moll.

La señora MOLL KAMMERICH: Gracias, presidente.

Señorías, el Gobierno ya está tramitando un proyecto de real decreto por el que se regula la formación transversal de las especialidades en ciencias de la salud; el procedimiento y criterio para la creación y

revisión de los títulos de especialista en ciencias de la salud y de los diplomas de área de capacitación específica; el acceso y la formación para esas áreas; y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación. La previsión es que la aprobación de ese real decreto se produzca en el próximo periodo de sesiones. Cualquier área de conocimiento, como puede ser urgencia y emergencia, deberá someterse al procedimiento y cumplir los criterios del real decreto para que pueda procederse a la creación de una nueva especialidad, entre ellos, la financiación de plazas por parte de las consejerías de Salud de las comunidades autónomas y su sostenibilidad a medio y largo plazo.

Por todo ello, el Grupo Socialista presenta esta enmienda de modificación, en la que se insta al Gobierno a acelerar esos trabajos para culminar cuanto antes la entrada en vigor de este real decreto y se inicie el proceso de regulación de la formación de medicina de urgencias y emergencias para que se reconozca como especialidad.

Muchas gracias. *(Varias señorías del Grupo Parlamentario Socialista golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano).*

El señor PRESIDENTE: Gracias, señoría.

Para posicionarse sobre las enmiendas, tiene la palabra el senador Aranda.

El señor ARANDA LASSA: Gracias, presidente.

Señoría, llevamos ya muchísimo tiempo hablando de este tema, se está planteando desde el año 2002 por distintos ministros, desde la señora Salgado, pasando por el señor Bernat Soria, Trinidad Jiménez, Leire Pajín y el último, Salvador Illa, que prometieron la instauración rápida de la medicina de urgencias y emergencias. No nos vale lo que se nos está planteando por una razón: recientemente, el Gobierno ha aprobado el real decreto que establece la especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, de la misma manera que la medicina forense, y probablemente en la próxima convocatoria MIR sea una realidad.

En cuanto a las áreas de capacitación específica, es una cuestión que está desechada, porque va de lo general a lo específico, va hacia una superespecialidad que no es lo que necesita en estos momentos la medicina de urgencias y de emergencias. Entiendo que hay que asumir una realidad; una realidad que está determinada por todo nuestro entorno, en el sentido de que hay veintidós países de la Unión Europea que tienen ya esa especialidad reconocida, de la misma manera que en Estados Unidos, Canadá, Sudamérica, Sudeste Asiático, países árabes, etcétera. Por tanto, no aceptamos esa enmienda.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señoría.

Pasamos al turno de portavoces.

Por el Grupo Parlamentario Democrático, tiene la palabra el señor Sánchez.

El señor SÁNCHEZ LÓPEZ: Gracias, señor presidente.

No me duelen prendas dar la enhorabuena al proponente de esta iniciativa porque, además, la vamos a apoyar y nos parece muy buena. Solo voy a hacer un matiz y ponerle una pega: ha dicho que, en este tema, han sido sobre todo el PP y el PSOE los que han llevado la voz cantante en las iniciativas. Pero es que llevamos esperando desde el año 2002, ha habido gobiernos del PP y el PSOE y ninguno de los dos ha hecho nada sobre este tema. Podía haber hablado de todos los grupos, pero ha hecho hincapié en solo el PP y el PSOE, y tengo que decirle que nosotros hemos instado la comparecencia de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias en esta comisión hace ya meses, pero todavía estamos a la espera de que se ordene.

La especialidad de medicina de urgencia y emergencia es más que necesaria y la terrible crisis de la COVID ha puesto aún más de relieve la importancia que tienen los servicios de urgencia hospitalarios.

La inexistencia del título de urgencias y emergencias no permite garantizar la homogeneidad y la uniformidad de la formación de todos los profesionales de urgencias y emergencias. El ministro de Sanidad, Salvador Illa, prometió a Semes la creación de esta especialidad ya en 2020 y, a pregunta del que suscribe, también se comprometió. Yo he preguntado a Salvador Illa y también a la ministra Darías por este particular en sede parlamentaria.

Señorías, en veintinueve países de la Unión Europea está reconocida esta especialidad; solo en tres no está reconocida, entre ellos España, y más de cien países en el mundo y treinta sociedades apoyan a la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Es una reivindicación del año 2002, por tanto, ya va siendo hora. Y también va siendo hora —y permítame la licencia, señor presidente— de que, cuando usted lo tenga a bien, ordene la comparecencia de esta sociedad en la comisión.

Por tanto, enhorabuena por la iniciativa, pero no son solo el PP y el PSOE, hay más grupos que estamos encima de esta cuestión. Y votaremos a favor, por supuesto.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Vasco, tiene la palabra la senadora Ahedo.

La señora AHEDO CEZA: Gracias, presidente.

Bien, por fin debatimos una moción que sí tiene que ver con las competencias que tiene el Ministerio de Sanidad, con lo cual creo que estamos de enhorabuena, aunque solo sea por eso.

Nosotros vamos a apoyar esta moción en coherencia con la postura que llevamos manteniendo durante mucho tiempo sobre la necesidad urgente de que haya esa especialidad en urgencias y emergencias. Cada vez que nos hemos interesado o hemos preguntado por esta cuestión, se nos ha dicho que ya hay un trabajo realizado por un comité institucional, que ya se va a aprobar un real decreto... Hoy mismo nos dicen que el real decreto puede estar ya en el siguiente periodo de sesiones, pero no vemos qué problema habría si el real decreto saliera mientras se tramita y se solaparan. Pues, bienvenido sea. Pero llevamos ya bastante más de dos años esperando a ver si sale o deja de salir, y esto ya es como lo de santo Tomás: ver para creer.

Nosotros vamos a votar que sí porque entendemos que la especialidad de urgencias y emergencias es necesaria puesto que, primero, daría una formación más específica a los médicos y a las médicas que están trabajando ahí y, segundo, facilitaría —aunque no es el único factor— la clarificación del escenario en el que se encuentra primaria. Entendemos que hay muchas personas que se quieren dedicar a la urgencia y a la emergencia y que lo hacen, vía MIR, yendo a Familia y Comunitaria, y eso distorsiona el escenario en el que está en este momento la primaria y la especialidad de Familia y Comunitaria. Después del último MIR, que acaba de repartir las plazas y se han quedado vacantes, tendremos que abordar esta cuestión desde muchos puntos de vista y, probablemente, este sea uno más de los que ayude en ese camino.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias, señoría.

El Grupo Parlamentario Esquerra Republicana no interviene.

Por el Grupo Parlamentario Popular en el Senado, tiene la palabra su señoría.

El señor ARANDA LASSA: Gracias, presidente.

Simplemente, para terminar, una cuestión elemental: la formación médica debe estar orientada en convergencia con los países de nuestro entorno. Los criterios —que cumple sobradamente la medicina de urgencias y emergencias— que definen su existencia como especialidad y, por tanto, su creación, son tres básicamente: en primer lugar, la existencia de un campo de acción importante, con una alta demanda social; en segundo lugar, el cuerpo doctrinal y, en tercer lugar, desarrollar un programa de formación.

Es una apuesta importante, en la que España se está quedando atrás. Ayer me reuní con Semes, hablé con ellos, y me informaron de que en la convocatoria MIR de este año se han quedado vacantes ni más ni menos que 235 plazas, que se van a ofrecer a extracomunitarios. En estos momentos, están totalmente desorientados en cuanto al porcentaje de médicos de familia, de médicos de urgencias o de medicina interna que les va a llegar. Actualmente, el 60 % de las plazas de urgencias se está cubriendo con Medicina Familiar y Comunitaria; un 30 %, a través de Medicina Interna; un 5 %, a través de Cuidados Intensivos y un 5 %, a través de Anestesia.

La situación es de una escasa planificación porque, realmente, no estamos cubriendo las necesidades que inicialmente se planifican a nivel de atención primaria y, por lo tanto, es una obligación en estos momentos planificar y desarrollar esta especialidad.

Muchas gracias. *(Varias señorías del Grupo Parlamentario Popular golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano).*

El señor PRESIDENTE: Gracias, senador Aranda.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la senadora doña Susanna Moll.

La señora MOLL KAMMERICH: Gracias, presidente.

Señorías, el Gobierno de Pedro Sánchez y el Partido Socialista somos muy conscientes de la importancia de nuestro Sistema Nacional de Salud. Tan conscientes, que fue un ministro socialista, Ernest

Lluc, quien lo puso en marcha en 1986. Tan conscientes, que lo hemos ampliado y mejorado cada vez que hemos gobernado y allí donde hemos gobernado, a pesar de los continuos recortes que aplica el PP cuando gobiernan ustedes. Basta poner como ejemplo mi comunidad autónoma, Illes Balears, donde en los últimos años, con el Govern de Francina Armengol, hemos vuelto a la sanidad universal que el PP negó a algunos ciudadanos; hemos eliminado el copago de medicamentos para los pensionistas, impuesto por el PP, y hemos eliminado también el pago por la renovación de la tarjeta sanitaria (*Rumores*), establecido, cómo no, por el Gobierno del PP; ese PP que siempre nos insta a bajar los impuestos cuando está en la oposición, pero que los aumenta y crea impuestos nuevos para las personas más vulnerables cuando está gobernando.

Pues ahora también vamos a seguir reforzando y mejorando nuestro sistema de salud. En el caso concreto que nos ocupa, como ya he dicho en mi anterior intervención, estamos tramitando el proyecto del real decreto de formación sanitaria especializada, incluido en el Plan de recuperación, transformación y resiliencia que, en el componente 18, reforma cuatro, contempla el refuerzo de las capacidades profesionales. Como ya indicó la directora general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Celia Gómez, en la jornada parlamentaria que se celebró con Semes precisamente en el Congreso el mes pasado, ese real decreto determina los requisitos para que un área pueda constituirse en una especialidad. Y en cuanto se apruebe, urgencias no tendrá ninguna dificultad para convertirse en especialidad siguiendo los criterios establecidos.

El Gobierno de Pedro Sánchez seguirá trabajando para sacar adelante esta mejora y todas las demás contempladas en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en colaboración siempre con las comunidades autónomas y en diálogo con los colegios profesionales y las sociedades médicas.

Por ello, no podemos apoyar su moción, porque entendemos que la aprobación de una nueva especialidad va ligada a ese real decreto que se aprobará próximamente. Esta misma moción ya se debatió en comisión en el Congreso y con el real decreto se va a dar solución a esta cuestión.

No quiero acabar sin expresar en nombre del Grupo Socialista nuestro agradecimiento a todos y todas las profesionales sanitarias por su compromiso y su esfuerzo cada día, pero especialmente en los últimos dos años, en que la pandemia de la COVID los ha puesto al límite de sus fuerzas. Gracias a ellas y ellos hemos superado esos momentos durísimos y somos una sociedad más fuerte y resiliente.

Muchas gracias. (*Varias señorías del Grupo Parlamentario Socialista golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, Susanna.

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA ADOPCIÓN DE DETERMINADAS MEDIDAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS.  
(Núm. exp. 661/001640)  
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA

*El señor presidente lee el punto que figura en el orden del día.*

El señor PRESIDENTE: A esta moción no se ha presentado ninguna enmienda. Por lo tanto, para la defensa de la moción, tiene la palabra la portavoz del Grupo Socialista, senadora Carmona, por tiempo de cinco minutos.

La señora CARMONA DELGADO: Gracias, señor presidente.

Señorías, las neoplasias hematológicas ocupan en la clasificación general el tercer puesto, por detrás de los cánceres de pulmón y mama. La diversidad de estas enfermedades requiere una atención diferenciada a la de los tumores de carácter sólido, pues no tienen un abordaje quirúrgico ni tampoco se dispone en la actualidad de un programa de prevención. La fragilidad de los pacientes y su estado de inmunosupresión provoca que sean especialmente sensibles a cualquier tipo de coinfección, con un impacto grave en su estado de salud que puede llegar, incluso, a provocar su fallecimiento. La neutropenia es el factor de riesgo de desarrollo de coinfección más importante en el paciente oncológico, que puede presentarse de forma espontánea o también como efecto secundario de las diversas terapias utilizadas; en pacientes con linfomas o leucemias estas neutropenias son más intensas y prolongadas.

Por lo tanto, disponer de estrategias de atención domiciliaria que preserven la seguridad del paciente, reduzcan los ingresos hospitalarios y disminuyan la estancia media hospitalaria puede ser de gran ayuda para manejar la atención de dichos pacientes. (*La señora vicepresidenta, Otero García, ocupa la Presidencia*).

No cabe duda de que la pandemia de la COVID-19 nos ha hecho reflexionar sobre los nuevos modelos de atención sanitaria dirigidos a facilitar el manejo integral de los pacientes desde su domicilio. Aunque en nuestro país existe una media de cien unidades de atención domiciliaria para pacientes con patologías oncohematológicas, es mejorable y su implantación territorial aún no está completamente estandarizada.

Por otro lado, recalcamos la importancia en esta iniciativa de la atención a la salud mental de estas personas. La reciente aprobación por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de la Estrategia de Salud Mental es un ejemplo de la relevancia que esta cuestión tiene para el Ministerio de Sanidad, pues sitúa la salud mental en el epicentro de las políticas públicas sanitarias. En el caso de la atención a los pacientes oncológicos, esta cuestión es de gran importancia y, según el Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer, en 2019, en torno a 236 000 pacientes requerían de un tratamiento psicológico especializado, y durante la pandemia COVID-19 esta necesidad aumentó en un 34 %.

De ahí que nuestro grupo parlamentario presente esta iniciativa, instando al Gobierno a elaborar, en coordinación o en colaboración con las comunidades autónomas en el seno del Consejo Interterritorial, un plan de atención domiciliaria para pacientes oncohematológicos en el marco de la nueva Estrategia en Cáncer y asimismo, desarrollar, en colaboración también con las comunidades autónomas, los recursos humanos y materiales necesarios para proporcionar una atención psicológica efectiva a pacientes que padecen neoplasias hematológicas en cualquier momento de su enfermedad, en el marco también de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (Otero García): Gracias, senadora Carmona.

Turno de portavoces.

En primer lugar, por el Grupo Parlamentario Democrático, tiene la palabra el senador Sánchez López.

El señor SÁNCHEZ LÓPEZ: Muchas gracias.

Senadora Carmona, vamos a votar a favor.

Muchas gracias.

La señora VICEPRESIDENTA (Otero García): Gracias, señoría.

¿Grupo Parlamentario Nacionalista? (*Pausa*). La senadora Castellví no está presente.

Por el Grupo Parlamentario Vasco, tiene la palabra la senadora Ahedo.

La señora AHEDO CEZA: Muchas gracias. (*El señor presidente ocupa la Presidencia*).

Siento tener que decir que nuestro grupo no puede apoyar esta moción por una razón muy muy sencilla: en mi intervención anterior he hablado de competencias del Gobierno central, pero en este caso se insta al Gobierno a elaborar y coordinar un plan de atención domiciliaria —eso no le corresponde al Gobierno central, eso corresponde a las diferentes comunidades autónomas— y pide desarrollar recursos para proporcionar la atención —los recursos para proporcionar la atención también son una cuestión de comunidad autónoma—.

Es decir, los dos puntos de esta moción, desde nuestro punto de vista, son una clara invasión competencial que impide que podamos apoyarla.

Gracias.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora Ahedo.

Por el Grupo Parlamentario Esquerra Republicana, tiene la palabra la senadora Cortès.

La señora CORTÈS GÈS: Gracias, presidente.

Intervengo solo para decir que vamos a dar apoyo a esta moción, aunque no clarifique de dónde van a salir los recursos económicos. Pero vamos a darle apoyo.

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular en el Senado, tiene la palabra su señoría.

El señor RABOSO GARCÍA-BAQUERO: Gracias, señor presidente.

Nosotros también vamos a dar apoyo a esta moción porque consideramos que el tipo de terapias que se exponen en ella, efectivamente, tiene una serie de características, entre ellas económicas, que requieren de alguna forma una supervisión o una garantía nacional de que todas las personas en este país tienen

acceso a las mismas en igualdad de condiciones. Y, si bien es cierto que cuestiones de atención sanitaria, como ya ha dicho la señora Ahedo, caen dentro de las competencias de cada comunidad autónoma, no deja de ser cierto también que es una competencia del Estado garantizar el derecho constitucional de todos los españoles de acceder a un sistema sanitario público en igualdad de condiciones.

Por tanto, mi grupo, desde luego, apoyará la moción.

Muchas gracias.

El señor PRESIDENTE: Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la senadora Carmona. (*Rumores*).

La señora CARMONA DELGADO: Gracias, señor presidente.

En primer lugar, quiero agradecer a los grupos parlamentarios que muestren su apoyo a esta iniciativa, al tiempo que recordaré lo siguiente. (*Rumores*).

En la actualización de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, aprobada en febrero de 2021, queda recogido que se dispondrá de la normativa instrucción que describirá el comité autonómico de coordinación asistencial y su modelo —queda explicitado—. Y esta Estrategia en Cáncer es fruto de la cooperación de sociedades científicas, asociaciones de pacientes, profesionales expertos y representantes de todas las comunidades autónomas, y está alineada perfectamente con el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer. (*Rumores*). En dicho documento, además, destacan algunos aspectos clave, como el desarrollo del Código Europeo contra el Cáncer, con recomendaciones claves entre las ya conocidas —sobre dieta, ejercicio, tabaquismo— y alguna nueva, como la exposición al radón. (*Rumores*).

El señor PRESIDENTE: Perdone un momento, senadora.

Se reconoce más a algún senador o senadora que a la interviniente; no nos deja escuchar. Le ruego silencio.

Continúe, senadora.

La señora CARMONA DELGADO: Gracias, presidente.

Esta estrategia en cáncer remarca también la importancia de la progresiva extensión del modelo de atención multidisciplinaria, un modelo que se debe complementar con un acceso rápido y ágil cuando se detecta un signo o síntoma de presunción diagnóstica de cáncer.

Respecto a la oncohematología pediátrica, las unidades deberán elaborar la oferta asistencial de cada comunidad autónoma y conformar protocolos, todo ello con el fin de garantizar el acceso a una atención continuada los 365 días del año, 24 horas, así como disponer de herramientas para garantizar el acceso a la atención domiciliaria pediátrica y a cuidados paliativos pediátricos.

Asimismo, recordamos que la atención domiciliaria es una de las funciones de la atención primaria que se encuentra recogida de forma transversal dentro de diferentes estrategias de salud, como, por ejemplo, la estrategia de la cronicidad o la estrategia de cuidados paliativos, esta última en proceso de evaluación durante el año 2022. Actualmente, en línea con dicha estrategia en cáncer, también se está trabajando un informe de psicooncología con las diferentes comunidades autónomas y con las gerencias de servicios sanitarios que lo integran. La atención psicosocial de las personas con enfermedad oncológica y sus familias debe formar parte de ese modelo integral de atención para reducir el impacto del cáncer en la vida de estos pacientes. Las intervenciones psicosociales han probado su eficacia en el proceso de la enfermedad, como el empoderamiento del paciente, la normalización de la vida y la incorporación a nuestro sistema de salud, que debe convertirse en una realidad con celeridad.

Termino, señor presidente, diciendo que nos consta el gran esfuerzo que está realizando el Ministerio de Sanidad en materia oncológica, área tan transversal. Por ejemplo, actualmente, nueve de cada diez fármacos contra el cáncer están siendo financiados; la implantación de la protonterapia, o la renovación de equipos de alta tecnología, plan Inveat, con 395,9 millones de euros, cuyo eje principal es incrementar la supervivencia y la calidad de vida del paciente, que es, señorías, por lo que estamos aquí todas y todos, para trabajar por y para los pacientes.

Muchas gracias. (*Varias señorías golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano*).

El señor PRESIDENTE: Muchas gracias, senadora Carmona.

Hemos terminado antes de lo previsto. Damos un plazo de cinco minutos para llamar a los senadores que faltan y así podemos adelantar la votación. (*Pausa*).

Ahora que estamos todos, pasamos a la votación.

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA PUESTA EN MARCHA DE UNA RED NACIONAL DE ATENCIÓN AL ICTUS. *(Votación)*.  
(Núm. exp. 661/000802)  
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO DEMOCRÁTICO (CIUDADANOS, AGRUPACIÓN DE ELECTORES «TERUEL EXISTE» Y PARTIDO REGIONALISTA DE CANTABRIA)

*El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.*

El señor PRESIDENTE: Se vota en sus propios términos.

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 11; abstenciones, 15.*

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada.

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A CREAR LA NUEVA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. *(Votación)*.  
(Núm. exp. 661/001583)  
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO

*El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.*

El señor PRESIDENTE: Se vota en sus propios términos.

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 12; abstenciones, 14.*

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada. *(Varias señorías golpean repetidamente su mesa con la palma de la mano)*.

- MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA ADOPCIÓN DE DETERMINADAS MEDIDAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS. *(Votación)*.  
(Núm. exp. 661/001640)  
Autor: GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA

*El señor presidente lee el título que figura en el orden del día.*

El señor PRESIDENTE: Se vota en sus propios términos.

*Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 25; en contra, 1.*

El señor PRESIDENTE: Queda aprobada.

Muchas gracias por su colaboración. Hemos terminado a tiempo.

Se levanta la sesión.

*Eran las trece horas y cuarenta minutos.*