



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2020

XIV LEGISLATURA

Núm. 92

Pág. 1

PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PATXI LÓPEZ ÁLVAREZ

Sesión núm. 6

celebrada el martes 2 de junio de 2020

	<u>Página</u>
ORDEN DEL DÍA:	
Minuto de silencio	2
Comparecencias. Por acuerdo de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica:	
— Del señor presidente del Consejo General de la Organización Nacional de Ciegos Españoles, ONCE (Carballeda Piñeiro). (Número de expediente 219/000049)	2
— Del señor representante de la Organización Médica Colegial. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (Romero Agüit). (Número de expediente 219/000050)	18
— Del señor representante de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, FADSP (Sánchez Bayle). (Número de expediente 219/000051)	37
Corrección de error.	54

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 2

Se abre la sesión a las doce y treinta minutos de la mañana.

MINUTO DE SILENCIO.

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías. Se abre la sesión y lo hacemos, como ya es norma y tradición en esta Comisión, congratulándonos por la evolución de la pandemia, pero también recordando, con un minuto de silencio, a los fallecidos por el COVID-19. **(Pausa)**.

COMPARENCIAS. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA:

— DEL SEÑOR PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES, ONCE (CARBALLEDA PIÑEIRO). (Número de expediente 219/000049).

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

En el día de hoy continuamos con las comparencias que hemos acordado celebrar en el seno de esta Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, y les recuerdo que la sesión de hoy cuenta con tres comparencias. La primera es la de don Miguel Carballeda Piñeiro, presidente del Consejo General de la Organización Nacional de Ciegos Españoles, la ONCE. A las tres, tendremos a don Serafín Romero Agüit, en representación de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Y a las cinco, a don Marciano Sánchez Bayle, representante de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Así que comenzamos con el primer punto del orden del día, que es la comparencia de don Miguel Carballeda Piñeiro, presidente del Consejo General de la ONCE, a quien agradezco, en nombre de toda la Comisión, su disposición a comparecer en esta sesión, y a quien directamente le cedo la palabra.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES, ONCE** (Carballeda Piñeiro): Muchas gracias. Buenos días, presidente, a usted y a todos los miembros de la Comisión. Estoy agradecido por su invitación y espero que pueda contribuir, en la medida de las posibilidades de todo el grupo social ONCE, a mejorar la situación de nuestro país en el futuro.

Quisiera también transmitirle públicamente —si me lo permite— a todas las personas familiares de los fallecidos —y además de a sus familias, a sus allegados y a amigos— el cariño y el abrazo de toda la ONCE. He escuchado en las últimas semanas, posiblemente más que en toda mi vida —y mire que utilizamos ese concepto, esa palabra en la casa, en la ONCE—, la duda sobre si íbamos o no íbamos a ser capaces de salir de esta; capaces de estar unidos, de tener capacidad para afrontar el futuro, capacidad, capacidad. A nosotros nos gusta luchar por tener la capacidad de ser capaces. No es comparable esta situación a otras que han vivido nuestros padres, nuestros abuelos, a veces nuestros hermanos, pero ya venimos de vivir algunas circunstancias en nuestro colectivo —personales y de grupo—, la última la conocida como crisis económica, y al final lo hemos conseguido. Varios años para superarlo, aún hay situaciones pendientes, pero si hemos superado recientemente una situación que nos ha afectado de continuó durante varios años —quizá una década—, ¿no vamos a ser capaces ahora de empezar a superar algo que nos tiene en jaque desde hace tres meses? Claro que tenemos que ser capaces o no nos lo perdonaría nadie. Tenemos que ser capaces también por el recuerdo que le debemos a todos aquellos que no van a poder estar en ese proceso de capacidad para recuperar nuestro país y a las personas.

He oído también más que nunca eso de que no se quede nadie atrás. Ya lo habíamos oído en la anterior crisis, pero la realidad es que vivimos algunos colectivos desfavorecidos, peculiares, una situación curiosa. Siempre habíamos estado por norma a la cola, en la parte de atrás de la cola, y de golpe notamos en poco tiempo que se nos pasaba a la parte de delante de esa cola a la hora de recortar. Siempre había un gigante —como en las películas que no consigues olvidar— con una tijera muy grande, y allí hemos tenido que pasar en algunas ocasiones, entre otros colectivos, el de la discapacidad. Y así y todo hemos tratado de aportar lo mejor de nosotros mismos. También lo llevamos en el ADN, hemos luchado toda nuestra vida, posiblemente en los momentos más difíciles, los peores de nuestra vida, en el momento en que hemos asumido una discapacidad. Nosotros y con nosotros han sufrido nuestras madres —sobre todo—, nuestros padres, a veces nuestros hermanos. No es fácil vivir como persona ciega o con otras discapacidades, pero volveremos a hacerlo posible, miraremos —sí, sí, los ciegos— de nuevo hacia delante, hacia el futuro, y volveremos a las calles el próximo 15 de junio. Trataremos de volver con nuestra alegría, con nuestra ilusión, compartiendo momentos de suerte —que buena falta nos van a hacer a todos—. Habrá muchos ciegos, imagínense un

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 3

ciego total con un TPV encima, con un bastón encima, con una mascarilla encima, con una cobertura, para lavarse las manos, etcétera. Más difícil todavía, pero lo haremos, lo conseguiremos. Creo que la sociedad española tiene ese don y lo ha demostrado. Durante muchos meses, y a raíz de la crisis y de algunas otras cuestiones, en este país hemos puesto en duda los valores, y los valores han vuelto en estos últimos tres meses; la solidaridad de la ciudadanía ha sido sorprendente.

Nosotros iniciamos este año, ilusionados como siempre —está en nuestro ADN—, pensando en algunas cosas para 2020. Queríamos, como saben, organizar nuestra cumbre mundial de la ceguera, traer a muchos ciegos del mundo, muchos ciegos pobres que no tienen nada, como no teníamos nosotros, nuestra gente, cuando empezó en 1938. Hoy, día 2 de junio, hace exactamente treinta y cinco años que los representantes de pequeñas organizaciones y asociaciones de ciegos de España se reunieron aquí, en Madrid, para pedirle al Gobierno de la República que creara una sola organización bajo un mismo paraguas; en plena República. No lo vieron mal, pero la guerra se les echó encima en 1936 y hubo que esperar a que acabara la guerra, a que se sumaran las circunstancias desgraciadas de aquella guerra —además de los muertos, hubo mucha gente que se quedó ciega, o parálitica, o con un brazo o una pierna amputada, además de ciegos— para empezar a sumar lo que hoy es la ONCE. Salieron de aquel momento tan difícil porque no tenían nada que perder y porque necesitaban empezar a trabajar para poder tener un plato de comida al día siguiente para ellos o para sus hijos. Nosotros hemos prestado a lo largo de estos casi ochenta y dos años todo tipo de servicios sociales para devolver a la gente a la normalidad después de adquirir una ceguera —servicios a los niños, a los jóvenes, a los universitarios, servicios de rehabilitación, de atención precoz, de animación, de deporte, de tiflotecnología ahora—, pero el mejor servicio que le hemos prestado a esa parte de la sociedad que pertenece a las ONCE, con 72000 afiliados hoy —se afilian a la ONCE en España unas 3500 personas, por razones de visión, cada año—, el mejor servicio que hemos prestado nunca les aseguro que es el empleo, que es la forma digna de ganarse la vida. Los primeros ciegos renunciaron en 1938 a recibir una pensión que se les ofreció, y no era pequeña para aquel momento, pero ellos, que estaban acostumbrados a estar en la calle, a la picaresca, a ganarse la vida, prefirieron seguir viviendo de su propio esfuerzo, ser dueños de su futuro y empezaron a trabajar, a crear una familia y a tener un salario digno, que es el mejor servicio que se le puede prestar a cualquiera.

Los de mi generación —supongo que alguno por aquí habrá— cantábamos o al menos escuchábamos de pequeños —a ver si la recuerdan— una canción que escribió un argentino. Se cantaba mucho en España —no sé si era una de las estrategias de Franco entonces, pero se cantaba— aquello de: «Tres cosas hay en la vida, salud, dinero y amor». Lo de la salud es lo que me ha traído hoy aquí porque, si no, supongo que no me hubieran llamado. En cuanto al dinero, yo creo que a lo que el autor de la canción quería referirse era a otra palabra de seis letras que quizá no le encajó bien, que es empleo, la forma de ganar el dinero suficiente para poder vivir del esfuerzo propio, de sacar adelante a los suyos, de tener una ilusión por ir mejorado. Empleo. Y el amor, que no está nunca de más, hay que practicarlo, incluso en la política.

Aquella organización de ciegos pobres iba creciendo porque se iban incorporando los niños de la guerra, niños que morían a raíz de coger una bomba en el bosque, de jugar con ella como si fuera una pelota o de rozarla contra un árbol. Aquello explotaba y automáticamente les quitaba una pierna, un brazo o los ojos. ¿Duro, eh? Pero era así. Entonces, el médico del pueblo le decía: Pues vas a tener que ir a la ONCE, que se acaba de crear y para los ciegos es lo que hay. Yo tengo compañeros, alguno aún en activo pero la mayoría ya jubilados, que pasaron por ese proceso. Algunos se quedaron ciegos, otros con miembros amputados, y también el hermano de alguno de ellos murió debajo de un árbol de El Maestrazgo a raíz de las consecuencias que dejaron aquellos aviones que ya no sonaban. Tengo compañeros que quedaron ciegos por explosiones terroristas —en España hay unos cuantos—, incluso alguno cuando era niño fue a coger lo que se llamaba un juguete bomba en una acera y se quedó ciego para siempre. Tenemos compañeros ciegos por un proceso relacionados con el abuso de drogas, es una de las consecuencias y, les digo más, vuelve otra vez a pasar en España.

Tenemos compañeros de otra epidemia, esa que aporta en España cada día diez muertos por suicidio. Para que se suiciden diez personas, para que consigan matarse, hace falta que lo intenten unas doscientas. Imagínense las consecuencias que puede tener para esas ciento noventa personas restantes. Tenemos también muchos compañeros que han intentado suicidarse, y no es fácil. Esta organización sigue luchando por las personas, para que nadie se quede atrás y ha conseguido convertirse en el cuarto empleador no público de este país, el cuarto. No estamos en el IBEX, no procede, estamos en la cotización del corazón de las personas; volveremos a estarlo el día 15 de este mes. Esperamos poder seguir creando empleo porque a principio de año, nuestra ilusión, se lo puedo asegurar —recuerdo como si fuera ahora el salón de plenos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 4

del consejo general de la ONCE—, nuestro compromiso fue: Empezamos el año 73000 trabajadores en todo el Grupo Social ONCE, casi el 60% de ellos tenemos una discapacidad, y vamos a ver si conseguimos llegar a los 75000 y celebrarlo con la sociedad. Creamos empleo para personas con discapacidad y para personas que no la tienen, que trabajan juntas en un ejemplo de inclusión, de solidaridad. Ahora muchos miles bajo un ERTE, afortunadamente, nuestros más de 19000 vendedores, todos con discapacidad, y muchos miles de Fundación ONCE y del Grupo Ilunion. Sí, una de las ilusiones era llegar a 75000 trabajadores. Aparte de ser el cuarto empleador en España, somos el primero del mundo generando empleo para personas con discapacidad, el primero del mundo. Esto es España, mi país, del que me siento muy orgulloso por haber nacido y vivir en el país de la ONCE. No todo lo nuestro es malo, no todo se hace mal, ni siquiera en esta casa; nadie es tan bueno ni tan malo. No podemos ir por la vida permanentemente echando la culpa a los demás de todo lo que ocurre. Tenemos que preguntarnos eso de: ¿qué podemos hacer nosotros por nuestro país, por nuestra casa, por nuestra gente, para que realmente sea verdad eso de que nadie se quede atrás? La sociedad civil tendrá que preguntarles a ustedes, porque no hay manera de entenderlo. Ocurren cosas muy complicadas, muy difíciles de entender bien, de explicárselo a los más pequeños. Cuando llega el *Telediario*, los informativos de la noche, hay padres que no saben cómo explicar a sus niños esas preguntas que les hacen: papá, ¿por qué se pelean esos señores? Es muy difícil, de verdad. Y ellos están viendo que no estamos en el mejor momento. Creo que se les debe a la sociedad española, ejemplar en estos meses por lo que ha hecho, estos valores, la solidaridad.

Nosotros queríamos crecer, poder tener algún hotel más. Tenemos veintiséis hoteles en España, todos ellos accesibles para personas con discapacidad y para mayores, que han recibido premios internacionales, el último de Europa, que ha salido en los medios este fin de semana: un compromiso con la sociedad. Queríamos tener alguno más. La gente con discapacidad o muy mayor o dependientes, esos más de ochenta millones de personas, de turistas que lo tienen más difícil, tienen una cadena de hoteles de la ONCE, Ilunion, todos ellos adaptados.

No hemos podido crecer, pero hemos hecho algo muy importante a partir del 14 de marzo. Pusimos nuestros veintiséis hoteles a disposición de este país. Algunos de ellos se han convertido en hospitales Madrid, Barcelona, Valencia, Andalucía y Zaragoza, o en residencias para sanitarios que no podían o no debían ir a su casa. Lo hemos hecho encantados, orgullosos de poder aportar, a veces recibiendo menos de lo que hemos dado, pero eso es lo de menos, no se lo hemos preguntado a nadie. Y así ha respondido la sociedad en general, así han respondido muchos empresarios. Los empresarios son los que crean empleo en este país y hay que invitarles a que creen más. No son ogros, no podemos pelearnos permanentemente unos contra otros, tenemos que crear juntos oportunidades de vida para el futuro de las personas, especialmente para los que lo tienen mal y lo van a tener peor.

Teníamos la ilusión también de los Juegos Paralímpicos —yo soy presidente del Comité Paralímpico—, de ir a Corea. Sabíamos que los coreanos iban a hacer unos juegos magníficos, sobre todo en lo tecnológico. Fíjense, según una encuesta internacional del Comité Paralímpico Internacional, Japón y España son los dos países que más conocen y más reconocen el deporte de las personas con discapacidad, es decir, de los paralímpicos; Japón y España. Japón cuida de forma magnífica las políticas relacionadas con la gente mayor, el respeto con mayúsculas a la gente mayor, a los sabios. Cuida a los niños en los procesos educativos y cuida también de forma ejemplar a las personas con discapacidad. Japón es el país más longevo; el segundo, como saben, es España. Igual lo alcanzamos algún día, y eso servirá para que esos más de 80 millones de personas que vienen a España a conocernos, a disfrutar, vean en las calles no solo piedras muy antiguas —nuestra cultura—, sino también mucha gente mayor que peina canas, pero que la vean en las mejores condiciones. Para eso también hace falta un empleo digno para poder pagar el coste de una residencia de mayores, porque hay cosas que hay que ordenar. La ONCE también tiene sus propias residencias de mayores y algunas públicas de comunidades autónomas. Es muy difícil gestionar una residencia de mayores con el 50% de asignación diaria a la plaza, es decir, con una asignación a la plaza de esa persona mayor que supone justo la mitad que en otra comunidad autónoma. Es imposible. Por eso hay carencias. Las cosas cuestan lo que cuestan y hay que establecer mecanismos para que, por poco que podamos —si queremos ser justos— no establezcamos tantas diferencias. El sistema es perfecto, las diferencias no; son injustas.

Cuidado, porque igual ahora, en la recuperación echamos todos a correr —algo muy español— y por querer colocarnos medallas, empezamos a plantear en cada territorio —Gobierno central, diecisiete comunidades y dos ciudades autónomas, en total veinte—, en todos los medios de comunicación: La comunidad de no sé dónde va a hacer la fábrica más grande de mascarillas, más grande que el aeropuerto;

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 5

pues la comunidad de no sé dónde va a hacer una fábrica de respiradores más grande que la estación del AVE. Ustedes mismos. Claro que se necesitan mascarillas, respiradores, guantes y otras muchas cosas más, atender a los mayores y educación, pero lo que más se necesita es sentido común. No sé si venden de eso en China.

Presidente, creo que usted anunció que venía aquí esta semana y la semana pasada algunos compañeros y amigos de alguna ciudad lo oyeron y me han ido preguntando: ¿Pero vas a ir allí? ¿Pero tú crees que servirá de algo? A todos les he dicho: Voy con la mejor voluntad, voy a plantearles algunas cosas, algunas cuestiones que pienso. Algunos me mandaban mensaje, algunos que jamás estarán aquí, igual que nuestros clientes, nos decían eso de: ¡Cuidado! Porque es imposible explicarles a los niños en el *Telediario*, en el informativo, por qué se pelean, por qué discuten permanentemente si son los más importantes, los políticos de un país que les ha votado. Algunos otros me decían: Diles que hay cosas que no se pueden olvidar, a pesar de la pandemia. Cuidado con la corrupción también en el futuro, porque con la corrupción del 3%, del 4%, del 5%, del 10% y del 20% se podían haber comprado muchas mascarillas. Me decían tres personas —perdón por la palabra, pero es así de textual—: Por favor, diles que empiecen por lo más sencillo, que lo tienen en la mano y a veces lo complican demasiado, y es que empiecen por no jodernos más a los ciudadanos, a la sociedad civil, que tenemos una incertidumbre absoluta de cómo nos va a ir la vida, de cómo vamos a poder sacar a nuestra familia adelante.

Yo creo que está muy bien el acuerdo del mínimo solidario para las personas que no tienen recursos. ¡Ojalá tuviéramos absolutamente para todos! y ¡ojalá cambiara este país!, pero también tratemos de que algunas cuestiones no cambien a peor. Hay que enseñarle a la gente a ganarse la vida; estar en la calle siendo ciego no es nada fácil, no nos dijeron que iba a ser fácil. Yo he vendido cupones diez años de mi vida, los diez años más importantes, donde más he aprendido. Creo que lo mejor es poder vivir con honradez de lo que uno se pueda ganar y hay que seguir optando a crear empleo. Peleemos por superar los 20 millones de personas trabajando en nuestro país, y no para que no se supere el 20% de paro —que es lo que nos cuentan—, sino porque eso será lo mejor que nos puede pasar. Facilitemos a los que crean empleo que lo puedan seguir haciendo; lo hemos hecho toda nuestra vida, queremos seguir haciéndolo y vamos a seguir peleando por ello. El Grupo Social ONCE, que tienen magníficos equipos, gente muy comprometida, llegará a los 75000 empleos, tratará de ayudar a este país todo lo que pueda y más, porque este país, desde hace ochenta y dos años, se ha acercado a nosotros cada día para ayudarnos a mantener nuestro empleo. Si existen organizaciones como la nuestra es porque existe en España una sociedad civil comprometida que sabe perfectamente lo que quiere y lo que no quiere. Es importante que vivamos de nuestro propio trabajo, que contribuyamos con lo que nos corresponda en el IRPF. Es la mejor manera de ayudar a aquellos que realmente estén mal.

Se ha hablado mucho últimamente, sobre todo en las campañas electorales, de la dependencia y hay poca gente que sepa realmente qué es la dependencia. Nos hemos echado las manos a la cabeza cuando se han ido muriendo nuestros mayores —con mayúsculas— en las residencias; démonos una vuelta y vayamos a ver lo que hay por ahí. Hay chavales que lo tienen muy mal para hacer educación inclusiva y sus padres lo pasan fatal. Tenemos que ver realmente qué es una dependencia. Por cierto, un poeta francés, Paul Verlaine, dejó escrito que la independencia es mi anhelo, mi deseo, pero la dependencia mi destino. Es, posiblemente, el destino de todos los que estamos aquí, que, por otra parte, es lo mejor que nos puede pasar. Hagámoslo, aunque sea por interés propio, para que cuando nos toque ser mayores e ir a una residencia, si es que la podemos pagar o si es que la Administración puede pagarla por nosotros, estas sean dignas y estemos en las mejores condiciones.

Les vuelvo a recordar lo de la canción: tres cosas hay en la vida, salud —tenemos que mejorar los datos de nuestra sanidad y somos capaces de hacerlo—, empleo —porque lo es todo— y amor. En esta casa, de los leones para dentro, hace falta una buena dosis de amor. Háganme caso.

Muchas gracias a todos por su atención. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Carballada.

Le puedo garantizar —así que dígaselo a sus amigos— que aquí estamos convencidos de que servirá de algo. Lo que pasa es que también sabemos que, desgraciadamente, aparecemos más en los medios cuando nos peleamos que cuando acordamos. Hemos venido aquí para acordar y estoy convencido de que acabaremos haciéndolo.

Es el tiempo ahora de los grupos. Como saben, un único turno, cuatro minutos, de menor a mayor. Empezamos por el Grupo Mixto, que tiene dos representantes en este caso. Por Teruel Existe, tiene la palabra el señor Guitarte Gimeno.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 6

El señor **GUITARTE GIMENO**: Buenos días.

En principio, comparto con usted la importancia que ha otorgado a los valores, entre ellos el de la solidaridad, y ese deseo de que nadie se quede atrás, tampoco los territorios, ni las personas ni los territorios. Nosotros valoramos especialmente de la ONCE el esfuerzo que realiza por cubrir toda España, por estar presente en todas sus provincias, en todas las comunidades autónomas. Nos congratuló el anuncio que hubo a principios de marzo, poco antes de la pandemia, de que la ONCE iba a reabrir sus sedes en Ávila, Soria, Zamora y Teruel, que eran las únicas tres capitales que carecían de ellas por haberse cerrado precisamente antes de la crisis económica de 2007. Queríamos confirmar que eso va a ser así. Asimismo, si la ONCE tiene previsto generar algunas estrategias que incidan directamente en estos territorios más despoblados. Estos territorios son entornos ideales para atender a los ciudadanos con discapacidad. Son entornos ideales tanto para el ocio o el descanso como para proyectos de inclusión laboral. Hace no muchos años, a través de su Fundación Inserta Empleo, había convenios con el Fondo Social Europeo con los que se enfatizaban este tipo de planes de implantación laboral. ¿Van a continuar con ellos? ¿Tienen planteado seguir cubriendo todo el territorio y hacerlo, precisamente, con mayor énfasis allí donde más lo necesitamos?

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Por Coalición Canaria, tiene la palabra la señora Oramas.

La señora **ORAMAS GONZÁLEZ-MORO**: Gracias, señor presidente.

Gracias por su intervención, señor Carballada. Yo voy a ir a preguntas concretas. Primera: ¿Cuál ha sido la disminución de los ingresos de la ONCE? Segunda: ¿Cuántos trabajadores de la ONCE han ido a un ERTE? Tercera: ¿Cuándo tienen prevista la reincorporación de los trabajadores? Cuarta pregunta. Yo conozco los centros especiales de empleo, en los cuales la ONCE tiene actividad. ¿Tienen cuantificado qué ha significado o va a significar que el Gobierno de España haya quitado los importes de las políticas activas de empleo a las comunidades autónomas, que con esos fondos colaboraban en la viabilidad de los centros especiales de empleo? Quinta pregunta. Ustedes tienen una importante experiencia en la integración educativa de chicos con discapacidad. Ha venido el tema de la educación, es un caos en este país, no hay aulas ni profesores para todos los chicos, ¿cómo ha sucedido en el caso concreto de niños y jóvenes con discapacidad, en el caso de ustedes? ¿Han podido suministrar los elementos informáticos y telemáticos necesarios? ¿Va a suponer un retroceso en lo que es en concreto el sector de los jóvenes y los niños con discapacidad que no se puedan hacer las clases presenciales? ¿Ustedes lo tienen resuelto? ¿Y eso podría suponer una experiencia para el resto del sector educativo? ¿Tienen propuestas en concreto en el área del sector educativo?

Le haría muchas preguntas más, pero como yo soy muy cumplidora con el presidente, muchas gracias por su comparecencia.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Oramas.

Han sido ya bastantes preguntas y como no podemos tomar notas para que luego puedan ser leídas por el señor Carballada, no tenemos un sistema braille, lo que vamos a hacer es que pueda ir respondiendo en principio a estas dos intervenciones, porque han sido bastantes cuestiones las que se han planteado.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES, ONCE** (Carballada Piñeiro): Muchas gracias por sus preguntas.

Creo que la primera era del diputado de Teruel Existe. He de decirle que nosotros teníamos un compromiso también de principio de año, o sea, antes de la pandemia, porque nos vimos obligados, en la anterior crisis económica, entre otras cosas, fíjese qué doloroso, a cerrar más de cien agencias administrativas de la ONCE en toda España. Para alguien de una población que tiene una agencia donde se afilió siendo niño es algo muy doloroso, pero siguiendo un orden de prioridades, las más pequeñas, y en razón del número de afiliados, de ventas y de servicios, tuvimos que tomar esa decisión para reducir costes. Y lo que hemos decidido antes de la pandemia es volver a reabrir cinco agencias concretas: una no está cerrada, pero vuelve a tener la categoría de agencia, que es en la isla de La Palma, una casa canaria, que, por cierto, es el único lugar accesible para que las personas con discapacidad en la isla de La Palma puedan ir a ejercer su voto, en la agencia de la ONCE de La Palma. Hemos decidido también reabrir, porque teníamos los locales, la agencia de Ávila como usted decía, la agencia de Zamora, la agencia de Soria y la agencia de Teruel, porque son zonas realmente necesitadas. No tengo que explicarles el porqué

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 7

ahora mismo, porque está en el conocimiento de todos la preocupación por ese tipo de España que desgraciadamente se ha ido vaciando. Volveremos a estar allí y volveremos a estar en las cinco con cinco directoras, cinco mujeres ciegas, jóvenes directoras, porque es una apuesta que hemos querido hacer de esa forma. Creo que es una forma de acercarnos a los territorios que menos posibilidades tienen.

Respecto a las preguntas de la señora Oramas, no he podido entender todas bien, pero trataré de contestarle. Nosotros hemos tenido algunos problemas con la tecnología, quizá más que otras personas, pero también le digo que en algún tipo de reunión con participaciones importantes las personas ciegas se han defendido, a veces se han defendido incluso con un nivel de conocimiento mayor que el resto de la ciudadanía, porque es una de nuestras preocupaciones: prepararlos en el mundo de la tecnología para que no nos deje atrás jamás a los ciegos, a las personas con discapacidad. Pero también hemos detectado que hay una serie de problemas aún pendientes, y los venimos reclamando desde hace mucho tiempo. Si las herramientas electrónicas no se adaptan de salida, no se hacen utilizables en igualdad de condiciones por todos, a nosotros nos marginan. Es una injusticia, y es fácil hacerlo cuando se construye de nuevo una herramienta. Afortunadamente, tenemos acuerdos con grandes empresas, con Microsoft, por ejemplo, y con grandes, grandes constructoras, y cada vez la adaptación es mayor. Los teléfonos actuales, que hablan para cualquier persona que los quiera adquirir, no hablan por casualidad, hablan porque un día la ONCE encontró a un directivo en algún lugar del mundo que, casualmente, tenía un hijo ciego y le convencimos para que los teléfonos empezaran a hablar. Hoy es una cosa normal y tenemos que conseguir que la accesibilidad en todas las herramientas sea total, porque es bueno para las personas con discapacidad y es buenísimo para el resto de la ciudadanía. Es sorprendente cómo los padres y los abuelos han sido capaces de comunicarse con los nietos desde su casa o desde la clínica; es un gran avance, y eso se ha conseguido porque hay herramientas preparadas para ello.

El señor **PRESIDENTE**: Es el turno ahora del Grupo Euskal Herria Bildu y tiene la palabra la señora Aizpurua Arzallus.

La señora **AIZPURUA ARZALLUS**: Gracias.

Se han acuñado en estos tiempos, en esta etapa de crisis, muchas frases: se ha dicho que esta crisis nos pone a todas las personas en el mismo nivel. Eso no es cierto en absoluto, porque hay quienes la han sobrellevado mejor, hay quienes la han llevado peor, quien lo está pasando peor, ya sea por condiciones económicas o por condiciones de habitabilidad, pero también creo que los colectivos de discapacitados la han sufrido con más dificultades. (**Rumores**). Decía que hay quien lo ha pasado peor y quien ha sobrellevado mejor esta crisis y que eso depende de muchos factores, como los económicos, de habitabilidad o sociales, pero que supongo que los colectivos de discapacitados lo han pasado peor en esta crisis. Es verdad —creo que se ha referido usted a ello en algún momento, aunque sea indirectamente— que esta crisis, si tiene algo de bueno, es que nos ha posibilitado tomar conciencia de nuestra vulnerabilidad y eso debería ser positivo para poder aplicarlo y sacar lecciones de ello.

En este contexto, estoy segura de que las limitaciones de las personas ciegas se han incrementado en este tiempo, porque el confinamiento no lo impone solo el Gobierno o las administraciones sino que también, de alguna forma, lo condiciona el espacio público y cómo están concebidos dichos espacios públicos. De la misma forma que la situación derivada del coronavirus nos debe hacer repensar muchas cosas, tomar medidas efectivamente en el aspecto económico —y en ese sentido comparto la importancia del empleo, porque usted le ha dado mucha importancia y es así—, hay otras cosas en las que deberíamos pensar también, por ejemplo, las medidas urbanísticas que se deben adoptar de ahora en adelante porque todo esto nos ha dejado claro que las viviendas y las calles de las ciudades y de los pueblos deben ser más habitables para todo el mundo, también para los discapacitados. Todas las aceras no son iguales y todavía son más desiguales para quienes ven y para quienes no ven y guardar las distancias, ahora que nos toca guardarlas entre nosotros, depende realmente más de la solidaridad del resto de nosotros que de quienes no ven. Mi pregunta es si a partir de esta crisis se han evidenciado medidas urgentes que antes no fuesen tan evidentes, si habría que tomar medidas que antes quizá no eran tan visibles y que deben tenerse en cuenta respecto a colectivos como el de las personas ciegas.

Muchas gracias por su intervención y por su tiempo, señor Carballeda.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES, ONCE** (Carballeda Piñeiro): Perdóneme porque no escuchaba bien, mi oído no es el mejor.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 8

Hablaba de problemas de accesibilidad a la vía pública. Mire, nosotros tenemos muchas dificultades y hemos tratado de ir convenciendo a las administraciones para mejorar esa situación y de verdad que en España, en su conjunto, se han hecho cosas realmente importantes; ya quisieran otros países poder decirlo. Hay lugares en España, como Ávila, cuya adaptación de la muralla es una auténtica obra, promocionada también por la Fundación ONCE con las administraciones locales. Hemos ido cambiando un poquito el mundo.

Hemos invertido muchísimo en poder ir seguros por las calles, aunque, recientemente, hemos tenido el problema —lo seguimos teniendo— de la invasión de las aceras con bicicletas, que ahora parece que además se van a promocionar —es lógico— para la movilidad, y patinetes eléctricos, que conllevan un peligro para la personas ciegas tremendo. Sobre todo tratamos de mentalizar —mentalizar— a la sociedad, porque no queremos que se quiten sino simplemente que se regulen para que las personas ciegas y otras, como los mayores y los niños, puedan seguir recorriendo las aceras con la máxima seguridad. Ahora se amplían las terrazas de los bares y es lógico también. Somos los primeros que lo queremos porque nos gusta vivir esa situación, pero hay que tener cuidado de que no se amplíen en exceso porque hay personas con discapacidad que tienen que seguir utilizándolas. Como no le he oído todo, si me lo permite, al final le contesto a cualquier cuestión que usted me traslade.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Yo creo que está cumplido, porque era una reflexión sobre el urbanismo para todos. Mil gracias.

Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV) tiene la palabra el señor Barandiaran Benito.

El señor **BARANDIARAN BENITO**: Muchas gracias, señor presidente.

Bienvenido, señor Carballeda. No es la primera vez que nos encontramos y le agradezco su presentación. A estas alturas no vamos a descubrir la ONCE. Sabemos de qué organización hablamos. Conocemos su capacidad organizativa y su capacidad de producir eso que usted ha llamado bienestar en forma de empleo, que creo que es un elemento básico, pero hay otra cosa que me gustaría destacar de su organización, de la ONCE, y es su capacidad de adaptación a los tiempos, a las diferentes realidades que ha habido a lo largo del tiempo, incluso dentro de su propia organización para integrar en ella no solo a aquellos que la fundaron —la ONCE es la Organización Nacional de Ciegos de España— sino también a personas que tienen otro tipo de discapacidad o algún tipo de necesidad de atención social.

Dicho esto, sucede que nos encontramos en un momento no solo de crisis sino también, posiblemente, de cambios profundos que seguramente el futuro nos va a presentar. Esto nos lleva a un escenario de cambios en relación no solo con el ámbito de la dependencia, sino también con el de la vulnerabilidad. Hoy la ONCE presta atención a unos ámbitos a través de su organización y fundación porque a lo largo de su historia ha desembocado en un tipo de servicio —yo diría público— que ha satisfecho muchas de las necesidades sociales que existen actualmente. Y en ese camino evolutivo, ¿qué entendemos por personas desfavorecidas? También es un hecho que ha cambiado. Por eso, aparte de las muchas cosas que se han dicho hoy, quiero poner en valor el elemento que usted ha destacado del empleo, la actividad que sobre la promoción del empleo realiza su organización. Yo he venido hoy con una intención un tanto malévola —espero que me lo permita, señor Carballeda— y es ponerle en un pequeño compromiso. Son muchas las situaciones necesitadas de adaptación que van a surgir de esta crisis, pero hay una que curiosamente se ha atendido poco a lo largo del tiempo. Ha surgido en los últimos años como un problema social de carácter importante. No es numéricamente tan relevante, pero también forma parte del futuro de este país: la emigración, pero no la emigración solamente sino la emigración de aquellos jóvenes que no han podido ser atendidos o que, atendidos, pasan a estar en una situación desfavorable. Me estoy refiriendo a los MENA y a los JENA. Los MENA son menores extranjeros no acompañados y los JENA son jóvenes extranjeros no acompañados que ya han obtenido la tutela, pero que al cumplir los dieciocho años quedan desprotegidos por completo.

Pues bien, dentro del ámbito de actividad de la ONCE también hay un ámbito de contratación pública y, además, tiene como elemento a favor que ustedes tienen una experiencia formativa increíble precisamente para determinados ámbitos de desfavorecimiento. Le voy a pedir —y esta es la única razón de mi intervención— que examine la posibilidad de que esos jóvenes inmigrantes no atendidos o que tutelados han pasado a una situación de desfavorecimiento en la sociedad puedan también ser integrados dentro de la actividad de su organización. Es cierto que se está produciendo un ámbito de desatención por buena parte de las instituciones y seguramente sería positiva la intervención social de otros agentes, como la ONCE, de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 9

la que vuelvo a repetir que, al margen de su trayectoria, lo que me gusta es su capacidad de adaptación a los tiempos. Creo que esto pudiera merecer también al menos una pequeña reflexión.

Solo me queda felicitarle por su intervención y por la trayectoria de su organización. Muchas gracias, señor Carballeda.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Barandiaran.
Señor Carballeda.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES, ONCE** (Carballeda Piñeiro): Agradezco su intervención también.

Nosotros estamos dispuestos a intervenir y lo hacemos habitualmente. Tratamos de acoger a personas que vienen de fuera, siempre y cuando reúnan las características. Tenemos que incentivar posiblemente el empleo para personas que tengan una discapacidad, que vengan de fuera y para las que podamos contribuir a que su situación en España sea legal, sobre todo si tienen esa discapacidad. Tenemos en nuestras plantillas, sobre todo en las empresas Ilunion, a inmigrantes y a personas que han venido de fuera; ya no solo personas inmigrantes que han venido de fuera, sino a veces con otras problemáticas. Tenemos un compromiso fuerte con la mujer, con los mayores de cuarenta años y, fundamentalmente, con mujeres víctimas de trata y de violencia de género, que es otra pandemia de la que no nos debemos olvidar, ya que muchas de ellas han adquirido una discapacidad precisamente por esa violencia sufrida. Creo que llevamos diecinueve víctimas en lo que va de año y este es uno de los aspectos de los que España no se puede sentir bien hasta que consigamos erradicarlo. Es una asignatura pendiente. En el grupo social ONCE trabajamos para que obtengan un trabajo, una protección y un futuro mejor.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Carballeda.
Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra la señora Giménez Giménez.

La señora **GIMÉNEZ GIMÉNEZ**: Gracias, presidente.

Muchísimas gracias por su intervención y por apostar por valores tan importantes como son la unidad, la protección y la salida adelante de nuestro país, que debemos tener presentes cada uno de nosotros en esta tarea.

Ha expuesto distintas actividades que se desarrollan y hacia dónde debería ir nuestra reconstrucción y me gustaría hacerle algunas preguntas concretas. Sé que ONCE forma parte del Cermi y de la Plataforma del Tercer Sector y me gustaría conocer su opinión sobre la propia sostenibilidad del sector en estos momentos. Sabemos que han asumido muchísimas actividades con relación a esta crisis del COVID. Han estado cerca de las personas vulnerables y, con los recortes presupuestarios previstos en el IRPF y en el impuesto sobre sociedades, me gustaría conocer su opinión acerca de la propia sostenibilidad.

En el ámbito de la igualdad de trato y la no discriminación, me gustaría también conocer cómo se han adoptado las medidas o qué información tiene en relación con el trato igualitario en el ámbito educativo y en el ámbito sanitario. Querría saber si han tenido quejas o si ha habido con las personas con las que ustedes trabajan algún tratamiento discriminatorio que haya podido provocar la inaccesibilidad a los servicios. Ya han comentado algunos compañeros el tema educativo y, por lo tanto, no voy a insistir en esas brechas digitales que pueden afectar a los niños en situaciones de discapacidad, pero sí quiero detenerme en el empleo como herramienta de futuro. Como bien ha dicho, la salida de la pobreza y de las situaciones vulnerables viene de la mano del empleo. Como bien ha dicho, la salida de la pobreza y la salida de las situaciones vulnerables vienen de la mano del empleo, y quiero agradecerles el trabajo que realizan en el ámbito del empleo inclusivo. A este respecto me gustaría saber cómo ha afectado en particular en la actividad que desarrollan en los centros especiales de empleo, cuál ha sido además la situación de las personas que se encuentran en los ERTE, no solo desde un punto de vista económico sino desde un punto de vista social, porque sabemos que para las personas con discapacidad el empleo inclusivo tiene también un plus psicosocial, cuál ha sido la situación de estas personas.

Finalmente, cómo valoran en término general la experiencia de la aplicación del cupo de reserva de empleo en empresas de más de cincuenta trabajadores para personas con discapacidad y sus medidas alternativas, tanto en el empleo público como en el privado; si considera que deberíamos profundizar en esta medida o si deberíamos reforzar los medios que hay para asegurar el cumplimiento.

Termino haciendo una referencia también a una sentencia del Tribunal Supremo que ponía en tela de juicio la vigencia del precepto recogido en el artículo 4.2 del texto refundido de la Ley General de Derechos

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 10

de las Personas con Discapacidad, por lo que en dicha sentencia asimila la incapacidad temporal a todos los efectos a la discapacidad, y creemos que es una cláusula que puede decaer o que podría poner en riesgo empleos protegidos que hoy son ocupados por personas con algún tipo de incapacidad. Quisiera saber si comparten ustedes desde ONCE la necesidad de clarificar legalmente la vigencia de este precepto para garantizar la seguridad jurídica de estas personas en el ámbito del empleo en estos momentos.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Giménez.
Señor Carballeda.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES, ONCE** (Carballeda Piñeiro): Muchas gracias.

En materia de educación, es evidente que uno de los problemas que tenemos en nuestro país es el abandono escolar, que está próximo al 18%, y la media en Europa está próxima al 11%. El nivel de abandono escolar de las niñas y de los niños ciegos en esa franja no llega al 5% y nuestra apuesta es de educación inclusiva, vivir en inclusión, creemos que es bueno en todos los ámbitos de la vida en la educación; es bueno para el niño con discapacidad, en este caso afiliado a la ONCE, es bueno para el resto del aula, que ve constantemente, cada día, un ejemplo positivo de cómo se superan otras personas que lo tienen peor que ellos, es bueno también para el profesorado cuando se forma. Y luego tiene una continuidad; es bueno en el instituto, ya que siguen yendo juntos, es bueno en la universidad y es bueno cuando llegan a la etapa profesional, ya se conocen, como el resto de personas que nos hemos conocido de una manera o de otra en el colegio, en el instituto o en la universidad. Ahí están los datos, es posible, por eso nosotros apostamos por ello. Hay casos muy difíciles, educar a un niño o una niña sordociega tiene un hándicap tremendo y sus costes, hay que dedicar a algunos profesionales a su educación diaria. Yo les invito a que puedan conocer nuestro Centro de Recursos Educativos de Madrid, donde se educan niños ciegos. Hay casos más difíciles, pero tenemos otros que han podido ir al instituto, han podido ir a la universidad y han sacado sus carreras universitarias y alguno tiene salida laboral. Lo defendemos porque creemos que es posible, que es el futuro, y si alguno no puede, hay que defender esa posición y pedirle al sistema que tenga los mejores recursos para la educación de los niños en general, para los que no tengan discapacidad, para los que sí la tienen pero pueden ir al colegio normalizado en inclusiva, y para aquellos que tienen más dificultades, para casos realmente complejos, para situaciones de dependencia que pueden hipotecar una familia. Y creo que es importante que los padres de todos puedan decidir y ser felices decidiendo la educación de sus hijos.

En otro orden de cosas, usted me preguntaba cómo ha afectado al empleo. Como he dicho al principio, nosotros tenemos muchos miles de personas ahora mismo en ERTE. Por ejemplo, en la plantilla de la ONCE hay más de 19000 personas, todas con discapacidad, que hasta el día 15 estarán en un ERTE, y empresas de Ilunion que están en las mismas circunstancias. Creo que la señora Oramas me preguntaba antes cómo nos había afectado económicamente. La ONCE ha dejado de percibir en torno a 6 millones de euros diarios desde el 14 de marzo. En consecuencia, no hemos podido hacer las transferencias a la Fundación ONCE que, a la vez, traslada ayudas de diferentes programas a todas las organizaciones de la discapacidad. Si me dejo alguna pregunta me ofrezco contestarla luego.

Reserva de empleo. Somos buenos en España en todas las cuestiones legislativas; estamos en Champions, ¿eh? Pero en nivel de cumplimiento podemos bajar de categoría. Hay que hacer un esfuerzo, y el momento es propicio, para cerrar filas entre los representantes sociales, los empresarios, la Administración y las organizaciones para intentar cumplir, poco a poco y sin forzar a los pequeños empresarios ni a los que tienen dificultad, sobre todo ahora, ese escaso 2%, que es obligatorio para cualquier empresa que tenga más de cincuenta trabajadores. Esa asignatura sigue pendiente y creo que España podría hacer un esfuerzo mayor en ello. Se está valorando la posibilidad de un sello social para los empresarios que generen empleo para los más vulnerables a raíz de esta crisis. No cambiemos una cosa por otra. En todo caso, mantengamos el compromiso y hagámoslo cumplir. Podríamos mejorarlo creando también ese sello social de compromiso de los empresarios con aquellos que, a partir de ahora, puedan necesitar más ese empleo, para que puedan vivir realmente de un empleo.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

Por el Grupo Plural, hay dos representantes. En primer lugar, por Més Compromís, tiene la palabra el señor Baldoví Roda.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 11

El señor **BALDOVÍ RODA**: *Moltes gràcies, president.*

Estamos en una situación de crisis y, cuando aumenta la crisis, aumentan también las adicciones por juego, por juegos *online* y por juegos de casas de apuestas, y los políticos, las instituciones, tenemos que regular. En Valencia hemos aprobado la Ley del juego y prevención de la ludopatía más avanzada, con gran oposición del *lobby* de las empresas, trufados de fondos buitres, de paraísos fiscales y de algún exministro de algún partido presente en la sala.

Hay dos modelos. El suyo, el de la ONCE, que da trabajo a personas con discapacidad y que tiene a la Fundación ONCE, que sirve para la integración también de estas personas. Y hay otro modelo, el de estas multinacionales del juego, que pagan impuestos de sociedades en Gibraltar y, ahora, en Malta, llevándose el dinero fuera. En ese sentido, yo le hago dos preguntas. ¿Cree usted que en esta Comisión de Reconstrucción deberíamos hacer alguna recomendación sobre este tipo de juego que crea tanta adicción en jóvenes y en adolescentes? En segundo lugar, ¿cree que el decreto de regulación de publicidad del juego *online* es suficiente o tendría que ser más ambicioso?

Moltes gràcies.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Junts per Catalunya, tiene la palabra el señor Bel Accensi.

El señor **BEL ACCENSI**: Muchas gracias, presidente.

Muchísimas gracias, señor Carballada, por su presencia aquí en esta Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Como usted ya sabe, los objetivos de la Comisión son, precisamente, intentar llegar a unos acuerdos y a unas recomendaciones consensuadas para poder afrontar la reconstrucción social y económica post COVID-19. Yo no voy a hacerle muchas preguntas más allá —como han hecho otros de mis compañeros— de reconocer la labor que viene haciendo a lo largo de muchísimos años la ONCE en todo el territorio. En todo caso, de sus reflexiones nosotros nos quedamos con la importancia de generar empleo; porque el empleo, como usted ha dicho, es la forma más digna de ganarse la vida. Y que el grupo de la ONCE tenga el objetivo de llegar a los 75000 empleos, seguramente también es un objetivo compartido por todos los aquí presentes.

Pero yo me centraría en los centros especiales de trabajo —ustedes gestionan muchísimos—, que permiten a muchas personas con discapacidad acceder a este empleo. Nos gustaría que nos concretase —más allá de la situación que comparten con cualquier otra empresa, de los ERTE o de cualquier situación coyuntural— si los centros especiales de trabajo están padeciendo alguna dificultad especial, y cuáles deberían ser las recomendaciones o conclusiones que podríamos establecer en esta Comisión con respecto a los centros especiales de trabajo para garantizar su viabilidad, su desarrollo y su crecimiento. Y una pregunta, quizá más ambiciosa, ¿cree que el actual modelo de los centros especiales de trabajo que hay en el Estado español debería modificarse, aunque no sea sustancialmente, pero sí en algunos de los aspectos?

Gracias, presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Bel.
Señor Carballada.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES, ONCE** (Carballada Piñeiro): Contesto primero al señor Baldoví. Lo he expresado en diferentes lugares y en diferentes momentos, y es una opinión de la ONCE en general; es una lástima que como país no hayamos visto venir lo que ya se conocía en otros países. Estoy hablando de las apuestas deportivas, de la creación de locales, del acceso de los más jóvenes, menores de edad. La ubicación de esos locales, de forma estratégica, pegaditos a los colegios, esto no ocurre por casualidad; es una estrategia muy diseñada anteriormente en otros países. El incremento del juego en menores de edad y las consecuencias económicas de tirar de la tarjeta de los padres, Internet, etcétera, han generado unos problemas de miedo. La ludopatía que más ha crecido es precisamente esa en los centros de rehabilitación. Lo hemos advertido desde el principio; hay empresarios en este mundo del juego —ya lo hacía Al Capone— sin ningún tipo de escrúpulos. Y el juego, a veces, se conecta con otras cosas que ya hacía Al Capone; drogas, tráfico, prostitución, etcétera. Entonces, sepamos qué queremos especialmente para nuestros jóvenes o estaremos hipotecando su futuro y el futuro de nuestra sociedad, de la mejor sociedad, el futuro de nuestro país; hay que regularlo. Hay juegos que producen ludopatía como esos, y hay juegos que está demostrado que no producen ludopatías.

Nosotros defendemos el juego público, el juego que vende la propia Administración del Estado, Loterías y Apuestas del Estado. En Cataluña también hay juego público. Y defendemos el juego que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 12

vendemos nosotros como juego semipúblico, que creo que sirve para generar riqueza para el país y, en nuestro caso —se lo he explicado—, para generar riqueza, empleo, accesibilidad, rehabilitación y servicios para las personas ciegas y para un gran número de discapacitados. En este país hay más de cuatro millones de personas con discapacidad, con necesidades.

Ya no solo es el juego, sino la droga en general y el juego es una parte. Cuando empezamos a salir de esta crisis, habrá situaciones que ya hemos vivido en la anterior, sobre todo en algunas zonas de costa, cómo de la noche a la mañana personas, en muchos casos menores de edad, que no tienen ocupación alguna, conducen motos de grandes cilindradas o coches de lujo; desembarco de droga. Cuidado porque eso vuelve a ser un peligro. Lo decía antes, cuidado porque nosotros tenemos afiliados ciegos como consecuencia del consumo de varias drogas de diseño, y cuidado porque es una de las discapacidades que más va creciendo y que más problemas nos va a traer en el futuro, la derivada de la enfermedad mental por las drogas. Nos cruzamos con alguien por la calle de apariencia normal, creemos que está bien, pero puede reaccionar de una forma absolutamente violenta por las drogas. Las drogas volverán a enganchar a nuestros jóvenes porque coinciden con esos despiadados, con esa gente sin escrúpulos que es capaz de poner un local a cien metros de un colegio y es capaz de coger a un chaval, a veces a un niño, para ayudarles a desembarcar la droga y colocarla. Cuidado con ese aspecto de nuevo en nuestro país porque nos cargamos el futuro. Y estamos hablando de reconstrucción, no de destrucción de nuestros jóvenes para quedarnos sin futuro.

Respecto a los centros especiales de empleo, hay dos tipos y además los ha definido perfectamente la ley hace poquito tiempo. Nosotros tenemos centros de empleo sociales donde reinvertimos para generar más empleo de carácter social y, si es posible, integrarlos en empresas ordinarias, y hay quien tiene centros especiales de empleo como negocio particular. Creo que uno y otro son dos cosas absolutamente diferentes, y estamos de acuerdo con el que nosotros practicamos. ¿Qué cuestiones hay que resolver? Quizás afianzar más esa situación y tratar de revisar qué hacen unos y otros.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien, muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, tiene la palabra la señora Saavedra Muñoz.

La señora **SAAVEDRA MUÑOZ**: Buenos días. Gracias, presidente.

Gracias, señor Carballeda, por su aportación. Nosotros desde Unidas Podemos valoramos la aportación de una organización como la suya que, sin duda, ha hecho mucho por la mejora de la calidad de vida de las personas con diversidad funcional. Ofrecen muchos —ya los ha explicado usted— servicios especializados para personas con deficiencias, con dificultades visuales y de otro tipo en educación, empleo, ocio, rehabilitación, deporte, etcétera. Conozco especialmente la inclusión educativa, el trabajo que hacen para la incorporación de alumnos en escuelas ordinarias con apoyo. Compartimos, como no puede ser de otra manera, objetivos y retos; retos que son realmente para toda la sociedad pensando en las personas con diversidad funcional, especialmente después de años, más de diez años, de recortes con la excusa de la crisis, en los que ha habido reducción de recursos en servicios sociales, en recursos de acompañamiento, de apoyo, en centros especiales de empleo, en la Ley de dependencia, etcétera. Dentro de estos retos yo mencionaría —usted ha hecho mención también— el de la máxima autonomía para las personas en situación de discapacidad. Por descontado, ese empleo digno y en condiciones da posibilidades de integrarse, y el ingreso mínimo vital creemos que seguro que va a ayudar a muchas personas en situación de vulnerabilidad y que padezcan alguna discapacidad, complementando ingresos de un trabajo precario que no les permitan vivir. Dentro de esta línea de la autonomía estaría el avanzar en el desarrollo de la Ley de dependencia —mal llamada así porque es la Ley de promoción de la autonomía personal—, que durante años ha estado paralizada o ha padecido recortes importantes. Ahí hay que trabajar en su desarrollo para la calidad de vida de las personas que lo necesitan, avanzando en recursos como la asistencia personal —que realmente es todavía muy escasa— y, cuando hacen falta —como usted ha explicado—, en residencias en condiciones dignas y que no estén, por ejemplo, en manos de fondos buitres que, como hemos visto, tratan a las personas como mercancía. Otro reto importante que compartimos es el de la máxima inclusión; inclusión en el ámbito social —más amplia—, inclusión educativa —por supuesto, imprescindible para la otra— e inclusión laboral. En definitiva, que las personas con diversidad funcional puedan desenvolverse y convivir con el resto de la ciudadanía en entornos lo más normalizados posible.

Otro reto que ha mencionado usted también —y lo compartimos— es el de la accesibilidad máxima en todos los terrenos, también en el terreno de la comunicación. Pensamos que hay que avanzar en el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 13

enfoque del denominado diseño universal en el terreno urbanístico, de comunicación, de actividades, de participación. Usted ha mencionado los hoteles y se ha hablado aquí de espacios públicos; en definitiva, avanzar en diseñar todos los espacios, todas las actividades y toda la sociedad para que puedan participar de manera normalizada todas las personas, sean como sean o tengan las características que tengan. Por tanto, es necesaria la superación de barreras, de barreras físicas, más evidentes, pero también de comunicación —de los medios de comunicación, en la Administración— y de barreras mentales y culturales. Es muy importante ese cambio de mentalidad que moverá a un cambio de actitud respecto a las personas con diversidad funcional y la posibilidad de inclusión de la mejor manera posible en la sociedad. También es necesario un cambio en la mentalidad de los profesionales que tienen que diseñar edificios o cualquier otro tipo de mecanismo —ha hablado usted de los teléfonos— para tener en cuenta que todas las personas puedan acceder. Esta es una prioridad clara de nuestro grupo parlamentario, pero también debe serlo de las Administraciones públicas...

El señor **PRESIDENTE**: Señora Saavedra, debe ir concluyendo.

La señora **SAAVEDRA MUÑOZ**: ¿Sí?

Las políticas públicas transversales que garantizan derechos son un compromiso nuestro y entendemos que también del Gobierno de coalición. Igualmente estamos comprometidos, cómo no, con la necesaria colaboración y cooperación con el tercer sector, con la iniciativa social y la sociedad civil que tienen mucho que aportar. Con esta colaboración contribuiremos a la reconstrucción de una nueva realidad con un país más inclusivo, más respetuoso con la diversidad para que, como usted decía, realmente nadie se quede atrás.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Saavedra.
Señor Carballeda.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES, ONCE** (Carballeda Piñeiro): Gracias por su intervención. El trabajo que realiza el tercer sector en su conjunto, con muchísimas organizaciones que trabajan por la gente es muy importante. Me gustaría que la equis solidaria a favor de las medidas sociales no tuviera ninguna merma; ya la tuvimos en el pasado, cuando se produjo una reclamación de una comunidad autónoma para que parte de esa recaudación fuera a las comunidades autónomas. Volvemos a tener ahora alguna dificultad en que nos reduzcan lo que manejaban las grandes organizaciones del mundo social en España, que al final es la voluntad de los ciudadanos que colocan su equis en los temas sociales o en la Iglesia. Por cierto, la ONCE no recibe ayudas de esa equis solidaria, y se hacen grandes cosas, grandes cosas. Me gustaría también no tener ninguna duda respecto a que lo que va a las comunidades autónomas —que me parece bien— en materia de equis solidaria o de financiación, por ejemplo, de la dependencia, se utilice desde el primer hasta el último euro para esas cuestiones precisamente y no para otras.

Desde la Fundación ONCE, nosotros con el 3% de toda la recaudación de nuestros juegos —el 3%— tratamos de ayudar a toda la discapacidad, que llegue a las organizaciones que representan a esos más de cuatro millones de ciudadanos. Se sorprendería usted de las actividades que tenemos, cómo cambia la vida de las personas, cómo se llevan a cabo proyectos que favorecen la movilidad, el turismo, la educación. Nosotros financiamos centros también de educación especial y otras cuestiones que mejoran la vida. De hecho, hemos desviado mucho material y muchas personas a fabricar respiradores; hemos convertido un colegio en Madrid de ciegos, un centro de ciegos, en hospital; hemos tratado de dar respuesta a toda la gente desde el voluntariado de Fundación ONCE. Y queda muchísimo por hacer, pero mucho, mucho por hacer. Queda ahora mismo mucho temor, mucho miedo a que veamos limitadas las posibilidades de seguir cumpliendo con nuestra labor. Y creo que es una preocupación de todos que podamos sacar los proyectos sociales adelante en beneficio de las personas.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

Por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra la señora De Meer Méndez.

La señora **DE MEER MÉNDEZ**: Gracias, señor presidente.

Gracias por su asistencia hoy y por sus aportaciones. La verdad es que coincidimos con usted en una de sus premisas; que en esta Cámara ciertamente hace falta más amor y menos cordones de odio a los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 14

que pensamos distinto. Queremos agradecer fundamentalmente su labor y la labor de la ONCE en el papel histórico que ha tenido a largo de la historia de este país y su apoyo también al empleo protegido, algo que consideramos fundamental para avanzar en una sociedad cada vez más justa. Queremos alabar también su defensa de las personas con discapacidad, que consideramos uno de los colectivos más importantes en nuestra sociedad; en VOX queremos reafirmar nuestro compromiso con su defensa, siempre todas nuestras políticas irán dirigidas a protegerlas. La discapacidad es un valor —eso es lo que pensamos en VOX— y consideramos, además, que las personas con discapacidad nos hacen mejores. Pero, coincidirá conmigo en que la discapacidad es un mundo y no todas las discapacidades son lo mismo. Hay una galaxia de discapacidades con necesidades altamente distintas, y creo que las políticas en el ámbito de la discapacidad tienen que ser igualmente diversas.

Al hilo de esto, una de mis preguntas se refiere precisamente al ámbito de la inclusión escolar. En VOX pensamos que en el ámbito escolar es necesario no solamente apoyar la inclusión fundamentalmente en los entornos rurales, donde los niños tienen quizás un peor acceso a las instituciones educativas y a las mejoras educativas en muchísimas ocasiones; sino también potenciar los grandes centros de oportunidades que son los centros de educación especial, fundamentalmente para niños con discapacidades severas, con parálisis cerebral severa, síndrome de Angelman, síndrome de Down, para muchísimas discapacidades. Estos centros se han convertido, como decimos, en lugares de investigaciones pedagógicas maravillosas, que hacen una labor fundamental en nuestra sociedad. Al hilo de esta cuestión, quiero preguntarle si considera usted que se deben vaciar los centros de educación especial. De igual modo, queremos apoyar el empleo protegido y alabar además la función que hacen desde su institución con Ilunion y Servimedia, con la plantilla que tienen ustedes de personas con discapacidad, que consideramos una labor maravillosa en nuestra sociedad.

Mi última pregunta va dirigida precisamente a conocer su opinión, como representante de una de las instituciones sociales más importantes de este país, sobre la gestión nacional que se ha hecho en esta pandemia de las residencias de ancianos.

Muchísimas gracias por su tiempo. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Carballeda.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES, ONCE** (Carballeda Piñeiro): Quiero agradecer las palabras que ha dirigido hacia nuestra organización. Respecto a mi opinión sobre las diferencias que hay entre las distintas discapacidades; muchas, muchas más de las que podamos imaginar porque ninguna persona es igual a otra, ni siquiera los gemelos, y discapacidades hay muchísimas; algunas sorprendentes que no conocemos en profundidad. Entonces, hay que trabajar sobre la base de ese abanico y hacerlo conjuntamente desde las administraciones y desde aquellas organizaciones que conocen —conocemos— realmente las necesidades, con el trabajo de magníficos profesionales en cada una de estas discapacidades. Ocurre también en la educación especial, y yo quiero reconocer aquí públicamente el trabajo magnífico de los profesionales de los centros educativos especiales. Sé que están sufriendo y quiero decirles que entiendan que nosotros vamos a seguir luchando por la inclusión, pero con el respeto también a todos y cada uno de los discapacitados y a sus familias. Es muy importante que sus padres no tengan que sufrir por el futuro. Se lo digo como persona ciega, como presidente de la ONCE, y se lo digo también como padre de un chaval que tiene ahora veintitrés años, Héctor, que tiene síndrome de Down. Yo he intentado que él pueda educarse en un formato lo más parecido a la inclusión, a la normalidad, que vaya al colegio con su hermana, pero siempre he tenido claro que por encima de todo he querido su felicidad y que si en algún momento, como hacen otros padres, hay que cambiar de sistema, pues hay que admitirlo y hay que poner en valor —y es lo que hago aquí— la capacidad formativa, el cariño con el que atienden a esos alumnos los profesionales de los centros de educación especial, que es el mismo, la misma consideración, de los centros que atienden a las personas mayores. Vuelvo a decir que posiblemente muchos de nosotros acabaremos allí, si no tenemos familia o preferimos ir a un centro de mayores con los años, y que deben tener las mejores condiciones de salud, de atención, de cariño, para atender a nuestros mayores.

Pero también debemos tener un país con ciudades, edificios, viviendas preparadas para que si una persona mayor o un matrimonio mayor quieren seguir viviendo en su domicilio, puedan hacerlo, y ahora mismo hay muchos domicilios que tienen cautivos, encerrados, prisioneros, a los mayores y deberíamos solucionar la posibilidad de darles ese derecho a seguir viviendo en su casa con las mejores condiciones también de accesibilidad, para que puedan entrar y salir con libertad y desarrollar una vida plena allá donde y como ellos prefieran.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 15

El señor **PRESIDENTE**: Gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Pastor Julián.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, señor presidente.

Bienvenido, señor Carballeda. Es para nosotros una oportunidad muy importante escucharle, y escucharle sobre todo en esta Comisión para la recuperación de nuestro país en todos los ámbitos; en el ámbito social, en el ámbito sanitario y en el ámbito económico. Y, sobre todo, quiero reconocer aquí públicamente la constante y esforzada labor y trayectoria de la ONCE para dar buen cumplimiento al artículo 14 de la Constitución, que consagra ni más ni menos que esa igualdad de trato y la no discriminación. También me gustaría agradecer a su organización, a la Fundación ONCE, lo que ha hecho a lo largo de la pandemia y lo que sigue haciendo entregando durante este tiempo los EPI completos para personal sanitario, colaborando con la asociación Ángeles Urbanos en la adquisición y reparto de comida o también sumándose a la iniciativa, Coronavirus Makers, poniendo al servicio de la comunidad las impresoras 3D o los más de veintiséis hoteles de Ilunion, hasta incluso ha cedido mobiliario a hospitales de campaña. Gracias por su generosidad, gracias por lo que usted representa y a toda la organización y a todas las personas que tanto han colaborado y, sobre todo, por estar hoy aquí.

Voy a aprovechar para hacerle unas cuantas preguntas, que me gustaría que nos arrojasen luz en esta Comisión que es tan importante porque todos debemos trabajar con un único objetivo, que es aportar soluciones a los problemas tan importantes que tienen hoy los españoles y también el mundo de la discapacidad, pero, sobre todo, paliar las graves repercusiones que ha tenido la crisis sobre las personas más vulnerables. En este momento, como usted conoce muy bien, entre los 16 y 64 años hay 1899000 personas con algún tipo de discapacidad, y me gustaría hacerle varias preguntas. Desde su experiencia, señor Carballeda, ¿qué medidas proponen en el ámbito del empleo? Nos ha hablado ya del diálogo social, de sentarse con todos, pero ¿qué medidas propone para fomentar en este momento poscrisis o aún durante la crisis la inclusión y el empleo de las personas con discapacidad? En segundo lugar, ¿qué medidas proponen en cuanto al teletrabajo para las personas con discapacidad? En tercer lugar, lo ha comentado ya en respuesta a uno de los intervinientes, a uno de mis compañeros diputados, y es respecto de la educación. La educación creo que es una de las claves. Le he escuchado a usted contar, no hoy sino en muchas intervenciones públicas, que de niño, con nueve años, tuvo que irse a un colegio muy lejos y dejar a sus padres, que no le podían ver. La ONCE es, además, una organización que ha trabajado muchísimo en el campo educativo, en el campo de la integración. Usted ha dado antes un dato, que ninguno vamos a olvidar, relativo al fracaso escolar en los niños de nuestro país y en sus niños, en los niños que también son de todos nosotros. Después de lo que usted ha contestado a uno de los intervinientes, si le he entendido bien, mi pregunta es si usted defiende el derecho de los padres o la libertad de los padres a elegir lo que quieren para sus hijos, si quieren centros de educación especial o quieren integración con los medios suficientes.

Por otra parte, hemos conocido que, al parecer, hay intención de reducir sustancialmente el tramo estatal de la recaudación del 0,7% del IRPF. Y le quiero preguntar si usted tiene conocimiento formal de este tema, cuál es su opinión y cómo valoran esta posibilidad. La última pregunta, con permiso del señor presidente, tiene que ver con la investigación; ¿le parece que habría que desarrollar una estrategia en materia de investigación biomédica en el campo de la pérdida de capacidad de visión tanto parcial como total? ¿Le parece que se está haciendo un esfuerzo en este campo? Me consta que hay grupos de clínicos y de investigadores básicos que están trabajando en retinitis y en otros campos, pero qué opinión le merecería que hubiera una estrategia como la que tenemos en otros campos de investigación, sobre todo de prevención, de modo que la pérdida de esa capacidad visual la podamos no solo prevenir sino tratar a tiempo —desgraciadamente, en todas las patologías no se puede— en muchas de esas patologías.

Muchísimas gracias. Tengo poco tiempo, pero todos le agradecemos mucho su presencia, sus contestaciones y todo lo que puedan seguir aportando no solo en esta Comisión, sino en la sociedad española para la integración plena de todas las personas con discapacidad.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Para responder a las preguntas, tiene la palabra el señor Carballeda.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES, ONCE** (Carballeda Piñeiro): Voy a empezar por la última pregunta. Nosotros estamos tratando de ordenar todas aquellas cuestiones en las que colaboramos desde el Grupo Social ONCE en

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 16

materia de investigación fundamentalmente. Tratamos también de separar el trigo de la paja, porque, como en este país existe la ONCE, pues para cualquier cosa en la que la gente imagina que la ONCE puede ayudar, llaman a nuestra puerta, y para todo no hay. Tratamos de ordenar aquellos aspectos que se relacionen, eso sí, con el mundo de la ceguera y en los que podamos avanzar; posiblemente en poco tiempo daremos solución a esta cuestión en un formato que nos ayude a canalizar las ayudas que estamos dando, las aportaciones, y a generar otras oportunidades que mejoren esas posibilidades de investigación.

Por cierto, me han hecho recientemente tres trasplantes de córnea, aparte de tener tres operaciones a corazón abierto, y es emotivo en esta crisis volver a oír lo importante que es la Organización Nacional de Trasplantes y que estemos los primeros del mundo en trasplantes. Estamos también muy bien situados, los primeros, en donaciones, en apoyo, en voluntariado de Médicos sin Fronteras en relación con la población española, pero hay otros países que realizan las donaciones de forma obligatoria. No sé qué opinión les merece, pero yo lo quiero dejar ahí, que sea obligatorio salvo que los familiares digan en el momento preciso que prefieren que no se haga. Lo digo porque quizá podrían crecer los trasplantes y en consecuencia los beneficiarios de esos órganos que tanto se necesitan.

En cuanto a la educación, creo que es lo primero, es esencial. Yo recogí justo antes de la pandemia en la Universidad de Murcia, que es la que tiene el nivel más alto de alumnos con discapacidad, un reconocimiento a la colaboración de la Fundación ONCE. Allí había, por ejemplo, un chaval ciego total en su silla de ruedas, tetraplégico, acabando su carrera de Derecho. Es posible, en muchos casos es posible y hay que reconocer el esfuerzo. En mi intervención les decía: ¿quién me iba a decir a mí que íbamos a vivir estos momentos? Yo ya dije: si alguna vez vuelven los recortes, vuelve una crisis, vuelve una situación difícil, por favor, si nos tenemos que apretar el cinturón, textualmente, si nos tenemos que apretar el cinturón, que no sea en educación. Es algo que tendremos que hacer. No limitemos nuestro futuro, preparemos bien a nuestra gente, no le quitemos posibilidades a lo más importante o nos arrepentiremos con el tiempo. La educación especial está ahí. La ONU ha dicho lo que ha dicho. A nosotros nos gusta, creo que nos viene bien como mensaje, como cultura, y nos negamos, porque no queremos renunciar a la educación inclusiva, pero en mi caso, vuelvo a decirlo, creo que por encima de todo hay que tener respeto, consideración con los padres, que puedan elegir y que durante mucho tiempo puedan seguir educando a sus hijos como crean conveniente. Lo importante es que sean felices, y levantarse un padre por la mañana, no tener empleo, tener a su padre en una residencia con miedo y a su hijo pendiente de si le van o no a quitar el colegio, tiene que ser tremendamente doloroso. Creo que podemos entendernos. Yo he hecho mucho hincapié en el empleo porque creo que es vital, porque creo que lo mejor que puede pasar en el seno de una familia es que un hijo le diga a su padre: Papá, ¿te vas a trabajar?, ¿te acompaño? Y que un hijo no tenga que decir a sus vecinos: Mi papá no trabaja, está todo el día en el sofá y cobra una ayuda. Salvo que sea realmente imprescindible, este país necesita que su gente trabaje y que sea el mejor ejemplo para sus hijos, y que con su trabajo, con su aportación, le pueda dar la mejor educación, la que quieran ellos, y que aporte —vuelvo a decir— su IRPF para que aquellos que no pueden salir de casa, los grandes dependientes, tengan la mejor atención, que es muy costosa. No sé si me dejo algo importante, doña Ana; si es así, en cualquier momento se lo aclaro.

El señor **PRESIDENTE**: Le ha preguntado también si conoce algo de la reducción del 0,7.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES, ONCE** (Carballeda Piñeiro): ¿El 0,7? Bueno, sufrimos en su día porque la recaudación de la equis solidaria la repartían entre las grandes organizaciones de la discapacidad, entre ellas, para entendernos, la Cruz Roja, Cáritas, alguna que ustedes tuvieron aquí ayer sobre pobreza, pero no la ONCE. Ya tuvimos una merma cuando se reclamó desde Cataluña el reparto de esa recaudación hacia las comunidades autónomas; entonces se decidió que se les diera un 80% y que un 20% siguiera a nivel central para las grandes organizaciones sociales. Y ahora se ha decidido por la Vicepresidencia del Gobierno reducir ese 20% —posiblemente se quede en un porcentaje menor— para compartirlo con otras áreas del Gobierno: ayuda internacional y temas relacionados con el medio ambiente y ecología, que no nos parece mal porque todos necesitan recursos; lo que nos parece mal es que a mitad del partido, como se suele decir, se cambien las reglas del juego. Lo que nos parece mal es que para favorecer a algunos, que pueden ser más amigos que otros, ahora se le quite a los que lo tenían para repartir con otros. Yo creo que no tengo que explicar aquí el trabajo que han hecho en la crisis anterior y en esta, y entre una y otra, todos los días organizaciones como la Cruz Roja o como Cáritas. ¡Cuidado con hacernos daño y hacernos trampas!, porque así no se reconstruye. Se necesita más que nunca, y precisamente se les quita en el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 17

momento en que más se necesita. Creo que es un error. El Gobierno está en su derecho, pero tiene que buscar alternativas, tiene que buscar fondos para compensar esa situación y que no se produzca esa injusticia precisamente en este momento.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Carcedo Rocés.

La señora **CARCEDO ROCÉS**: Muchísimas gracias, presidente, y muchísimas gracias, señor Carballada, por su larga exposición, porque le obligamos, con nuestras preguntas, a continuar su esfuerzo para explicarnos la situación del mundo de la discapacidad en general, que es a lo que se dedica la ONCE.

Quisiera empezar recordando dos datos muy importantes. El primero de ellos es que el colectivo de la discapacidad tiene 6 puntos más de riesgo de pobreza que la población general, es decir, que aproximadamente una de cada tres personas con discapacidad está bajo el umbral de la pobreza. El segundo dato es que el nivel de empleabilidad de las personas con discapacidad está 43 puntos por debajo de la tasa de actividad de la población general. Por tanto, estamos ante unos enormes desafíos y la ONCE está continuamente dando un paso al frente y dando respuesta a estos dos grandes desafíos con sus políticas, que van mucho más allá de las políticas de acción social, por lo que la comparecencia en esta Comisión general es muy importante, porque si no tendríamos que dudar a qué grupo de trabajo lo enviamos: si es al Grupo de Trabajo de Reactivación Económica, por sus actividades económicas y favorecedoras del empleo, con esos 70000 y aspirar a 75000 empleados, el 60% de ellos con discapacidad; o si enviarlo al Grupo de Trabajo de Políticas Sociales, que también tienen muchas iniciativas y mucha actividad, como recordaba; o al Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública, porque también tenemos en el mundo sanitario mucho que decir en materia de prevención de discapacidad y, por supuesto, en el tratamiento de las consecuencias de la discapacidad; asimismo, usted mencionaba también la gestión de proyectos europeos. Por tanto, en cualquiera de los grupos hubiera encajado su fundación; por cierto, felicitamos esos más de ochenta años de vigencia de la ONCE.

Dicho esto, y siendo importantísima toda la labor que están haciendo, esta es la Comisión para la Reconstrucción y es aquí donde yo creo que tienen un papel muy importante, y lo tienen porque queremos reconstruir las consecuencias de este vendaval, de esta pandemia y queremos salir con una sociedad mejor. Tenemos, por tanto, que alinear muchísimas políticas públicas para conseguir esa sociedad mejor y un objetivo, en el que yo creo que pueden tener un papel importantísimo y en el que le reclamo su atención, que es lograr la accesibilidad universal. Se puede hacer, se pueden eliminar las barreras; tenemos tecnología suficiente para eliminar barreras que ya existen y, desde luego, para lo que construyamos a partir de aquí, pensando en ese horizonte de la accesibilidad universal, que podemos hacerlo. Por tanto, sería una gran conclusión y una gran tarea que tenemos que sacar de aquí, de esta Comisión.

Otra cuestión importantísima que tenemos que sacar de aquí es la inclusión a partir de los datos que acabo de decir, todas las políticas inclusivas y también de educación. Por favor, si queremos de verdad que esta Comisión sea un lugar de encuentro, sea un punto de encuentro, no busquemos problemas donde no existen; no existe ningún problema con la educación especial. Sí tenemos la responsabilidad y la obligación de promover en la escuela normal, en la escuela pública, la inclusión de todas las personas en ese concepto de accesibilidad universal pero, por favor, a los padres con niños con discapacidades severas no les planteemos problemas que no existen, porque ya tienen bastante preocupación. La escuela tiene que ser inclusiva en todos los ámbitos, también en el social, y los padres que están en pobreza no pueden tener menos oportunidades de educar a sus hijos que los que tienen recursos para mandarlos a donde sea. Por favor, inclusión en todos los ámbitos, también en el ámbito de la discapacidad, y acceso universal a los servicios públicos, a todos los servicios públicos.

Termino —porque ya estoy viendo en rojo la luz de aviso del tiempo—, trabajemos para la reconstrucción y salgamos de aquí con una sociedad mejor. Lamento muchísimo, por la enorme ilusión que tenían, que el congreso mundial de ciegos en España no se pueda celebrar; siento muchísimo que se haya frustrado esa aspiración. Muchísimas gracias por sus aportaciones.

Si me permiten el tema del 0,7...

El señor **PRESIDENTE**: En telegrama.

La señora **CARCEDO ROCÉS**: Telegráfico.

El tema del 0,7 de sociedades se ha incorporado —y el señor Garcés tiene mucho que decir en esto—. Entre el aumento del IRPF y la incorporación de sociedades —creo que hay que ser justos— hay 53 millones más para el tercer sector social en el ejercicio actual. **(Aplausos)**.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 18

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, ha acabado su tiempo.
Señor Carballeda.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS ESPAÑOLES, ONCE** (Carballeda Piñeiro): Muchísimas gracias, señora Carcedo, por sus palabras, por su trabajo también. Nos conocemos desde hace tiempo y esto no es la crisis de la carne mechada, pero no fue cómodo.

Nosotros vamos a seguir apostando por no bajar la guardia, por seguir jugando al ataque, no mirar hacia atrás y tratar de ayudar todo lo que podamos a este país. Volveremos el año que viene a hacer nuestro congreso, a traer a los ciegos del mundo que no tienen las oportunidades que, afortunadamente, tenemos nosotros en España, gracias a la solidaridad del pueblo español. Volveremos a los Juegos Paralímpicos de Japón; es muy importante el deporte para el desarrollo de las personas con discapacidad, para el ejemplo de quien lo ve a través de los medios de comunicación, y volveremos a comprometernos. Fíjese, en los hospitales han faltado muchas cosas, pero no ha faltado el calor humano, el compromiso personal de los profesionales sanitarios y no ha faltado, fíjese, ropa limpia, ¡ropa limpia!, no lo habrán oído en ninguna parte. ¿Sabe quién lava la ropa de los hospitales? Antes, alguna empresa pública, con unos costes desorbitados, que pagábamos todos nosotros. Hoy, una empresa que, de su plantilla, la mayoría son discapacitados intelectuales, los que peor lo tienen para trabajar y que dijeron que ellos no querían dejar de trabajar para que los médicos, los ATS y los auxiliares tuvieran la ropa que necesitaban, con lo que eso supone. A esa es a la gente que yo tengo que estar agradecido, que estoy orgulloso de hablar de ellos aquí, igual que de nuestros clientes, que volverán a encontrarse con los centinelas de la ilusión el próximo día 15. Veamos lo positivo.

Gracias por su trabajo, no es fácil, no es fácil lo que están haciendo y yo se lo agradezco, se lo reconozco y me ofrezco con todo el Grupo Social ONCE para lo que podamos buenamente hacer, presidente.

Gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Agradezco de nuevo, en nombre de todos y de todas, al presidente del Consejo General de la Organización Nacional de Ciegos Españoles que haya participado en los trabajos de esta Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Agradezco sus explicaciones y sus propuestas, que me consta que ya han llegado a los servicios de la Cámara por escrito y que distribuiremos a todos los grupos.

Suspendemos la sesión hasta las 3.

Se suspende la sesión a las dos y treinta minutos de la tarde.

Se reanuda la sesión a las tres de la tarde.

— **DEL SEÑOR REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS (ROMERO AGÜIT). (Número de expediente 219/000050).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías. Reanudamos la sesión.

Como saben, el siguiente punto del orden del día es la comparecencia de don Serafín Romero Agüit, quien participa en esta Comisión en representación de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Le agradecemos, en nombre de la Comisión, que haya tenido la amabilidad de acompañarnos en esta sesión de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Sin más, le cedo la palabra.

El señor **REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL Y DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS** (Romero Agüit): Buenas tardes, señor presidente de la Comisión. Buenas tardes, señoras y señores diputados, miembros de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados.

Permítanme que mis primeras palabras en nombre de la profesión médica sean de condolencia y afecto a todas las víctimas de la pandemia por coronavirus y a sus familiares, y muy especialmente quiero hacer un recuerdo a los profesionales sanitarios fallecidos, a nuestros cincuenta y nueve médicos que siempre estarán en nuestra memoria, a los que aún se debaten entre la vida y la muerte, a los que intentan superar las complicaciones y a los que siguen en primera línea asistencial, para ellos dignidad y respeto.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 19

Nos encontramos ante una situación de enorme complejidad que genera gran incertidumbre y sobre la cual tenemos aún mucha ignorancia. Nos enfrentamos a un virus que tiene una gran facilidad de expansión y una alta capacidad de producir infecciones graves, y además tiene un armamento genético que ocasiona una catástrofe terrible. No sabemos de su variabilidad, ni cuánto puede persistir en los próximos meses, ni cuáles son los mecanismos por los que se produce un rápido empeoramiento brusco del paciente. No sabemos aún cuál es el tratamiento adecuado, ni cuál es la vacuna ni si la tendremos y en qué tiempo. Pero no quiero ocultar que son el futuro y el presente lo que más reto supone desde el punto de vista organizativo y donde más se precisa la contribución experta, comprometida y creativa de la profesión médica, porque el regreso a la normalidad va a ser presumiblemente un camino complejo, con altibajos, con idas y venidas, y porque esa normalidad va a ser diferente necesariamente de la que antes existía. Tenemos que apostar por una nueva oleada reformista que facilite cambios institucionales y organizativos para atrevernos a cambiar lo que todos sabíamos que debería haber cambiado y también para prepararnos para futuras amenazas, porque ya somos dolorosamente conscientes de nuestra vulnerabilidad ante pandemias en un mundo globalizado que no habían sido consideradas ni atendidas convenientemente.

Hoy no les voy a hablar de un pacto por la sanidad, un pacto de Estado por nuestro Sistema Nacional de Salud, aunque nos reafirmemos en la necesidad clara del mismo —al igual que los ciudadanos que no solo lo piden sino que lo sienten como suyo—, hoy les quiero trasladar que tienen una deuda moral con la sanidad y con los sanitarios. Nuestra intervención en esta Comisión para la Reconstrucción pretende trasladar el papel de palanca que debe ejercer la profesión médica para interferir y sortear la excesiva interferencia política. Nuestra aportación irá encaminada a la exposición de un conjunto de reformas selectivas que desencadenen dinámicas de mejora aún más amplias y que se sustenten en amplios consensos. La sanidad, lo sanitario, no puede seguir tratándose como un gasto; la sanidad y lo sanitario es una inversión y abogamos por la capacidad de generar grandes acuerdos desde un núcleo central que apueste por un modelo sanitario sostenible. Debemos preguntarnos —deben preguntarse— si estamos dispuestos a asumir diagnósticos y propuestas externas, poner nombre a un informe que estudie las propuestas, como sucedió con el informe Abril que luego no se tuvo en cuenta, y acordar quién participa en él. La retórica política de estos años solo ha servido para adormecer la demanda creciente de reformas, dirigiendo la atención a los sueños de lo que el Sistema Nacional de Salud es o debería ser, en vez de asumir decisiones y costes y empezar a introducir cambios. Están las hemerotecas llenas de diagnósticos y tratamientos y encontrarán un gran vacío en el espacio destinado a la puesta en marcha de estos. No debemos salir de esta crisis de salud pública para volver a encontrarnos con la misma realidad que dejamos en marzo: un Sistema Nacional de Salud sin recursos económicos suficientes para seguir manteniendo los criterios que nos hicieron ser referente; unos estándares de resultados de alto nivel, a pesar de lo anterior, pero, no nos engañemos, consecuencia del trabajo y el esfuerzo de los miles de profesionales sanitarios, los mismos que han sido capaces de doblegar una amenaza como nunca podíamos imaginar; la vuelta a unas listas de espera que van a suponer otro reto asistencial; la precariedad en el empleo y la falta de políticas de recursos humanos en salud; las bajas y deterioradas retribuciones y un personal abatido, indignado y cansado tanto física como emocionalmente. Toca recordar a Ramón y Cajal cuando nos decía: «Las ideas no duran mucho, hay que hacer algo con ellas». No solo ha habido falta de voluntad política a lo largo de estos años, hay hasta pánico de los propios responsables políticos y gestores para enfrentar conflictos y reacciones en la propia opinión pública y hoy en día en el mundo de las redes sociales. Subyace una expropiación de competencia a las autoridades sanitarias por parte de las económicas y de Función pública. Ministros y consejeros de Sanidad dan la cara, pero casi todo acaba dependiendo de otros que no aparecen en el escenario. A veces nos preguntamos si es más oportuno dirigirnos a Hacienda o a Economía que a nuestro propio Ministerio de Sanidad. Necesitamos un discurso sanitario desde lo político, una apuesta política por lo sanitario, un modelo explicativo que ilusione y que estimule el compromiso y la participación real de la profesión médica. En este escenario no puede obviarse que los profesionales sanitarios constituyen la piedra angular del Sistema Nacional de Salud. Sin su compromiso, esfuerzo, competencias y vocación sería impensable que España tuviera una sanidad como la que tenemos y, sin lugar a dudas, el abordaje de esta pandemia hubiera desembocado en una tragedia aún mayor.

Es una apuesta difícil para los profesionales de la medicina, porque remamos contra corriente, porque a veces se nos pide que sigamos siendo islotes de virtud, porque incluso se abusa de nuestro compromiso con el paciente para pedirnos una austeridad autoinfligida, porque se nos piden sacrificios apelando a nuestra vocación, mientras otros escapan de las estrecheces con menor valor añadido social y con una mucho más liviana dedicación a su quehacer en comparación con las agotadoras y comprometidas jornadas que la gran

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 20

mayoría de los médicos deben cubrir cada día. No estamos contentos con la situación actual. La profesión médica se siente maltratada y exige a los responsables políticos e institucionales que repongan la desinversión, que incrementen el músculo profesional y que aporten retribuciones y calidad de empleo para que podamos seguir centrados en nuestra tarea, mejorando la medicina y el Sistema Nacional de Salud.

Hace algo más de tres meses, y en este mismo escenario, escenificábamos la renovación del contrato social de la profesión médica ante la presidenta del Congreso y un recién nombrado ministro de Sanidad. Lo hacíamos con la leyenda «Comprometidos con la sociedad y con el médico», en un año de centenario para el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, y sentábamos nuestro histórico compromiso con la sociedad afirmando nuestros posicionamientos como organización de representación profesional. Por todo ello, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en representación de la profesión médica de nuestro país, se siente legitimado como un interlocutor principal para contribuir a reforzar y transferir el legado sanitario recogido de las generaciones que nos precedieron, constitutivo de un gran pacto de solidaridad entre todos los agentes sociales. Por eso no queremos ser meros colaboradores; queremos comprometernos hoy y aquí.

Permítanme que de forma enunciativa les haga una exposición de las medidas o propuestas que queremos hacer llegar a esta Comisión. Se las hemos hecho llegar con antelación a su presidente para su distribución y, por factor del tiempo, tan importante para que el trabajo, lógicamente, sea eficiente, paso a reiterar, puntualizando algunas de ellas.

De forma general, reiteramos, como antes hemos comentado, que es necesario una nueva oleada reformista —hace ya muchos años de aquellas leyes de sanidad que supusieron cambios de estructura y que tanto necesitamos ahora— para generar grandes acuerdos. No estoy pidiendo un pacto por la sanidad, sino grandes acuerdos políticos al máximo nivel, que faciliten las reformas necesarias en nuestro Sistema Nacional de Salud mediante ese acuerdo sanitario y social. Por lo menos pónganle fecha —diez años— para gestionar la crisis sin descapitalizar los servicios sanitarios públicos y la medicina. Quiero recomendar que el Congreso de los Diputados, a propuesta de esta Comisión para la reconstrucción y tras escuchar a todos los actores del sistema sanitario, designe una comisión para sintetizar los principales problemas de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, proponiendo un conjunto articulado de medidas de mejoras específicas.

Estamos ante una situación de desescalada y, por ello, es muy importante plantear algún escenario en las estrategias de transición y preparación para las amenazas de salud pública. Consideramos esencial potenciar en este momento, en esta fase de evolución, con el fin de minimizar el alcance de los brotes que, inevitablemente, irán apareciendo, los siguientes parámetros: control de la transmisión, rastreo e identificación de casos y sus contactos, capacidad diagnóstica suficiente, aislamiento de positivos, capacidad asistencial suficiente, control de focos y medidas de protección. Y España tiene que asegurar una reserva estratégica de material de protección al personal sanitario y a los ciudadanos, así como de equipamientos médicos con la finalidad de poder incrementar unidades de cuidados intensivos y otros materiales para situaciones epidémicas. En el ámbito de redefinir y reformar el Sistema Nacional de Salud, consideramos la necesidad de mantener el liderazgo del Ministerio de Sanidad en el seno del Consejo Interterritorial de Salud sobre la pandemia de COVID-19. Será oportuno aprobar con carácter de urgencia esa estrategia nacional contra el virus que nos va a acompañar durante un tiempo.

Queremos aquí dejar claramente definido que hay que potenciar el papel del Ministerio de Sanidad, que debe de reagrupar otra vez una nueva denominación que sería la de Ministerio de Sanidad, Salud Pública —en mayúsculas— y Política Social, potenciando el carácter ejecutivo de las decisiones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano clave para el impulso de medidas y actuaciones de salud para los ciudadanos y para el fomento de la cooperación entre las comunidades autónomas y el Gobierno de España. Entendemos que para eso es necesaria una nueva arquitectura estratégica del sistema nacional con la creación orgánica y funcional a nivel operativo de un sistema multiagencia. No estamos hablando de una centralización de nuestra sanidad, pero sí de la necesaria creación de un sistema multiagencia, especialmente en los siguientes escenarios: en el escenario de la salud pública y la política de salud; en la evaluación sanitaria; en los sistemas de información sanitaria; en la estructura de capitalización compartida; en la modernización, reformas y dinámicas de cambio compartidas; en las garantías públicas sustentadas en los derechos subjetivos constitucionales —esos derechos sustantivos de la ciudadanía—, como la cohesión social, y en las políticas de solidaridad; en la humanización de todas las políticas sanitarias y en el buen gobierno; en el desarrollo de la política científica, biomédica y de la innovación, incardinada orgánica y funcionalmente en el Instituto Carlos III y

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 21

con coparticipación de las comunidades; en la cooperación internacional en las políticas sanitarias y de salud; en el desarrollo de la política farmacéutica, y en la cartera de prestaciones y servicios sanitarios.

Hoy toca hablar de un hecho que creo que ha llamado la atención a todos y que ha sido el gobierno clínico de la pandemia. Por eso, tras lo observado en esta pandemia, reivindicamos el valor clínico generalista para coordinar a equipos interdisciplinares. Necesitamos la figura de un profesional de la medicina más polivalente, capaz de atender y/o apoyar en especialidades que no son las suyas. En ese sentido, debería existir una figura formativa de capacitación específica, de carácter voluntario y eminentemente práctica que permita obtener las competencias precisas para prestar esta ayuda que se ha demostrado tan necesaria. Cuando la asistencia abocaba a un colapso, cuando más complejidad teníamos y más incierta era la situación, se ha demostrado que la ruptura de los equipos estancos, las brechas competenciales, la falta de coordinación y el hospitalcentrismo pueden ser revertidos hacia un nuevo horizonte asistencial. Lo que parecía imposible se ha logrado cuando se ha confiado, por necesidad, en la flexibilidad y en la autogestión. Es hora de fortalecer la confianza en los profesionales sanitarios, en su compromiso y en su capacidad de autogestionarse desde el profesionalismo y la asunción de responsabilidades. Es hora de despolitizar la gestión de los sanitarios, potenciar la formación médica continuada y la acreditación de la misma en un entorno internacional libre de conflictos de intereses, así como las competencias en materias transversales del médico, que deben priorizarse en los proyectos de desarrollo profesional.

En relación con la política farmacéutica y tecnológica, es necesario seguir garantizando el acceso a todos los ciudadanos a los medicamentos esenciales y, muy especialmente, a las innovaciones terapéuticas que intenten vencer a este virus y a una vacuna que vendrá y que pondrá fin a este problema de salud. Además, lo tenemos que hacer como país, con una visión solidaria y cooperante en un mundo global e impulsar el desarrollo de los recursos propios y la puesta en marcha de experiencias como la llevada a cabo en el ámbito de las terapias avanzadas, que puede servir de referencia y que se puede explorar para otro tipo de tratamientos. Debemos fijar sin ningún tipo de contrariedad más el marco de relación con la industria farmacéutica innovadora y con la de la tecnología sanitaria que permita la mejor incorporación de los fármacos y las tecnologías que aporten valor. Abogamos por un ejercicio transparente tanto en lo que respecta a la fijación de precios y a la financiación de medicamentos y tecnologías sanitarias, como a la financiación pública de los mismos.

En relación con la gestión de la tecnología, hay que poner en marcha un plan específico que permita la renovación de la infraestructura tecnológica. En la producción y estímulo nacional de los bienes de equipo y de tecnologías tenemos que aprender de lo que se nos ha presentado con esta pandemia. Una de las enseñanzas más dolorosas de esta crisis ha sido la comprobación impotente de nuestra dependencia en aspectos básicos de bienes de equipo y tecnología común que se han demostrado esenciales. Hay que desarrollar la telemedicina promoviendo una cultura desde lo ético y deontológico y preservando la relación médico-paciente que, como todos saben, estamos abogando para que sea reconocida como patrimonio inmaterial cultural de la humanidad, y una historia clínica electrónica compartida con un repositorio nacional y europeo de datos de salud del paciente en las condiciones de seguridad exigibles por la legislación actual. Y permítame un apunte también en el campo de la investigación: hay que definir una estrategia específica y aumentar los recursos para I+D+i, y si no los hubiera, al menos que se ofrezcan en un formato utilizable por los investigadores; una gran parte de lo que se presupuesta no se ejecuta. Se necesita una regulación en materia de recursos humanos que permita flexibilidad en los contratos y que facilite las incorporaciones necesarias y las remuneraciones dignas, así como compatibilizar tareas asistenciales e investigadoras, la conocida carrera del investigador médico.

Un punto importante para poder avanzar es el debate de la financiación, viabilidad y sostenibilidad, definir o redefinir un nuevo modelo de financiación estable, suficiente y respetuoso con el principio de estabilidad presupuestaria y consolidación fiscal y que sea coherente con los principios de cohesión territorial, igualdad y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias de acuerdo con una cápita adecuada. También hay que incrementar los recursos destinados al Sistema Nacional de Salud alcanzando una inversión en estos servicios públicos propia de otros Estados de la zona euro y propia de un país como España. Esto supondrá pasar del actual 6% del PIB en sanidad a un mínimo del 7% del PIB. Hay que inyectar con carácter de urgencia un montante económico para afrontar los gastos derivados de la pandemia, los derivados para mantener el sistema sanitario en estado de alerta y los destinados a la puesta al día de la actividad asistencial demorada que va a tener que coexistir con la atención a la COVID-19. Esta inyección económica debe priorizarse especialmente en consolidar el empleo sanitario y que tenga para esto un carácter finalista. Sería muy conveniente de una vez por todas garantizar en el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 22

Boletín Oficial del Estado la solvencia de nuestro Sistema Nacional de Salud. Nos lo merecemos, se lo merecen nuestros ciudadanos.

Con relación a los recursos humanos y a la profesión médica, hay que afrontar de una vez por todas la planificación de las necesidades de recursos humanos en salud y consolidar el empleo médico y sanitario de calidad, recuperar los derechos retributivos perdidos como consecuencia de las medidas puestas en marcha en la crisis económico-financiera, una mejora retributiva acorde con la competencia, dedicación y responsabilidad del ejercicio de esta profesión; si no, lógicamente el panorama al que vamos a vernos abocados es a más de lo mismo. Por eso es obligado un plan integral de recursos humanos en sanidad con participación real del Foro de la Profesión Médica en el Foro de las Profesiones Sanitarias, para desarrollar un registro de profesionales de una vez por todas del Sistema Nacional de Salud, para desarrollar de una vez por todas cómo se tienen que formar nuestros médicos de hoy y del mañana, con un continuo formativo que camine de la mano, desde el grado, la formación especializada, el desarrollo profesional continuo, la carrera profesional y la acreditación de certificación de sus competencias, con un plan de evaluación continuada y reconocida del ejercicio profesional del médico. Es mucho esfuerzo lo que significa ser médico y muy poco lo que vale la evaluación de un desarrollo competente.

En relación con la vinculación jurídica del médico, ha de suponer que el médico ocupe un papel fundamental en la gestión y gobernanza del Sistema Nacional de Salud para avanzar en la eficiencia, seguridad y calidad de la asistencia sanitaria. Queremos estar en la gestión clínica y en la gestión y buen gobierno de los sanitarios, renovar ese necesario contrato social de la profesión médica hoy aquí ante un gran acuerdo con el Ministerio de Sanidad y la profesión médica para que nos cubra esos diez años que antes comentábamos. Y queremos también —parece mentira— pedir un reconocimiento de la contingencia profesional de la infección por el SARS-CoV-19. Se lo merecen nuestros médicos y todos los sanitarios. Por eso hemos pedido también que la profesión médica en particular y la sanitaria en general —abogo por las profesiones sanitarias hermanas—, que han estado trabajando y que también han presentado y tienen muchas víctimas, sean reconocidas como profesiones de riesgo.

Estamos muy preocupados porque —¡quién nos lo iba a decir!— empezamos a ver un escenario de judicialización de la práctica médica en esta pandemia. No quisiéramos pasar de los aplausos a la presunción generalizada de culpabilidad ni a la pena de banquillo. Es fundamental facilitar los sistemas de resolución extrajudiciales de conflictos ante la situación actual de crisis y profundizar en el lado humano de las relaciones, buscando soluciones alternativas en base al diálogo y a la negociación. Vuelvo a reivindicar, y es fundamental, la aprobación de un baremo de daños sanitarios.

Con relación al primer nivel asistencial, y de forma también rápida, quisiera comentar que la postergada agenda de mejora de la atención primaria debe avanzar y consolidarse tanto en recursos humanos como en financiación, plantillas orgánicas, reforzamiento de puestos estructurales, sistema justo de sustitución interna, así como modelos de autonomía de gestión, fomento de la figura y función directiva del equipo, de su desarrollo y carrera profesional y de otras mejoras en organización, actividad y dotaciones. En este proceso de desescalada hemos puesto encima de la mesa la necesidad de priorizar la seguridad del personal y de los pacientes, rediseñar la accesibilidad a los centros de salud, los cambios de organización y roles profesionales, el desempeño de funciones de vigilancia epidemiológica y la reducción de las cargas burocráticas. Es imprescindible reforzar la coordinación entre los sistemas social y sanitario para mejorar la calidad conjunta de los servicios que prestan ambos sistemas en personas con limitaciones en su autonomía y para poder gestionar de manera satisfactoria futuras pandemias y emergencias sanitarias. Y también se lo debemos a nuestros mayores, a aquellos que han hecho e hicieron posible que tuviéramos un sistema nacional de salud como el que gozamos y que pretendemos —hoy estamos en ello— poder legar a nuestros hijos y a nuestros nietos. Y debe hacerse desde la coordinación —no me voy a extender—, esencialmente en aspectos fundamentales como una planificación conjunta de los cuidados de larga duración; el desarrollo de un sistema de información integrado en lo referente a la prestación de servicios a personas con un determinado perfil de salud y autonomía; creación de infraestructuras de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales en su parte de promoción de la autonomía y atención a la dependencia, y a la implicación de los servicios sanitarios públicos en la atención sanitaria y seguimiento directo de la residencias de mayores. Y hay que desarrollar y potenciar la Ley de Salud Pública de 2011 —no nos puede pasar lo que nos ha pasado— y extender, junto con ella, la especialidad de medicina preventiva y salud pública, invertir en el capital humano aumentando el número de plazas de formación médica especializada y aumentar la plantilla de los servicios de salud y su desarrollo profesional.

Quiero comentarles también que tendremos que encajar el debate del sistema privado de salud. No podemos estar continuamente planteándonos debates esquinados, porque coexistiendo con el sistema

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 23

público de salud la previsión privada ha jugado y juega un rol sustitutivo y/o complementario a lo largo de su existencia en todas las comunidades autónomas y con volúmenes de actividad bastante estables. La colaboración del sector privado con el público es muy transversal y se extiende a todas las comunidades, por encima del signo político de los Gobiernos. Es obligado destacar el importante papel que ha tenido la sanidad privada en el abordaje de la pandemia de la COVID-19. Es necesario, por diferentes motivos, y se lo digo desde el punto de vista estrictamente médico, establecer canales de comunicación que eviten la duplicidad de pruebas diagnósticas y terapéuticas, con sus consecuencias derivadas de posible iatrogenia y especialmente relevante en la duplicidad de costes. Y se hace obligado fomentar y desarrollar toda la normativa relativa a la autorización de centros sanitarios y sociosanitarios en función de criterios objetivos y reclamar transparencia y publicidad de datos sanitarios.

Acabo, y permítanme que haya intervenido brevemente para respetar los tiempos. Quisiera destacar el papel de los colegios de médicos de España en el abordaje de esta pandemia. He podido comentar muy ligeramente —lo tienen ustedes en el documento— a lo largo de esta exposición parte de la actividad desarrollada por la profesión médica y por sus órganos de representación, que son los colegios de médicos, y hemos intentado exponer propuestas que necesariamente demandan respuestas urgentes, por compromiso social, porque el rol que tienen los colegios profesionales y el de médicos en particular es garantizar al ciudadano una asistencia de calidad con los profesionales más competentes. Llevamos cien años demostrando en la práctica que los colegios de médicos y el Consejo General de Médicos son excelentes plataformas para hacer que la medicina sea más segura, de calidad y decente y para que los sistemas sanitarios sean más efectivos y sostenibles, y en eso vamos a seguir trabajando, para que se aborden todos los temas pendientes desde la lealtad con las instituciones, pero con la firme convicción en la defensa de una asistencia sanitaria de calidad, en la defensa de los ciudadanos y en la defensa de los médicos.

Muchas gracias por su atención.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Romero.

Empieza el turno de los grupos por un tiempo de cuatro minutos de menor a mayor, aunque en esta ocasión la señora Pastor ha pedido intervenir antes para poder acudir a la reunión de la Mesa. Así que, si no tienen inconveniente, le damos la palabra ahora.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias por su amabilidad, si no, otra compañera diputada intervendría.

Muchas gracias, doctor Serafín Romero, presidente de la OMC, por su presencia, y muchas gracias, sobre todo, por el documento que nos ha entregado y por su exposición. Creo que hoy todos los que estamos aquí queremos que transmita a todos los profesionales nuestro agradecimiento y nuestras condolencias por todos los compañeros que han fallecido y a sus familias y, sobre todo y especialmente, a todos los contagiados, a todos los profesionales —más de cincuenta mil—, a todos los sanitarios que han sido contagiados en esta pandemia. Desde aquí le transmitimos nuestra gratitud con ellos y, aunque solo sea por eso —aunque hay muchas otras razones—, presidente, tiene que saber que vamos a trabajar todos en esta Comisión para intentar aportar soluciones y que esto nunca nos vuelva a pasar. Me gustaría también agradecerle todo lo que ha hecho la institución que preside a lo largo de esta pandemia. Quiero agradecerse y que se lo traslade a todos los profesionales.

Como usted es médico especialista en medicina familiar y comunitaria y conoce a fondo la atención primaria, es el motivo por el que yo le voy a realizar algunas preguntas, porque sé el conocimiento no solo como presidente de la institución, sino como médico en ejercicio y, especialmente, en la medicina rural. Voy a empezar por la medicina rural, porque creo que es un tema sobre el que tendríamos que plantear también medidas para conseguir esa recuperación del país. Algunas cosas tienen que ver directamente con la pandemia y otras tienen mucho que ver con cómo tenemos nuestro sistema sanitario. La primera es: ¿qué piensan ustedes con respecto a adoptar un sistema de incentivos y retributivo para todos los profesionales sanitarios que ejercen su función en el medio rural de nuestro país? Me gustaría mucho conocer su opinión. También me gustaría preguntarle algo, porque ustedes, en un comunicado el 19 de abril, manifestaron —palabras textuales—: la necesidad de un gran acuerdo político y social que garantice una atención sanitaria de calidad, que refuerce nuestro modelo sanitario universal y solidario. ¿Cuáles cree, doctor, que deberían ser los puntos fundamentales de ese gran pacto político, al que algunos que creemos en ese pacto llamamos Cajal? ¿Cómo valora la propuesta —dentro de lo que usted ha advertido sobre el reforzamiento del sistema de vigilancia epidemiológica y salud pública— de la creación de una agencia nacional de salud pública y calidad asistencial que incluya una unidad de pandemias? Porque uno

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 24

de los problemas que hemos detectado sobre la gestión de la pandemia fue, por ejemplo, la falta de EPI, primero, y después la utilización de EPI defectuosos. ¿Cree que es importante que esa agencia incluya, igual que otras organizaciones como el NICE inglés, una parte de calidad asistencial?

Siguiente tema. Según su opinión, y tras haber analizado la situación hasta el día de hoy con el detalle y conocimiento que ustedes, los sanitarios, los médicos, tienen, ¿piensa que se podría haber evitado el alto número de sanitarios contagiados? ¿Por qué cree que no ha sido así y somos el país del mundo que mayor porcentaje de profesionales sanitarios contagiados tenemos? ¿Hubo falta de previsión, tal vez, o de adquisición de EPI a tiempo?

De acuerdo con su experiencia, doctor, ¿qué puede decirnos sobre el papel que debe asignársele a la atención primaria y comunitaria y, especialmente, el papel que vienen desarrollando los médicos centinelas hasta ahora? ¿Cómo se puede reforzar y hacer, además, parte imprescindible del sistema de vigilancia de salud pública a los médicos de atención primaria y comunitaria? Siguiente pregunta: ¿Cómo mejorar la situación de los profesionales sanitarios en la pandemia y en la pospandemia? Usted ha hablado de la I+D+i, ¿piensa que España, además de tener magníficos investigadores y tener en este momento abiertas varias líneas de trabajo muy avanzadas en materia de vacunas, necesitaría ser autónoma en la producción de vacunas? Y en último término, para que el presidente no me riña —es muy amable, señor presidente—, ¿cuantas reuniones han mantenido ustedes con el Ministerio de Sanidad, cuántas reuniones con la Comisión asesora de la COVID-19 de la OMC? ¿Se podrían haber evitado errores de haber contado con sus consejos? El consejo —leo también sus palabras— ha reprochado en comunicados de prensa que las autoridades sanitarias no hayan contado con el conocimiento, asesoramiento y capacidad de reacción de ustedes, de los profesionales sanitarios, en este caso de los médicos.

Muchísimas gracias por su tiempo y, sobre todo, traslade los agradecimientos a todos los médicos de nuestro país.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Pastor.

Por el Grupo Mixto hay dos formaciones. En primer lugar, por Teruel Existe, tiene la palabra el señor Guitarte Gimeno.

El señor **GUITARTE GIMENO**: Buenas tardes.

Yo quería hacer una reflexión, al hilo de lo que usted ha comentado, sobre si cuando hablamos de la importancia de la atención primaria somos conscientes de que existe una España rural totalmente abandonada a su suerte en recursos sanitarios. Está abandonada en cuanto a instalaciones, está abandonada en cuanto a dotación de tecnología —en la mayoría de ella hay que irse hasta los años ochenta para ver su filiación— y también está abandonada en cuanto a la escasa posibilidad de dotación o de conseguir que acudan profesionales especialistas a la misma. Ahí tenemos un problema muy grave donde nadie sabe acertar cuál es la razón última por la que el Estado no consigue que acudan profesionales a estos medios, cuestión que es importantísimo solventar. En esta reciente epidemia hemos tenido la suerte de que no se ha cebado con esta España. De haberlo hecho allí, los recursos insuficientes habrían provocado una catástrofe. Hemos de aprender la lección.

Quiero hacer otra reflexión en cuanto a la financiación de estos servicios. Nuestra comunidad autónoma, por poner un ejemplo, defiende un modelo de sanidad asimétrica solidaria que en definitiva viene a consistir en que todos los servicios están concentrados en un único punto y todos los demás tenemos que desplazarnos aunque sean 100, 200, 300 kilómetros. Y eso, en última instancia, no es porque el Gobierno de Aragón tenga malas intenciones; es porque son unos servicios infrafinanciados probablemente desde el momento en que las transferencias obligan a la comunidad autónoma a concentrar recursos en un punto porque no puede ponerlos en más puntos. La financiación es un elemento sustancial a tratar y creemos que debemos hacer fuerza desde esta Comisión en esa dirección. No parece tener sentido que haya localidades como Teruel que no dispongan de servicio de radioterapia, que haya hospitales en Teruel que no tengan UCI. Son elementos a subsanar, creemos, de forma urgente.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Guitarte.

Por Coalición Canaria, tiene la palabra la señora Oramas González-Moro.

La señora **ORAMAS GONZÁLEZ-MORO**: Gracias, señor Presidente.

Señor Romero, quiero expresar una emocionada solidaridad con todo el sector médico, que ha estado a una altura en este país donde a veces no hemos estado otros. Yo hago más todas las manifestaciones

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 25

que ha hecho la señora Pastor, y seguramente hará la señora Carcedo, que saben muchísimo más que yo en materia médica. Yo solo le voy a hacer tres preguntas. Tengo familiares del sector sanitario —unos contagiados, otros no; lo he vivido en la familia— y quiero hacer una reflexión sobre los 51 000 sanitarios contagiados. Si los sanitarios no se hubieran contagiado, ¿habríamos llegado en este país a los 200 000 infectados? ¿Que los sanitarios se contagiaron fue por no haber tomado las precauciones y los protocolos adecuados y por no tener material? ¿Fueron el principal foco de infección? ¿Se ha podido acceder por fin a la información desglosada sobre qué sanitarios y en qué puestos fueron infectados? Yo creo que esta información es fundamental para trabajar en protocolos, para trabajar en prevención.

Segundo, ante el posible rebrote o no en el mes de octubre, mezclado con una gripe, mezclado con el tiempo del invierno, ¿tiene conocimiento sobre si el Gobierno de España está haciendo acopio para una campaña masiva de vacunación de gripe y si en este momento las comunidades autónomas tienen el material necesario para afrontar un rebrote?

Y una última pregunta, porque no tengo más tiempo. ¿Cree usted que se tiene que institucionalizar y hacer un tratamiento psicológico a todos los médicos que han estado en la batalla antes del mes referido que pudiera ayudar a que tengamos unos profesionales médicos en plenas condiciones físicas y psíquicas?

Muchas gracias, señor presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Oramas.

Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra el señor Barandiaran Benito.

El señor **BARANDIARAN BENITO**: Muchas gracias, señor presidente.

Señor Romero, muchísimas gracias por su comparecencia, por sus palabras. Con ellas, va, por supuesto, también mi agradecimiento, primero, a todo el ámbito sanitario, a todos sus profesionales, también a los médicos. Soy nieto, sobrino, ahijado, hermano y padre de investigador y médico, o sea, que conozco perfectamente su idiosincrasia. Y permítame que le diga otra cosa más. Ante el informe de la Organización Médica Colegial tan completo que ha presentado, casi merecería la pena que nos calláramos, nos retiráramos y reflexionáramos sobre ello.

No obstante, me gustaría hacer dos o tres pequeñas valoraciones, que me gustaría que usted también tuviera en cuenta.

En primer lugar, pesar de todo, a pesar de todos los pesares que seguramente muchos de los intervinientes le vayan a señalar, quiero afirmar que el sistema ha reaccionado bien, es decir, con sus defectos, las faltas de material y de capacidad para reaccionar en el momento adecuado, creo que es importante destacar, para el propio sistema y también para los propios sanitarios, que han existido recursos propios, recursos humanos suficientes para haber reaccionado de una forma adecuada. Es importante destacarlo porque es poner en valor al propio sistema.

Decían algunos médicos vascos entrevistados que entendían que las infraestructuras habían respondido, pero que de cara al futuro habría que considerar de alguna manera el agotamiento de los profesionales sanitarios. Y esta es otra cuestión de la que habría que hablar. Estamos en una situación concreta, pero también tenemos el riesgo de un futuro incierto, respecto del que el agotamiento de quienes han estado trabajando hay que constatarlo, para que a futuro se pueda tener en cuenta una reacción más eficaz. Esto es algo que me gustaría destacar.

Cuando hablamos del sistema sanitario, estamos hablando también —y usted ha hecho referencia a ello— de la coordinación entre comunidades autónomas de diferentes sistemas sanitarios. Es decir, algunos tienen más fortalezas que otros, y, en particular, debo señalar que en Euskadi el sistema sanitario ha reaccionado, a pesar de que, como ha señalado la señora Oramas, el principal foco inicial fue el de un hospital concreto, en el que hubo una concentración de infecciosos. Hay que destacar que son diferentes sistemas dentro del mismo, y me gustaría que señalara cuáles son los caracteres que de ellos se deben poner en valor, para reaccionar mejor a futuro.

Y este aspecto hay que relacionarlo con otra cuestión. Estamos hablando de sistema sanitario en España, pero también hay que considerar el ámbito europeo. Es decir, es imposible contemplar a futuro una pandemia como la que todavía estamos atravesando sin tener en cuenta la perspectiva no ya globalizadora, sino específica del ámbito europeo, también sanitario, en el que entiendo que ha habido un defecto de coordinación importante, también con relación a la producción de algunos elementos, bienes de equipos, vacunas, que me parece que no es excesivamente acertado plantear simplemente a nivel local o estatal. Debemos de cambiar esa perspectiva, porque vivimos en la sociedad en la que vivimos y tenemos una perspectiva europea.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 26

Y falta un último elemento, al que usted ha hecho referencia y yo también quiero destacar. Hay que poner sobre la mesa el debate —hay que abordarlo y saber encajarlo— relativo a la sanidad pública y la sanidad privada. La sanidad pública y universal es la premisa, pero en ella se debe señalar la necesidad de contar también con elementos de la sanidad privada, que no se deben descartar. Por tanto, no se la puede excluir de inicio, creo que hay que saber incluirla. Entiendo que esta cuestión forma parte de un debate general sobre el sistema de salud, también se puede integrar en él, y creo que este debate hay que ponerlo encima de la mesa ya, pero sin dramatismos y sin exclusiones.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Barandiaran.

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el señor Díaz Gómez.

El señor **DÍAZ GÓMEZ**: Gracias, presidente.

Muchas gracias, señor Romero, por su comparecencia y el informe tan exhaustivo que nos ha enviado, sobre el que estoy de acuerdo con el portavoz del PNV en que deberíamos retirarnos a estudiarlo, porque es muy completo.

Quería empezar por dar las gracias, aprovechando su presencia aquí, por el trabajo que han hecho todos los médicos durante esta pandemia; a todo el personal sanitario, pero especialmente a los médicos, ya que está usted aquí hoy, porque la entrega y el sacrificio que han tenido durante todo este periodo van mucho más allá incluso de lo exigible, y mira que se les exige.

Nos ha hablado de una excesiva politización de la sanidad, de injerencias políticas en el ámbito sanitario. Coincido con usted plenamente en el diagnóstico, pero querría saber si estas injerencias en todo este periodo se han manifestado en algo en concreto, si la gestión de esta pandemia ha tenido injerencias políticas que hayan dificultado o hayan hecho peor esta gestión de la pandemia.

Por otro lado, respecto a cuando habla usted de historias clínicas compartidas y la necesidad de articular mejor, coordinar mejor las diferentes administraciones sanitarias que hay en España, querría saber qué opinión le merece a usted la implantación de una tarjeta sanitaria única y, a su vez, de la cartilla de vacunación europea. ¿Cómo valoraría la existencia de un documento de esta naturaleza?

Respecto a las cifras de contagiados entre los sanitarios, querría hacerle una pregunta. ¿Cree usted que España ha tenido peor profilaxis que otros países? ¿Por qué hay más contagiados entre los sanitarios españoles?

Otra cuestión que quería plantearle es cómo valora la movilización de médicos, de los sanitarios, en general, durante la gestión de esta pandemia, en la que se ha recurrido a médicos jubilados y a estudiantes, y cómo valoraría usted, aparte de esa reserva estratégica a la que hace referencia en el documento remitido, una reserva médica o sanitaria, de carácter humanitario, que esté preparada en un momento determinado para movilizarse ante situaciones como esta.

Voy a ser muy disciplinado con el tiempo. Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Díaz.

Por el Grupo Plural va a haber tres intervenciones. En primer lugar, por Más Compromís, el señor Baldoví i Roda.

El señor **BALDOVÍ I RODA**: *Moltes gràcies, senyor president.*

Muchas gracias por su comparecencia y por su documento. Creo que es fundamental que un documento sea claro, tanto en el diagnóstico como en las medidas que propone, y la verdad es que a mí me ha parecido muy claro.

Podemos mirar al pasado para aprender, y me parece perfecto. Pero también creo que una de las funciones de esta Comisión de Reconstrucción es mirar hacia el futuro. Solo voy a hacer una pregunta, porque tengo poco tiempo y quiero quedar bien con mi presidente. Mi pregunta es: ¿Usted cree que se debería blindar la sanidad pública en la Constitución, para que en el futuro no siguiera avanzando gotita a gotita la sanidad privada, como hace cada día más? Viendo lo que está pasando en Estados Unidos, creo que nos deberíamos curar con tiempo.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Baldoví.

Por Más País-Equo, tiene la palabra la señora Sabanés.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 27

La señora **SABANÉS NADAL**: Gracias, presidente.

Muchas gracias por su intervención y documentación. Como todos los portavoces de los grupos, le traslado nuestra solidaridad y apoyo a todo el personal sanitario.

Solo voy a hacer un planteamiento y dos preguntas.

En primer lugar, desde el criterio de Más País-Equo, lo que garantiza la atención universal, sin discriminaciones en el ámbito rural, en los distintos distritos, en las zonas ricas, en las pobres, es la sanidad pública. Por tanto, me gustaría que nos explicara cuáles son los problemas que ha tenido la sanidad pública, porque eso es determinante en este momento, y especialmente la atención primaria. Hablaba el representante de Teruel Existe del problema de las zonas rurales; yo le hablo del problema de los centros de salud de atención primaria y de la falta de cobertura antes, durante y después. Eso es muy importante en la prevención, así como el problema con las listas de espera y la falta de médicos. Llevamos años hablando de la falta de atención primaria, y me gustaría que profundizara un poco en ello.

La segunda cuestión importante es que la Ley de salud pública no ha llegado a reglamentarse ni a hacerse su trasposición, y eso es absolutamente imprescindible, lo vemos ahora en el caso de esta pandemia. Nos gustaría saber cómo cree que debería potenciarse el despliegue de esta reglamentación y dar respuesta en un caso tan grave como el que hemos vivido.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Sabanés.

Por Junts Per Catalunya, tiene la palabra el señor Bel Accensi.

El señor **BEL ACCENSI**: Muchas gracias, señor presidente.

Muchísimas gracias al doctor Serafín Romero por su comparecencia hoy aquí. Deseo trasladarle en su persona nuestra solidaridad y afecto hacia todo el trabajo que han hecho los profesionales sanitarios, especialmente los médicos, así como nuestro recuerdo a esos cincuenta y nueve médicos que nos han dejado en esta última crisis sanitaria.

Le agradezco el trabajo que nos presentan hoy, las propuestas y el desarrollo de las mismas. Presentar propuestas es relativamente fácil, pero presentarlas desarrolladas se agradece muchísimo. Nosotros nos comprometemos a estudiarlas profundamente y valorarlas, a pesar de que en algunas cuestiones estamos plenamente de acuerdo, pero en otras no tanto, también por la experiencia acumulada.

Ustedes hablan de redefinir y reformar el Sistema Nacional de Salud, y apuntan algunos aspectos con los que nosotros, de entrada, discrepamos, por ejemplo respecto a cuando intentan potenciar el papel del Ministerio de Sanidad y el papel ejecutivo de las decisiones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que tiene las mayorías que tiene. Cuando a nosotros, históricamente, se nos ha hablado en el ámbito de la salud, como en cualquier otro, de cogobernanza y cogestión, automáticamente se nos ha dicho que eso no era recentralización, pero la realidad es que, al cabo de un tiempo, sí acaba siendo una recentralización. Por tanto, este es un tema que deberemos tratar y estudiar con mucho detenimiento.

La cuestión de la financiación entendemos que es uno de los grandes temas pendientes en nuestro sistema sanitario. Evidentemente, está pendiente un nuevo modelo de financiación, con una capita adecuada y diferentes variables dentro de ella. Pero aquí podemos estar de acuerdo, porque, desde nuestra óptica, la infrafinanciación de la sanidad es histórica en este país, y se consolida cuando se hace el traspaso a las comunidades autónomas y no queda resuelto desde ese momento.

Hay dos aspectos más que quiero señalar. Por una parte, el encaje del sistema privado de salud nos parece superinteresante y necesario, y también el apartado referente a la necesidad de reforzar la atención primaria, así como el papel de las residencias de mayores.

Para terminar, señor presidente, me referiré a una cuestión que no está en el informe y es en relación con esta última crisis del COVID. ¿Creen ustedes, en su organización, que se han realizado suficiente número de test en el momento oportuno? Y si no se ha realizado suficiente número de test, ¿a qué ha sido debido y qué consecuencias ha podido conllevar?

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Bel.

Por el Grupo Parlamentario Republicano tiene la palabra la señora Vallugera Balañà.

La señora **VALLUGERA BALANÀ**: *Moltes gràcies, president.* Muchas gracias al compareciente.

Yo también soy de la opinión de leerlo con calma y hacerle llegar algunas de las consideraciones que nos va a merecer este informe. Hay unos cuantos aspectos que me gustaría comentar, lo que pasa es que

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 28

ya han sido esbozados por mis compañeros. Esta mañana, hablando con Amnistía Internacional, precisamente nos ponía sobre la mesa el papel de los sanitarios y nos comentaban un par de cosas que me parecen relevantes —lo ha comentado la señora Oramas—. ¿Ustedes creen que los sanitarios contagiados han sido un vector decisivo de transmisión? Por otra parte, comentan que en la información de que disponen no hay datos desagregados que permitan analizar y detectar cuáles han sido los agujeros negros producidos en todo el Estado. La pregunta es si ustedes comparten esta opinión, o si tienen algún otro tipo de información. Ha habido un comentario que me ha parecido especialmente relevante y sobre el que quería preguntarle acerca de los equipos de protección individual. Nos comentaban que el mayor impacto en cuanto al contagio a mujeres respecto a todos los equipos sanitarios tenía que ver con que el diseño de los EPI estaba hecho para hombres y eso las ha hecho más vulnerables al contagio. Quisiera saber si esto ustedes también lo tienen contrastado.

Un par de temas más, porque el blindaje de la sanidad pública como bien para los ciudadanos, como derecho fundamental, y salvaguardar su salud me parece que concita, al menos por nuestra parte, un acuerdo total. Las preguntas son dos. En cuanto a la primera, ha hablado usted de atención primaria y hospitalaria, pero no ha salido en ningún momento la salud mental. Tenemos la percepción de que va jugar un papel muy destacado cuando se llegue a la fase de desescalada plena y que está muy mal financiada, dentro de lo mal dotada que está toda la sanidad pública, en general. Quisiéramos saber si usted cree que es necesario algún plan para este punto concreto.

Por otra parte, quiero hacer referencia a que cuando hablamos de sanitarios bien retribuidos, empleos no temporalizados, no fragilidad en la vinculación laboral, seguramente también estamos hablando de captación de talento. Esta es una cuestión que tampoco sale, y me gustaría que nos diera su opinión sobre cómo el sistema público —qué retribuye y cómo retribuye— puede captar y quedarse el talento que no hay duda que tenemos en las universidades.

Quiero compartir la idea de que, cuando se habla de muscular o fortalecer el papel del ministerio, todas las alarmas nos saltan. Nosotras creemos que no todas las comunidades autónomas están en el mismo momento ni han dedicado los mismos esfuerzos a una sanidad pública importante, por lo que somos poco asertivos con la cogobernanza, porque los resultados que ha tenido hasta ahora han sido francamente muy defraudantes.

Para terminar, usted habla de transversalidad y subsidiaridad, en el sentido de que a veces la sanidad privada reemplaza a la pública. ¿Tienen algún tipo de propuesta más concreta sobre este tema? Una de las grandes posibilidades que otorgaba el estado de alarma en su momento era la capacidad de poner los medios privados al servicio de lo público y esa es la lógica que creo que debe imperar siempre en el cuidado de la salud, que, al final, es el primero de los derechos, para poder ejercer los otros. Por tanto, en este ámbito, la convivencia de los dos sistemas quizá se tendría que articular de acuerdo con este principio del cuidado de la sanidad pública.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Vallugera.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común tiene la palabra la señora Medel Pérez.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenas tardes. Bienvenido, señor Serafín Romero.

Ha dicho usted que la sanidad y los sanitarios son una inversión, y no un gasto, y me parece que tiene muchísima razón. Diría más, es un derecho que recoge la Constitución, el derecho a la salud, artículo 43.

Creo que estoy de acuerdo con casi todo lo que ha dicho usted, excepto quizá sobre una cuestión que ha puesto encima de la mesa y que me gustaría plantearle, y es la colaboración público-privada. Durante todos estos años de recortes —y esto que le estoy diciendo está publicado en revistas y libros— y privatizaciones un poco especiales, que es, en realidad, lo que supone la colaboración público-privada, como son los modelos de iniciativa de financiación privada, los modelos de concesión administrativa, los conciertos o los modelos de adscripción de un área sanitaria, por ejemplo, a un hospital puramente privado, es decir, adscribir el área de los ambulatorios de especialidades a los de primaria, etcétera, como ha pasado, por ejemplo, en Madrid y en otras comunidades autónomas como la mía, la valenciana, todos esos modelos no han consistido más que en desviar dinero público a empresas privadas, y, además, sin ningún tipo de control, ninguno, incluso en comunidades donde había figuras que deberían controlar esa gestión —porque el dinero es público— no se hizo jamás. Empresas que fracasaron, como pasó con el hospital de Alcira en Valencia, fueron rescatadas y se les pagó lucro cesante, cosa que no existía ni

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 29

siquiera en los contratos previos. Vamos a ver, aquí la colaboración público-privada consiste en que yo, el Estado, doy el dinero, una empresa privada construye un hospital —según los modelos, el personal depende de ellos o no— y luego va pagando una cuota per cápita, por proceso o por lo que sea. Al final, resulta que todo eso es muchísimo más caro que si lo hace el propio hospital. Y encima esa empresa tiene asegurado el paciente, que es un cliente, porque es una empresa privada y busca el beneficio, y el dinero, porque si fracasa la rescatan. Si eso es la colaboración público-privada, nos sale carísimo. Si esos son los modelos de colaboración público-privada que plantea la Organización Médica Colegial, como usted ha expuesto aquí, me parece una ruina absoluta, porque no es más que un fraude encubierto, por mucho que la Ley 15/1997 lo plantee de esa manera, desde mi punto de vista. Voy a plantearle un caso hipotético con respecto a este tipo de colaboración. ¿Qué opina usted de que un jefe de servicio del Hospital Ramón y Cajal —hipotéticamente, repito— sea, además, jefe de servicio del grupo Quirónsalud de la misma especialidad? En su opinión, ¿hay conflicto de intereses? ¿Cree que eso entra dentro del código deontológico de la Organización Médica Colegial? ¿Cree que hay una incompatibilidad? Finalmente, durante estos veinte años de pérdida de inversión pública, sobre todo en la atención primaria, ¿qué ha hecho la Organización Médica Colegial para controlar esas pérdidas de ratio tanto de enfermería como de médicos? ¿Cuáles han sido sus gestiones para evitar eso?

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Medel.

Por Grupo Parlamentario VOX tiene la palabra el señor Steegmann Olmedillas.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Con la venia, señor presidente.

Muchas gracias, doctor Romero. Como colega suyo, diputado de VOX y diputado nacional, le doy las gracias en mi nombre y en el de todos nosotros para que las transmita a todos los médicos, que con su sacrificio han podido paliar los efectos de esta epidemia.

Yo no le voy a poner problemas a usted, doctor Romero. Entiendo que nos ha ilustrado mucho y no creo que sea mi función cuestionar nada de lo que ha dicho, lo estudiaremos. Por lo que ha manifestado, estamos muy en la línea del documento. Por eso le doy las gracias.

Efectivamente, tenemos una deuda con todos los sanitarios. España tiene un Sistema Nacional de Salud muy efectivo. Pero es muy efectivo a costa de ser una eficacia mal retribuida. Ese es nuestro diagnóstico, y supongo que usted está de acuerdo.

Me uno a las preguntas que han hecho especialmente la doctora Pastor y la señora Oramas y sus reflexiones sobre los test sanitarios. Nosotros hemos preguntado específicamente qué porcentaje de distintos estamentos sanitarios se han infectado. ¿Cree usted que el sistema actual —no vamos a hablar del pasado, porque bastante hablo con el señor Illa todos los jueves en la Comisión de Sanidad y nos referimos mucho al pasado, y le reprochamos, pero a usted no— en estos momentos, en vistas —Dios no lo quiera— a un futuro rebrote de la epidemia, el procedimiento de actuación, de detección de contactos, de examen microbiológico de los contactos es el adecuado? Ítem más, ¿usted cree que en el momento actual el procedimiento de detección de casos en el personal sanitario, aislamiento y realización de test PCR es el adecuado? Ustedes mismos lo criticaron mucho cuando criticaron la forma de dar el alta a los sanitarios, y nosotros lo apoyamos. Esta es una primera pregunta.

La segunda pregunta viene al hilo de una reflexión. En nuestro grupo no nos parece que esta sea una crisis de la sanidad pública, es una crisis —como usted ha dicho— de la salud pública, sobre todo de la salud exterior, desde nuestras fronteras exteriores en cuanto a la importación, con la globalización, de las epidemias. Le pregunto sobre una cuestión muy específica. Usted sabe que antes de 2013 la Organización Mundial de la Salud definía como pandemia el contagio sistemático entre humanos de una comunidad en dos países de una misma región y en una nación de otra región. A partir de 2013 ya no hay criterios que cumplir, sino que, basándose en las evaluaciones nacionales de cada país, la OMS decide que es pertinente convocar a un comité de expertos de emergencia —donde estaba el doctor Simón—, que valoraba la información, calculaba los riesgos y estimaba si era conveniente declarar la pandemia. ¿Cree usted que esto no es algo así como una declaración que depende demasiado de los Gobiernos? Esta es la pregunta.

Y en el sentido de reforzar nuestras fronteras microbiológicas, en cuanto al documento de 30 de enero de 2019 del ECDC, Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades, un experto, curiosamente también del Hospital Ramón y Cajal, decía: En cuanto al cribado de enfermedades infecciosas, fronteras y emigración, es posible realizarlo en nuestro medio, aunque no hay documentos de aplicación nacional, y depende bastante de la comunidad autónoma. Tercera pregunta, ¿cree usted que esto debería ser acometido en esa comisión que usted propone para el futuro?

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 30

Por último, querría saber si está usted de acuerdo, como parece que también propone el Partido Popular, en la elaboración de un plan nacional contra epidemias de virus respiratorios y los centros correspondientes.

Le doy efusivamente las gracias. Y, una vez más, transmita nuestra solidaridad y condolencias a nuestros compañeros de profesión. Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, Señor Steegmann.

Para finalizar el turno de los grupos, tiene la palabra por el Grupo Parlamentario Socialista la señora Prieto Nieto.

La señora **PRIETO NIETO**: Gracias, presidente. Buenas tardes, señorías. Doctor Romero, bienvenido a esta Comisión de Reconstrucción.

Nuestras primeras palabras sean en recuerdo de todas las víctimas de esta pandemia, y nuestro dolor con las familias y los seres queridos de todos los fallecidos.

Gracias, doctor Romero, por su presencia en esta Comisión y por sus aportaciones y reflexiones sobre los principales retos a los que ha de hacer frente nuestro Sistema Nacional de Salud, agravados por esta emergencia sanitaria mundial sin precedentes. La manera en que el sistema y sus profesionales han respondido ante esta crisis ha sido impresionante. Queremos reconocer y poner en valor el papel de la profesión médica y el del resto de profesiones sanitarias, trabajando hasta la extenuación, en difíciles condiciones, demostrando una increíble entrega en esta pandemia. Gracias, sanitarios. Quiero expresar también nuestra solidaridad con quienes, en el ejercicio de su trabajo, han contraído la enfermedad, y nuestra profunda tristeza por todas y todos los profesionales que han fallecido; nuestras condolencias también a sus familias y sus seres queridos. Somos muy conscientes del terrible impacto del virus en la salud, tanto física como emocional, de nuestros profesionales; ahora debemos atenderlos específicamente. Mi grupo está muy satisfecho porque el Gobierno de España haya ampliado la cobertura de la Seguridad Social a los profesionales sanitarios y sociosanitarios que hayan contraído COVID, considerándolo contingencia profesional derivada de accidente de trabajo. Sabemos que ha sido una de sus principales reivindicaciones. También tendremos en cuenta su petición relativa al reconocimiento de los riesgos de la profesión médica y, en su caso, la declaración de profesión de riesgo. También observamos las reflexiones de la Comisión asesora COVID-19-OMC, ya que consideramos de interés la importante función pública de los colegios profesionales, sobre todo, en situaciones en las que es relevante poner en evidencia el compromiso con todos y con la sociedad. Nuestro grupo considera que la crisis del COVID ha puesto de manifiesto la urgente necesidad de fortalecer nuestro sistema sanitario público. Debemos abordar tanto los problemas y necesidades surgidas durante la pandemia como los retos históricos de nuestro Sistema Nacional de Salud. Mi grupo defiende un Sistema Nacional de Salud fuerte, de acceso universal, cohesionado y sostenible donde esté garantizada la equidad frente a las desigualdades sociales y territoriales. Pretendemos llevar a cabo una renovación del sistema que contemple mayor financiación, mejores condiciones laborales para los profesionales, una reforma de la arquitectura institucional bajo la premisa de la lealtad y la cooperación, un impulso a la atención primaria, la adaptación tecnológica y digital, el fomento de la innovación terapéutica y de la investigación.

Señorías, doctor Romero, uno de los retos principales a los que nos enfrentamos es la arquitectura institucional del Sistema Nacional de Salud. Quisiéramos conocer su opinión sobre las fortalezas y debilidades de la gobernanza en el conjunto del sistema, qué propuestas le parecen más adecuadas para avanzar en colaboración, cooperación y coordinación en el marco del Estado autonómico.

Otro de los temas que nos preocupan es que, en comparación con otros países de nuestro entorno, existe una gran formación de entrada en el ejercicio de las profesiones y de las especialidades y, sin embargo, se produce una notable ausencia de rectificación de competencias, con problemas de formación continuada y actualización. Por eso, tanto nuestro grupo como el Gobierno, planteamos retener y potenciar el talento, mejorar la motivación e incrementar las capacidades de las distintas profesiones. Nos gustaría saber también qué proponen ustedes al respecto.

Para terminar, quisiera decir que, por mi trayectoria como presidenta de un colegio profesional sanitario que fui, valoro como quien más el papel de las organizaciones colegiales y, desde esa posición, quisiera hacerle una última pregunta para acompañar con eficacia a las propuestas de futuro que usted nos ha trasladado aquí y que quiero agradecer. ¿Cómo debe evolucionar la Organización Médica Colegial para ser un organismo acorde con estos nuevos tiempos y ese sistema sanitario al que ustedes aspiran? ¿Cómo lo ven los médicos? ¿Cómo cree que los poderes públicos pueden ayudar en esa evolución, en esa transformación y en ese fortalecimiento de la Organización Médica Colegial?

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 31

Señor Romero, quiero darle las gracias de nuevo por su presencia hoy aquí y reiterar mi compromiso y el de mi grupo con el mandato y el trabajo de esta Comisión de Reconstrucción, en la que estamos en el ánimo constructivo de buscar acuerdos, donde nos toca recibir lo mejor de cada comparecencia para acertar en el encargo que tenemos todos, porque a todos los presentes se nos brinda la oportunidad de trabajar por un pacto general en materia sanitaria que prepare al sistema para proteger la salud de toda la población en el presente y en el futuro. Pongámonos a ello.

Muchísimas gracias, presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Prieto.

Doctor Romero, suya es la palabra.

El señor **REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL Y DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS** (Romero Agüit): Lo primero es agradecer a todos los grupos el emotivo mensaje que trasladan a la profesión médica en particular y a todas las profesiones sanitarias en general. Lo hacemos nuestro, muchas gracias.

Quisiera hacer una segunda reflexión. Vengo a comparecer a una Comisión para la reconstrucción, pero no tengo ningún problema en dar repuesta a posibles preguntas que tienen que ver con la evaluación de cómo hemos abordado la crisis. No tengo ningún tipo de problema, ningún tipo de problema. A lo mejor mi condición de médico de familia me puede permitir tener una opción transversal ante tantas cuestiones que voy a intentar resumir.

Voy a empezar por el Grupo Popular —realmente, son preguntas de todos— y la atención primaria, especialmente en el entorno del Teruel rural y no solamente de Teruel. Llevamos un siglo XXI en el que la atención primaria ha sufrido mucho. En una primera década —ocho o nueve años—, la fascinación tecnológica y el hospitalocentrismo cogieron mucha fuerza y en una segunda década, de crisis económica y financiera, quien realmente se vio afectada fue la atención primaria, en un entorno sociodemográfico que es el que es, nos guste más o menos, con comunidades muy envejecidas y con núcleos de atención de muy pocas personas, con una esperanza de vida muy corta y no hemos puesto en marcha ni una sola medida. La última iniciativa fue hace un año, a propuesta del Ministerio de Sanidad y de forma rápida apareció en el *Boletín Oficial del Estado* un plan para atajar estas consecuencias que arrastraba la atención primaria, con lo cual lo primero que tenemos que comentar es que, lógicamente, no es cuestión de hace unos días, sino que llevamos mucho tiempo dejando de mirar a la primaria. Y por eso estamos donde estamos.

Es obligado incentivar la atención primaria, me da igual que sea urbana o rural, pero especialmente la rural, claro. Incentivar la primaria tiene que ver con aspectos retributivos, pero también con aspectos de desarrollo profesional. Que dé lo mismo esté donde esté, va a conllevar que uno quiera estar donde quiera estar. Si no existe ningún tipo de desarrollo profesional que tenga alguna diferencia, posiblemente yo no voy a optar por irme a algunos sitios y sobre todo si irme a algunos sitios supone perder —lo digo para todo el ejercicio profesional de la medicina— fortaleza terapéutica, innovadora e investigadora. La primaria también es investigadora y es capaz de producir innovación, por cierto, una investigación e innovación bastante asumible, que además se podría ejecutar el próximo lunes. Estar todos estos años que llevamos de siglo sin atender este tema tiene sus consecuencias.

Necesitamos medidas urgentes y algunas pasan por crear una discriminación positiva en el entorno rural. Lo hemos venido pidiendo desde hace tiempo: más puntuación, un contrato R4 plus y un año de compromiso, pero de todas las comunidades, no seis meses de una y un año de otra, ni una que dé 6000 y otra que dé 12000. Por favor, que haya un gran acuerdo; pónganse de acuerdo. Ahora era una oportunidad, precisamente, cuando habíamos forzado al ministerio para que diera el título a todos los MIR del último año, resulta que lo que iba a ser una prolongación ahora cada comunidad va a establecer escenarios diferentes. La atención primaria necesita una política específica y urgente y pasa por un entorno retributivo, una media del 16% del total de la tarta conlleva deficiencias.

La atención primaria se ha portado muy fuerte, porque hablamos de 250000 casos testados, una gran cantidad de casos que han sido atendidos en hospitales. Multipliquen por ocho si quieren y esos son los que hemos atendido en domicilio, muchos sin testar, muchos teniendo la única relación y cordón umbilical con nosotros, con lo cual esta es una parte en la que hay que ponerse las pilas. Me podría extender. Y además nos toca hacer algo que es de la primaria, porque hay algo que nos tenemos que achacar. Curiosamente, pusimos nombre a una especialidad y la llamamos familiar y comunitaria, pero la hemos reconvertido en asistencial. Yo soy, para los que no lo saben, médico de familia; no, yo soy médico rural,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 32

medico de asistencia pública domiciliaria, médico titular, y he convivido toda mi vida y sigo teniendo mi plaza en un pueblo. Pues bien, hemos perdido lo familiar, lo comunitario y el compromiso social.

Lógicamente, toca hacer atractiva la primaria. Por cierto, qué poco hemos cambiado desde que yo empecé a estudiar Medicina, porque si alguien me llega a decir que iba a acabar de médico rural y a descubrir una gran medicina, le hubiera dicho que no estudiaba Medicina. Ahora les pedimos el máximo a nuestros estudiantes, después los sometemos a un examen horrible y encima les damos luego un escenario posiblemente sin ningún tipo de esperanza. Ahora toca lógicamente hacerlo. No me quisiera extender, pero es que quien realmente tiene que llevar la vigilancia de salud pública, quien tiene que hacer eso del 'rastreador', es la atención primaria. ¡Pero si está en su seno! ¿Quién va a conocer mejor a los contactos en esos ámbitos que el médico y el enfermero de atención primaria?

Me comentaba —también me lo ha pedido el Grupo Parlamentario VOX— si podría hacerse un sistema de vigilancia a través de una agencia nacional de salud pública. Claro, desde el concepto de análisis de la profesión médica —no desde el punto de vista político— necesitamos un entorno nacional de vigilancia a través de diferentes agencias, como yo decía. Eso daría respuesta a esa idea equivocada, porque yo no la he dicho nunca, de centralizarlo todo. Yo estoy diciendo que hay ciertas cosas que es de obligado cumplimiento centralizarlas. ¿O es que vamos a seguir todavía subastando qué comunidad pone una vacuna y cuál pone otra? ¿Saben qué efectos tiene esto en la salud? ¿Realmente hay fronteras o nos las queremos inventar cuando tenemos que abordar una pandemia? Por cierto, si no estamos en ciertos Estados, qué dificultad hay para movernos, ¿verdad? Necesitamos una agencia, o como quieran llamarla —le pueden poner hasta un apellido si quieren, yo no tengo inconveniente—, pero necesitamos políticas de reforma para que ciertos entornos estén con una política común, solidaria y leal. No le llamen de otra manera, si somos un país; claro, si entendemos que somos un solo país. Estoy hablando en esta parte desde un entorno profesional, porque, si no, va a ser muy difícil abordarlo y, además, la equidad, que es un término muy semejante a la igualdad, se va a romper. ¿Es que nuestro sistema no ha sufrido la inequidad? ¿Es que vivir en cualquier sitio de España es igual en prestaciones y en equidad? Esto es lo que estamos pidiendo, porque que hay que ser solidario, y en este abordaje de la pandemia a veces hemos tenido dificultades no solo de solidaridad entre comunidades, sino hasta dentro de una propia comunidad, entre provincias. Por tanto, sí que creo en este tema.

Ha habido otra pregunta común casi evaluativa que tiene que ver con el alto índice —estoy aprovechando la primera intervención y después intentaré centrar algunas respuestas— de contagios en los sanitarios. Esto es innegable, los datos están ahí. Lo dijimos también hablándolo directamente con el ministerio, y ahora responderé. Nosotros ya preveíamos en febrero —tenemos un primer comunicado del 5 de febrero y otro todavía más específico— un contagio alto en entornos sanitarios y entre los sanitarios, pero no porque fuéramos muy listos, sino porque ya estaba ocurriendo. El 29 de febrero un comunicado del Consejo General de Médicos les dijo claramente a los médicos que no acudieran a congresos médicos. En aquellas fechas, y estoy mirando ahora al País Vasco, dos hospitales de Vitoria tenían un número alto de profesionales infectados que había llevado casi al cierre de los servicios. En aquel momento Vitoria era uno de los focos principales, aparte de otros casos en los que no me voy a extender porque todos los conocen. El primer caso que tuvo Sevilla fue un médico. Ya preveíamos un escenario claro y ya decíamos que había que proteger a los sanitarios precisamente teniendo el material suficiente de protección. Pero no solo por ellos —y ahora estoy contestando a otra pregunta— y por sus familias, aunque también, sino porque eran fuente de contagio de equipos asistenciales y mucho más si lo estaban pasando de forma asintomática y no estábamos en circuitos COVID —después todo fue COVID y también habrá que hablar de esto— eran una fuente de contagio para los demás. Luego, no se trata de parcelar si hemos sido un riesgo o no. No, perdón, la no protección nos ha conllevado a ser un riesgo y nos obligó a ir comentándolo semanalmente en nuestros comunicados hasta que en un momento determinado tuvimos que decir «ni un día más sin protección». Esto salió porque hoy en día en las redes sociales se mueve mucho el *hashtag*. ¿Por qué? Porque los datos estaban ahí. Además, entendíamos —y contesto con esto a la pregunta de los test— que tampoco teníamos que estar sin un test menos, porque no conocíamos la realidad, especialmente en el personal sanitario. Luego, ¿podríamos haber evitado algunos supuestos casos —esta pregunta venía de Coalición Canaria— de contagio? Claro, pero necesitábamos material de protección y test.

No voy a entrar, aunque si quieren puedo ser más exhaustivo, en dónde están los déficits, pero desde luego nos ha cogido con el paso cambiado seguro, y hemos visto escenas dantescas en nuestros profesionales sanitarios. No debería haber ocurrido, no puede ocurrir otra vez en este asunto. El portavoz

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 33

de Teruel Existe comentaba también el tema de la financiación y de la equidad y este es un debate realmente importante para todo el mundo. En el asunto de la renta per cápita por persona para sanidad, yo no voy a entrar en el debate político. Pero deberíamos tener por lo menos una cartera de servicios comunes garantizada, independientemente de dónde uno viva con las posibilidades de acceso a la misma —no me voy a extender más— y después la comunidad autónoma —estoy hablando de Aragón— tendrá la posibilidad de hacer esa distribución equitativa para que efectivamente llegue. Tenemos que procurar ver dónde está esa línea con la fiebre de llevar los servicios a la esquina, sin ver si realmente tenemos los recursos necesarios para abrir al día siguiente y mantenerlos, especialmente de recursos humanos, cuando la movilidad y el acercamiento son importantes.

Comentaba la representante de Coalición Canaria también en relación con esto el tema de los rebrotes, si estábamos con material suficiente. Ahora mismo nos encontramos con material para atender lo que llega, y hemos pedido aquí que tenemos que tener el material suficiente para imaginarnos un escenario, como mínimo, igual que este, y todavía no sabemos si va a ser peor, lo comentaba al principio. Con lo cual, hay que hacer un gran esfuerzo, hay que ponerse a producir material y, ojo, hay que ser solidarios. La Organización Médica Colegial trabaja en un entorno internacional. Nosotros trabajamos con Europa, pero también trabajamos con la Confederación Médica Latinoamericana, y están muy preocupados porque allí entran en invierno ahora y las condiciones sanitarias no son buenas. Tendremos que ser solidarios para que no ocurra lo que nos ha pasado aquí.

En cuanto al acopio de vacunación, por supuesto tienen que adelantar el abastecimiento todas las comunidades autónomas y el ministerio tendrá que hacer un gran esfuerzo, porque tendremos que adelantar posiblemente las necesidades de vacunas para evitar, lógicamente, esa etapa de solapamiento que parece que puede haber entre una y otra.

Hay algo que han comentado aquí. Yo ya lo he dicho: el personal médico y sanitario en general no es que esté indignado, es que está cansado. Todavía no ha podido romper emocionalmente porque todavía no se ha ido de vacaciones, que es cuando uno es capaz de analizar esas circunstancias. Hay una ventaja con la profesión médica y es que la profesión médica —y nace en Cataluña a través del Colegio de Médicos de Barcelona— tiene puesta en marcha desde hace más de veinte años un Programa de Atención Integral al Médico Enfermo, que además nos ha servido para asumir la responsabilidad que tenemos como profesión; casi cinco mil médicos han sido atendidos en estos veinte años en todo el territorio nacional de problemas relacionados con la salud mental y/o las adicciones. Y esto no ha sido solamente para ayudarlos a ellos, al conflicto familiar o a los de los equipos, ha sido para garantizar que quien atiende a los ciudadanos lo hace en las mejores circunstancias por responsabilidad profesional. Esto lo digo por si alguien no sabe para qué están los colegios de médicos. Pues están para eso, para decirle a un compañero que no puede seguir trabajando así. Por tanto, hemos puesto en marcha de forma extensiva en todas las comunidades el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (Paime), pero también hemos firmado un acuerdo con el Ministerio de Sanidad y con la Fundación Galatea, que es la que lleva el programa en Cataluña, y con la Fundación la Caixa junto con enfermeras y psicólogos, para elaborar un plan general para todos los profesionales sanitarios, para las víctimas o los afectados por esta pandemia y para los profesionales sanitarios. Es algo que nos preocupa y estamos en ello. Gracias, además, por sacarlo aquí, porque no es solo físico el padecimiento.

El portavoz del PNV preguntaba si el sistema sanitario ha reaccionado bien. Mire, el sistema sanitario ha reaccionado, como dicen en mi tierra, de muerte, de verdad. Hemos estado al borde del colapso pero ha habido una capacidad de reconversión que he traído aquí y que ha puesto en valor el músculo de un sistema al que, miren por dónde, venimos años pidiéndole recursos, pero ha demostrado que hay que apostar por él, y especialmente por sus profesionales. Si me preguntan si ha habido una crisis de nuestro sistema sanitario, les diré que no. Aunque no sé lo que podría ocurrir mañana si nos tuviéramos que enfrentar otra vez a lo mismo y por eso hay que pedir prudencia. Hemos estado al borde del colapso, pero hemos hecho un enorme esfuerzo —esto es importante decirlo como país, como sistema sanitario y como profesionales— para dar el cien por cien. En Madrid se han multiplicado por seis los dispositivos de unidades de cuidados intensivos, hasta los gimnasios del hospital se han reconvertido y hasta un endocrino ha estado haciendo triajes en urgencias. El sistema ha respondido, otra cosa es no podemos estar solo pendiente de este tema.

Claro que tenemos diferentes sistemas sanitarios, pero ni para bien ni para mal. Me daría con un canto en los dientes si tuviéramos un escenario de lealtad, en el que compartiéramos y atendiéramos en igualdad a todos los españoles; otra cosa son las peculiaridades de cada espacio. Especialmente en este

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 34

consejo interterritorial si solo hubiera debates sanitarios, deberían ser vinculantes. ¿Saben lo que ha paralizado el consejo interterritorial en política de recursos humanos en los últimos años? A veces no se han presentado los consejeros, y otras, no se han presentado los profesionales a un debate en el consejo interterritorial, precisamente por no tener criterios sanitarios.

Comentaba el tema europeo y mundial. Nosotros somos Europa y Europa debería tener políticas —por cierto, nos interesa ponernos de acuerdo— para solventar esto desde la solidaridad. Sé que en lo económico está, pero en lo sanitario también debería de estar, así como en el resto de políticas —en farmacéuticas, en tecnológicas, en historia común europea— para lograr ser interoperables. En el tema de interoperabilidad estamos intentando conseguir desde hace mucho tiempo que una persona no tenga que tener que estar contando sus problemas cuando cruza una frontera autonómica, y estamos avanzando pero con mucha lentitud. Esto no debería ocurrir. No sé si se podría hacer con una tarjeta única, como se comentaba, o simplemente con que nos reconozcamos. Si yo tengo el dinero en una caja rural provincial y viajo a Australia, puedo sacar mi dinero en un banco australiano. A ver si no vamos a ser capaces tampoco de tener una historia común.

Sobre sanidad pública y privada ha habido muchas interpelaciones. Yo no he hablado de colaboración público-privada, yo he dicho que hay que encajar el debate de la sanidad pública y privada. ¿Cómo? Háganlo. Yo no lo sé, pero las realidades están ahí. El número de personas que tienen seguros médicos privados ha crecido en la última década. Este no ha sido un problema de la profesión médica exclusivamente, yo creo que este es un debate que lo sobrepasa. Hay que tener en cuenta que tenemos una norma que viene ya desde hace mucho tiempo, la Ley General de Sanidad, que a lo mejor es el momento de revisarla, porque para bien o para mal recoge esa colaboración. Otra cosa es cómo la hayamos hecho, o cómo hemos permitido que el dinero público acabe gestionándose mal en esa colaboración públicoprivada. Pero eso no es lo que estaba escrito en la Ley General de Sanidad, estos son comportamientos que habrá que valorar detenidamente. Yo no tengo conflicto de interés, soy médico del sistema público. Estoy hablando en nombre de los setenta mil médicos que trabajan en la sanidad privada, y lo único que vamos a pedir como consejo general es que se mantengan los criterios éticos y deontológicos de la buena praxis. Efectivamente, los conflictos de interés habrá que declararlos y habrá que exponerlos, y para aquel que los esté revirtiendo ya está el código para recogerlo. Por tanto, esta organización no tiene un posicionamiento sobre el qué o hacia dónde se tiene que ir, lo único que tiene que dejar claro es que tiene que defender el ejercicio de la profesión, independientemente de dónde lo ejerza el médico, y garantizar, como hace el sistema público, que ese ejercicio se haga en las condiciones que marca la buena ética y el comportamiento profesional que tiene que tener. No me estoy evadiendo, es que no hay otro debate. No existe un posicionamiento colegial médico sobre lo que hay que hacer con la privada, lo único que estoy diciendo es que hay que encajarla. La Organización Médica Colegial —y me remito a los hechos del año 2012— abogó por la universalización de la atención sanitaria en España, pero no por conflictos sobre quién paga o quién no paga, de interior o de exterior, sino porque la profesión de médico exige no dejar a nadie atrás. Otra cosa es quién le tiene que poner el cascabel al pago o al copago. Y, sobre todo, lo hacíamos porque hay que tener una visión de salud pública, porque son precisamente en aquellos entornos de marginación dónde hay más problemas de contagio, generalmente de enfermedades infecciosas y la pobreza hace estragos en la salud de las personas.

Se ha hablado de la politización en la sanidad. Yo no estoy diciendo que tenga que haber una acción política, lo único que digo es que la gestión clínica profesional —y no me estoy refiriendo a la medicina— tiene que estar en manos de los profesionales y hay que generar otra vez un aumento de la confianza. Hay que romper algo que no hemos sido capaces de hacer desde que pusimos en marcha la Ley General de Sanidad.

No sé si me estoy extendiendo, presidente, pero es que han sido muchas preguntas. El portavoz de Ciudadanos ha hablado de la movilización de los médicos y de una reserva estratégica. Los colegios de médicos desde el primer momento hicieron un llamamiento al voluntariado, y habíamos categorizado el voluntariado. En primer lugar, para nosotros lo más importante eran aquellos médicos que todavía están a la expectativa de coger sus plazas de MIR, que son grados de Medicina con un examen aprobado, en un número aproximado de casi siete mil médicos en toda España; aquellos, también, que se examinaron y no obtuvieron plaza, y estaríamos sobre los diez mil; más todos aquellos que no habían obtenido plaza en anteriores convocatorias por dos años, porque se está aumentando el número de médicos que salen de las facultades y que no pueden optar a una especialidad. En segundo lugar, les dijimos a aquellos médicos que tenían representación profesional —incluido el que les habla— que pusieran lógicamente

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 35

cualquier otro tipo de interés en la asistencia. En tercer lugar, les dijimos a nuestros jubilados que había, para aquellos que quisieran, un papel importante precisamente para hacer un seguimiento telefónico. Llegamos a un acuerdo rápido con el Ministerio de Educación, con el Ministerio de Sanidad y con el Ministerio del Interior para homologar aquellos expedientes que estaban puestos encima de la mesa, que, por cierto, no han hecho falta y se han utilizado muy poco. Sin embargo, nos hemos quedado con las listas de voluntarios en la mano y tenemos posibilidades. No es que tengamos muchos, lo importante es que tengan la capacidad y el ánimo de moverse, porque una cosa es ser voluntario para quedarme aquí y otra es moverse dentro de la solidaridad. Ahí es donde tendríamos que hacer un esfuerzo.

El portavoz de Compromís me decía que había que mirar al futuro. Claro que estamos aquí mirando al futuro, no estaba evaluando qué ha ocurrido. Lo que pasa es que hay que mirar de dónde venimos para pintar el futuro. Queremos pintar el futuro, estamos aquí para pintar el futuro, pero el futuro tiene que ser mañana; no puede ser un futuro otra vez de tanto tiempo.

Hemos dicho que hay que blindar la sanidad pública. Yo he dicho que hay que hacerlo en el *Boletín Oficial del Estado* y en la Constitución, porque esto es lo que nos garantiza y lo que nos tranquiliza. Muchas familias han conseguido avanzar en una época de dificultad, que como país hemos sido capaces de avanzar en una crisis económica y financiera durísima, con la tranquilidad al acostarse de saber que si necesitaban un corazón su sistema se lo daba, al igual que también una aspirina. Esto es lo que tenemos que blindar. No sé si hay que hacerlo en la Constitución o en un boletín; no lo sé, pero, por favor, hagámoslo. No es cuestión de si una u otra, es que vamos a funcionar todos bien si tenemos un sistema blindado.

Más País me hablaba de sanidad pública, y yo no voy a reiterar más cuál es la postura de la casa. En cuanto a la atención primaria y falta de profesionales, no olvidemos que no hemos formado a todos los que deberíamos, pero tampoco tenemos cerrado el registro de profesionales en España. Los únicos datos que tenemos son los de la Organización Médica Colegial, pero necesitamos saber para tener políticas de recursos humanos cuántos se jubilan. Decíamos hace poco que en los próximos diez años nos vamos a jubilar un número cercano a cincuenta mil médicos en España, y tendremos que tener previstos estos.

Junts per Catalunya comentaba un tema, al que también se ha referido Esquerra, que creo que he podido responder, aunque no sé si vamos a estar de acuerdo. Seguro que vamos a tener matices, pero estamos hablando desde un punto de vista médico. No debe haber fronteras en el entorno sanitario y si hablamos de Europa, yo no quiero que exista ninguna frontera. Por eso, hay que blindar, en nuestra estructura de país, que los diecisiete sistemas tengan un entorno común. Llámelo como quieran, agencia o le ponen otro nombre, pero debemos tener una lealtad y que no haya esas fronteras sanitarias artificiales, porque no es lo que piden los sanitarios.

La financiación es un tema clave. Yo he hablado de un porcentaje del PIB, pero habrá que plantearse realmente qué modelo, qué sistema vamos a querer y cuánto estamos dispuestos a pagar. ¿Queremos seguir teniendo innovación farmacéutica y tecnológica? ¿Hay que pagarlo todo al precio que nos impone un mercado o deberíamos tener como país un sistema para blindarnos de temas parecidos al de la hepatitis C, que, como todos saben, se engulló el presupuesto de la consejería? Había alguien de Galicia por aquí, ¿no? Creo que en Galicia, en el año 2016, tratar con un medicamento que era necesario se llevó el dinero de la Consejería de Pesca. Posiblemente tengamos que valorar cuánto estamos dispuestos a pagar como país.

En el tema de la residencias —también lo he pasado muy rápido— hay mucho de qué hablar y hay que hacer un debate sosegado, porque tenemos que hablar todos el mismo lenguaje. Hablar de lo sociosanitario en Cataluña no es lo mismo que hablarlo en Andalucía, estoy plenamente convencido. Tengo contactos con el Consejo catalán de colegios de médicos y sé que tenemos que ponernos a hablar el mismo lenguaje.

Y, cuidado, no existe un sistema sociosanitario residencial, existe un sistema residencial; otra cosa es que nosotros pretendamos que sea sociosanitario.

Sobre si los test se han realizado en el momento oportuno, ya he hecho algún comentario. ¿Tenemos todos los test en este momento para abarcar a la población? Quizás es porque venimos de donde venimos, pero ahora mismo la atención primaria —y tengo constancia de ello por los presidentes autonómicos—, en todos los espacios, está teniendo pruebas y test diagnósticos y está diagnosticando aproximadamente en cuarenta y ocho horas. Hay desigualdad de fórmulas en las comunidades todavía, pero hemos dado un paso importante. El único problema es que vamos muy bien para el número de casos que hay ahora, pero, claro, si nos volvemos a desbordar, tendremos problemas. Tenemos que hacer un

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 36

gran esfuerzo, porque —por favor, quédense con lo que he dicho al principio— desconocemos mucho y no sabemos qué nos va a pasar mañana.

Desde el Grupo Republicano se ha hecho referencia también a los EPI. A lo de hombres y mujeres yo no le puedo responder; no tengo este dato, con lo cual no me voy a atrever a hacerlo. No quiero hacer muchos comentarios al respecto, pero, yo, que conozco el ámbito rural, diré que hemos tenido a veces EPI, desde la solidaridad del mundo agrario, que eran, eso sí, impermeables; les puedo garantizar que esa era la única parte que cubrían bien. Y, después, según el estudio demográfico, parece que hay más mujeres afectadas que hombres, pero es que en nuestra pirámide demográfica, en el mundo médico, la proporción es 70 a 30 ya, por lo que también habrá que tener en cuenta esa evaluación.

En cuanto a la salud mental, creo que ya lo he comentado. En cuanto a la captación de talento, también he dado algunas claves. Si seguimos con el café para todos en el sistema compensatorio de los profesionales sanitarios... Ahí sí que nos tenemos que poner de acuerdo, porque este no es un tema de si privado o público, simplemente hay que favorecer el talento y el desarrollo profesional. La profesión médica ha apostado por eso, nuestros sistemas van por ahí. Estamos pidiendo precisamente un control de ese desarrollo profesional, que se reconozca. En este país hemos perdido mucho tiempo en la carrera profesional cuando la hemos asimilado; con todo mi cariño, diré que hemos hecho de los oficios profesiones. Yo creo que deberíamos haber planteado un escenario diferente, pero podemos plantearlo ahora.

También he respondido —y no me voy a extender más— al tema de la medicina privada, cuestión por la que me preguntaba el Grupo de Unidas Podemos también. En cuanto a la inversión, el gasto y el derecho a la salud, tampoco me voy a extender más. Y respecto a las gestiones de la ratio de personal, efectivamente también estoy de acuerdo. Por otra parte, la de la incompatibilidad es una pregunta que también he querido comentarles. Yo lo único que quiero decirles es que se queden tranquilos, porque el presidente de esta organización no tiene ningún conflicto de interés, pero es que, además, nuestro código marca dónde tienen que estar los conflictos de intereses.

VOX preguntaba por la situación actual y si la detección de casos es la adecuada. ¿Estamos al nivel en el que tendríamos que estar? Estamos al nivel que tenemos que estar para los casos que hay. Si tuviéramos que estar abordando otra situación, posiblemente no. Respecto a lo de la crisis y la dependencia excesiva del Gobierno y los entornos europeos, posiblemente habrá que plantear esos escenarios. Sobre la comisión centralizada de salud pública, creo que también he intentado responder.

A la portavoz del Grupo Socialista le agradezco la trayectoria colegial de compromiso, porque hemos coincidido y este mensaje no nos resulta extraño.

Claro que hay que estar en la reconstrucción —ya estoy acabando; ahora sí que prometo acabar— y tenemos que hacerlo precisamente reconociendo el paso que se ha dado con el reconocimiento de la contingencia profesional. De verdad, les agradezco que valoren —por cierto, ahora o nunca— lo de profesión de riesgo, pero no porque queramos conseguir nada, sino porque efectivamente lo somos. No quiero mezclar el discurso de las agresiones en el ámbito sanitario en este tema, sino simplemente que esté ese reconocimiento, porque estamos expuestos precisamente en este caso a agentes biológicos, pero no los médicos exclusivamente. Respecto del talento y la valoración, también he dado respuesta.

Me preguntan qué tiene que hacer la organización médica colegial para captar esa, diríamos, sensación de pertenencia de los médicos. Pues, mire a lo mejor es inmodestia, pero yo creo que este debe ser el mensaje que tiene que emitir una organización profesional; sobre todo yo me quedaría con lo que aquí escenificamos en febrero, y es que hay que comprometerse con la sociedad. Ya hace tiempo que la asociación médica colegial —digo hace tiempo— ha dado un paso adelante en lo que ha sido hasta ahora nuestro principal compromiso, que estaba especialmente recogido en ese espacio individual de la relación médico-paciente. Ahora toca a las organizaciones profesionales y a la organización médica en particular tener un compromiso con lo económico, con lo social y también con lo político, porque es nuestra responsabilidad y nuestra razón de ser, es la renovación de ese contrato social que tienen que tener todas las profesiones, es la renovación que aquí escenificamos hace escasamente tres meses.

Muchísimas gracias. Creo haber respondido a las preguntas que me han hecho.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Romero. Le agradecemos, todos los integrantes de esta Comisión, que, como presidente de la Organización Médica Colegial y representante también del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, nos haya acompañado en el día de hoy. Le agradecemos su presencia, sus explicaciones, sus respuestas y también la documentación que nos ha traído, que estoy convencido de que nos va a ayudar a mejorar nuestras conclusiones.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 37

Suspendemos hasta las cinco de la tarde, pero las cinco son las cinco, porque el siguiente compareciente ya está aquí con nosotros. Pido a los miembros de la Mesa que se acerquen un momentito para aprobar una cosa puntual. **(Pausa).**

— DEL SEÑOR REPRESENTANTE DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA, FADSP (SÁNCHEZ BAYLE). (Número de expediente 219/000051).

El señor **PRESIDENTE**: Buenas tardes, señorías. Reanudamos la sesión.

El último punto del orden del día de hoy es la comparecencia de don Mariano Sánchez Bayle, representante de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, al que le agradezco, en nombre de todos los integrantes de la Comisión, que haya tenido la amabilidad de acompañarnos esta tarde y de hacer sus aportaciones para la reconstrucción social y económica, que es lo que nos ha traído hasta aquí.

Sin más, le cedo la palabra para que haga su exposición.

El señor **REPRESENTANTE DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA, FADSP** (Sánchez Bayle): En primer lugar, buenas tardes a todas y todos. Muchas gracias a la Comisión por haberme permitido estar aquí con ustedes. Yo voy a hacer una exposición, intentaré, un poco acelerada, porque es más bien larga y ya me han dicho que es mejor que abrevie.

Yo voy a hablar, evidentemente, desde el punto de vista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública y, por lo tanto, de aquello que tiene que ver con el sistema sanitario dentro de la reconstrucción de nuestra sociedad. Mi intervención es la posición de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, pero también recoge las recomendaciones para recuperar y garantizar una sanidad pública, universal y de calidad que han sido elaborada en consenso por un total de doce organizaciones sociales, profesionales y sindicales.

Primero, voy a hacer un breve diagnóstico de la situación. Evidentemente, tratar todos los problemas que tiene el sistema sanitario público es muy complejo y además sería larguísimo, y yo tampoco quiero acabar con su paciencia. Voy a tratar los problemas que, desde nuestro punto de vista, que son los principales. En primer lugar, la infrafinanciación sanitaria. El gasto sanitario público en nuestro país ha sido, de manera habitual, insuficiente; siempre estamos por debajo del promedio tanto en gasto sanitario en porcentaje del PIB, en dólares en poder paritario de compra o en euros por habitante y año de la OCDE o de la Unión Europea. Ahí ven alguna cifra. En el año 2009, el gasto sanitario público estaba en el 6,8% del PIB; en 2014, en el 6,33%, y en 2018, en el 6,27%. Conviene recordar que el memorándum que envió el Gobierno en ese momento a Bruselas señalaba que el objetivo era conseguir un 5,13 del gasto sanitario público, que no se logró nunca, porque el sistema es muy resiliente para bien y para mal. Estábamos en 2341 dólares en poder paritario compra por habitante y año, cuando el promedio de la OCDE son 3038; si hablamos de la Unión Europea, 1568,02 euros, cuando el promedio de la Unión Europea son 2292. Hay que decir que nuestro gasto sanitario público estaba situado en 2018 en 70,5% —sobre el total era 75,4% en 2009— y en ese mismo año, en 2018, el promedio de la OCDE estaba en 73,8% y de la Unión Europea en 79,4%. Es decir, tenemos bajo gasto sanitario total, fundamentalmente a expensas de un bajo gasto sanitario público que proporcionalmente ha ido en descenso.

Hay una distribución muy desigual entre las diferentes comunidades autónomas. Estos son los últimos datos de los presupuestos sanitarios de las comunidades autónomas. Hay que diferenciar que hasta ahora he estado hablando de gasto sanitario ejecutado, es decir, de gasto sanitario realmente producido, y ahora estamos hablando de presupuesto sanitario; son variables no exactamente comparables, porque ya saben que siempre hay una cierta desviación entre lo que se presupuesta y lo que se gasta. En cualquier caso, hasta la aprobación de los presupuestos en Cataluña, esta comunidad autónoma era la que estaba la última en presupuesto por habitante y año —ahora es Madrid, que era la penúltima hasta entonces—, con 1236 euros por habitante y año; el máximo estaba en 1809, en el País Vasco, y la media, en 1487. Por lo tanto, había una diferencia entre la que más y menos dedicaba de 573 euros por habitante y año, una diferencia que se ha aumentado desde las transferencias que finalizaron en el año 2001. Es evidente que una diferencia tan importante en financiación por habitante y año dificulta que las prestaciones sean las mismas en cantidad y en calidad. Esta es la comparación del gasto de España —en azul— con el promedio de la Unión Europea. Es un gráfico que recoge lo mismo que he dicho antes. En esta situación, que ya era de partida de bajo gasto sanitario, se produjeron importantes recortes. En el año 2009, el presupuesto sanitario público —estamos hablando ya de gasto realizado, no de presupuesto, ojo— era

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 38

de 70464 millones de euros, según la estadística del Ministerio de Sanidad, no sobre gasto sanitario público. En el año 2011 bajó a 67000 millones. En el año 2013 bajó hasta 61000 millones, fue el año en el que se produjo una mayor bajada, y luego, a partir de ahí, empezó a subir progresivamente. En 2017, 68000 millones; en 2018, 71 145 millones. Ya se había superado ligeramente el gasto sanitario de 2009. La de 2018 es la última cifra oficial que existe sobre gasto sanitario realmente realizado. El recorte del gasto sanitario público entre 2009 y 2013 fue del 12,39% en gasto realizado y en presupuesto —ya ven que hay una diferencia muy importante dependiendo de las comunidades autónomas— oscilaba entre una bajada del 7,9% en Cantabria y el 28,5% en Castilla-La Mancha.

Ha habido, como he dicho antes, un cierto repunte del gasto sanitario público, pero ese repunte ha ido fundamentalmente dirigido al gasto farmacéutico, porque en estos años también se ha seguido produciendo un gran aumento del gasto farmacéutico. En el año 2009, el gasto farmacéutico era del 12,6% sobre el total del gasto sanitario, según dice la OCDE. En 2017 era el 18,6%, un incremento de 12727 millones en dólares en poder paritario de compra en este tiempo. Abajo están las cifras que ofrece el Ministerio de Hacienda sobre los incrementos interanuales —es decir, de cada año sobre el anterior— del total del gasto farmacéutico en primaria y en especializada. Viene de 2015 porque, como saben, solamente a partir de 2014 el gasto farmacéutico hospitalario está reflejado en las cuentas públicas, no en la página web del Ministerio de Hacienda, que, por cierto, fue un gran avance, porque permitía hacer un seguimiento que hasta entonces solamente se podía hacer del gasto en recetas de la Seguridad Social. Entonces, como ven, en el año 2015 hubo un aumento del 9,5% sobre 2014; en 2016, un 1,3% sobre el año anterior; en 2017, un 3%; en 2018, un 4,7%, y en 2019, un 4,6%. Es decir, el aumento del gasto farmacéutico se ha mantenido siempre, nunca ha habido disminución, a pesar de que disminuyeron el gasto sanitario público, y el gasto farmacéutico siempre se incrementó por encima de lo que se incrementaba el gasto sanitario público. Por tanto, esos incrementos que se producían sobre el gasto sanitario público fueron mayoritariamente dirigidos a gasto farmacéutico. Ese es un problema.

Otro problema importante que tenemos es la debilidad de la atención primaria. La atención primaria ha sido la más castigada por los recortes. Por ejemplo, pasó del 14,88% del gasto sanitario público en 2010, al 13,50% en 2017, que es el último dato que ofrece la web del Ministerio de Sanidad. Hay una mala situación previa, porque siempre ha habido pocos recursos y mucha presión asistencial, que ha ido empeorando precisamente con estos recortes; por ejemplo, en 2018, el 38,77% de los médicos o médicas de familia tenían más de 1500 tarjetas sanitarias, que es lo que se considera que es el máximo razonable que debe atender un profesional de medicina de familia. Hay más profesionales de medicina que de enfermería, eso ya lo comentaremos también luego. A partir del año 2014-2015 empezaron a producirse grandes demoras en las citaciones de atención primaria. Por ejemplo, en el año 2018, en el último barómetro sanitario publicado, el 24% de las personas encuestadas señalaban que recibían cita en seis o más días cuando pedían cita con su médico de familia. En Cataluña llegaba al 48,3%. Esto es un problema muy importante, porque desvirtúa el contenido de la atención primaria y, además, produce efectos paradójicos. Por ejemplo, si cualquiera de ustedes tiene un problema de salud y piensa que debe ser atendido por un profesional médico, pide cita en medicina de familia y le dan para seis días —no nos vayamos más allá—, tiene tres opciones: una, aguantarse y ver si tiene mucha suerte y se cura y se le pasan los síntomas —que a veces pasa, tampoco hay que engañarse—; dos, acudir a urgencias y, tres, acudir al sector privado. No hay alternativa. Eso descapitaliza el funcionamiento del sistema de atención primaria. Paralelamente a este incremento en las demoras, ven que se ha producido un aumento muy importante del número de urgencias por 1000 habitantes, que entre 2010 y 2017 —también el último dato público disponible— se incrementaron en el conjunto del país en un 14,74%. Evidentemente, como todo el mundo sabe, una gran parte de las urgencias que acuden a los centros hospitalarios son problemas que se podrían y se deberían resolver en la atención primaria y que saturan innecesariamente un dispositivo que está pensado para otra cosa, y entorpecen la celeridad y la calidad de la atención a los problemas más graves.

Otro problema muy importante que tiene nuestro sistema es un insuficiente número de camas hospitalarias, tenemos un sistema con pocas camas hospitalarias. Los últimos datos de 2018 son de 3 camas por mil habitantes cuando el promedio de la OCDE es de 4,5 y el promedio de la Unión Europea es 5,21. Pero es que además no solamente hay pocas camas hospitalarias, sino que en el período de los recortes se cerraron muchas camas, entre 2010 y 2018 se cerraron 2079 camas en todo el país. Y esta carencia de camas es sobre todo de camas de media y larga estancia; tenemos el porcentaje más bajo de la Unión Europea de media y larga estancia: 0,15 camas por mil habitantes y el promedio de la Unión Europea está en 1,41. O sea, que tenemos un número muy bajo de camas de media y larga estancia y eso entorpece mucho el funcionamiento de las camas de agudos de los hospitales.

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 39

Además, tenemos recursos humanos insuficientes y mal planificados. Con los recortes disminuyó mucho el personal, entre 30000 y 52000 trabajadores en el conjunto del país, porque ya saben que las estadísticas y las informaciones que hay sobre los datos del sistema sanitario son muy disonantes dependiendo de la fuente; en cualquier caso, disminuyeron. También se produjo un problema que en ese momento parecía que no era muy importante pero que después se desveló que era muy grave, que fue un recorte drástico en las plazas de formación postgrado. Como ustedes saben, a partir del año 1995 cualquier médico, para ejercer en el sistema sanitario público, necesitaba haber hecho una especialidad por la vía MIR y tener el título de especialista. Si se convocan pocas plazas de especialistas, en ese momento no se nota, pero cuatro años después salen pocos médicos con la especialidad y entonces se produce una carencia de médicos formados en el sistema, que es lo que se ha vivido en estos últimos años: pasamos de 6994 plazas en la convocatoria de 2009 a 6079 en 2015; ya empiezan a recuperarse, en las dos últimas convocatorias ha habido un aumento notorio, 7615 en la de 2018. Pero, claro, los efectos sobre el sistema sanitario se verán en 2022 o 2023, que será cuando realmente estas personas acudan al sistema sanitario.

Y luego ha habido un deterioro muy significativo de las condiciones laborales, que son perfectamente conocidas—imagino— por todos ustedes: bajos salarios, contratos temporales, encadenamiento de contratos temporales uno detrás de otro; ha habido incluso contratos que se hacían por dos o tres días y, claro, contratar un médico, o una médica por supuesto, por dos o tres días es incitarle de una manera muy clara a que se busque la vida en otro sitio, en el sector privado o en Inglaterra, en Brasil o en Ecuador. Nosotros, de una manera extrañísima, hemos exportado médicos a países que parece muy difícil de entender cómo hemos podido exportarlos, en realidad es porque los hemos expulsado del sistema. Y lo mismo ha sucedido en el caso de los profesionales de enfermería.

Miren, este es un gráfico (**muestra un gráfico**) de un estudio conjunto hecho entre la Comisión Europea y la OCDE en el que ven que están colocados todos los países de la Unión Europea, los que están por encima o por debajo en número de profesionales de enfermería y por encima o por debajo en número de profesionales médicos. España está aquí situada, tiene unos pocos médicos más que el promedio de la Unión Europea por mil habitantes pero muchas enfermeras menos. Esta es nuestra situación. Y una curiosidad, que no sé si es una curiosidad o es un efecto natural de las cosas, que estos países que están situados aquí, que son los países que tienen más médicos y más profesionales de enfermería por mil habitantes son curiosamente los países de la Unión Europea que han tenido unos efectos menos graves en la última crisis sanitaria. Será una casualidad, pero es un hecho. Y aquí tienen también el número de profesionales de enfermería por mil habitantes de todos los países de la OCDE. Esta es la situación de España: 5,7 profesionales de enfermería por mil habitantes, y aquí está el promedio: 8,8, y ven que hay países que llegan a 13,7 por mil habitantes. Es decir, que en nuestro caso hay una insuficiencia de profesionales de enfermería muy muy importante. Pero es que no solamente hay una insuficiencia de hecho, sino que los datos de la OCDE señalan que el número de nuevos licenciados, de nuevos graduados de enfermería están en la banda baja de los países de la OCDE, por lo que lo previsible es que, al menos en los ocho o diez próximos años, la situación no solo no cambie, sino que probablemente empeore. Lo que les decía antes: nosotros estamos, en la situación actual, exportando enfermeras a países que se encuentran en esta parte, por ejemplo, a Francia, que tiene 10,7 enfermeras; al Reino Unido, que tiene siete y pico; es decir, a países que tienen muchos más profesionales de enfermería, nosotros les exportamos enfermeras cuando nosotros tenemos menos. En fin, una situación muy preocupante.

También está el tema de la privatización. La privatización del sistema sanitario viene de antiguo, pero además ha ido en aumento. Este gráfico (**muestra un gráfico**), que por cierto es de un artículo de la señora Carcedo —no sé si está por aquí, la he visto antes— lo explica. Es un artículo muy gráfico: aquí ven lo que ha pasado con los presupuestos sanitarios públicos, aquí ven lo que ha pasado con la facturación hacia el sector privado y aquí ven lo que ha pasado con el aseguramiento privado. El presupuesto del sistema sanitario público ha bajado mucho, pero, a la vez, la facturación del sector privado no ha continuado aumentando y el aseguramiento privado se ha disparado. Ha habido un aumento muy importante, como digo, del gasto y del aseguramiento privado. El gasto de bolsillo —imagino que lo conocen ustedes, es lo que pagamos cada vez que acudimos al sistema sanitario directamente de nuestro bolsillo; por ejemplo, en el copago sanitario, o cuando vamos al dentista, que es donde se acumula el mayor gasto de bolsillo de nuestro país, o cuando acudimos a un médico privado a hacernos una prueba— ha pasado del 19,5% en 2009 al 23,6% en 2018. En ese año, el promedio de la OCDE era del 20,6% y de la UE del 15,8%. Luego, ha habido un incremento muy importante del aseguramiento privado y,

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 40

evidentemente, la única parte del gasto público que no ha tenido recortes ha sido Muface; incluso en estos años de los tremendos recortes del sistema sanitario público el dinero que iba a Muface no se recortó —no se aumentó, pero no se recortó—, lo cual era ya una situación de privilegio.

Otra cosa que también tenemos que tener en cuenta es que hay unas elevadas dunas en listas de espera, muy elevadas, que han ido en aumento. **(Muestra un gráfico)**. Ahí tienen, comparada, la situación entre 2016 y 2019 del conjunto del país: en lista de espera quirúrgica, la tasa por mil habitantes pasó de 13,65 a 15,53 en tres años y la demora media se incrementó en seis días; la lista de espera de primera consulta pasó de 45,56 personas por mil habitantes a 63,72, y la demora media de 72 a 88 días.

Claro, estos datos son extremadamente optimistas, porque después de la epidemia se habrán disparado de una manera brutal; nosotros calculamos que probablemente se hayan ido al doble, porque, como ustedes saben, durante este periodo de la pandemia, primero, los centros sanitarios, por imposibilidades objetivas, tuvieron que cancelar intervenciones quirúrgicas, internamientos, consultas externas, etcétera, y, luego, en algunos casos donde no existían esas imposibilidades objetivas, un sector de la población simplemente canceló sus citas por miedo a acudir a un lugar donde entendían que había más riesgos que beneficios. Esta es una situación que está ahí y que habrá que abordar, porque, aunque no tengan COVID, también son personas que están enfermas y que merecen una atención del sistema sanitario.

La salud pública fue postergada, no se desarrolló la Ley General de Salud Pública, que se aprobó en 2011 pero se dejó prácticamente en un cajón, sin avanzar nada, y además tiene muy poco presupuesto. Según la estadística, el gasto sanitario público en 2018 fue el 1,1%. Luego ha habido problemas importantes de coordinación del Sistema Nacional de Salud. Hay, como ustedes saben, un consejo interterritorial, pero funciona de una manera que es bastante mejorable, por decirlo de la manera más fina posible, por no decir que funciona bastante mal. Funciona, se reúne, pero se toman decisiones que nada más salir de allí las comunidades autónomas se saltan a la torera. Un ejemplo clarísimo es el calendario vacunal. En España, varias veces se han hecho calendarios vacunales unificados y una semana después alguna de las comunidades autónomas ha decidido que incluía otra vacuna o lo que le parecía mejor. Hay un funcionamiento manifiestamente mejorable.

Además, por ejemplo —nosotros lo venimos reclamando desde hace mucho tiempo—, nunca se desarrolló el Plan integrado de salud y debería haberse hecho. Está en la Ley General de Sanidad, que ya saben que se aprobó en el año 1986, prácticamente anteayer, ¿no? Bueno, pues así nos va.

Otra cuestión muy importante es la inexistencia de un fondo de reserva de material sanitario y la gran dependencia de este material de terceros países. Lo mismo que en este país hay, si no estoy equivocado, un fondo de reserva, por ejemplo, de petróleo por si surge una contingencia y nos quedamos sin abastecimiento, por lo que se refiere al material sanitario ese fondo no existe. Eso se ha visto en esta última crisis; ha sido un factor muy importante de agravamiento. Y luego es que todas las fábricas están en terceros países, y además países, como ustedes saben, muy lejanos y cuando se produce un problema la disponibilidad es muy baja.

Por otra parte, tenemos unas residencias de mayores muy privatizadas y descontroladas. Conviene recordar que el 72,91% de las plazas de residencias de mayores están en manos del sector privado y que muchas son propiedad de empresas de capital riesgo, son grandes multinacionales las que las gestionan. Lógicamente, se preocupan mucho de obtener beneficios y menos de la calidad de las prestaciones que dan. En general, hay mala dotación de personal e infraestructuras. Si ustedes hacen un seguimiento, desde finales del año pasado —antes de la pandemia, por supuesto— hubo muchísimas denuncias en los medios de comunicación sobre situaciones muy críticas en residencias de mayores, denuncias que quedaron ahí más o menos archivadas. Y también ha habido escaso o nulo control por parte de las administraciones autonómicas, que son las que tienen la competencia.

Otra cosa muy importante, de la que también tenemos que ser conscientes, es que ha habido un enfoque inapropiado del sistema sanitario. Yo soy médico. Acabé la carrera en el año 1972, empecé a trabajar en 1973 y me jubilé en 2018. Prácticamente, desde el año 1980, cada vez que se hablaba de los problemas del sistema sanitario lo primero que se decía era: Bueno, nuestro sistema sanitario tiene que reenfocarse porque el mundo ha cambiado y las condiciones de la salud son muy diferentes; ahora los problemas fundamentales son problemas crónicos y degenerativos y los problemas infecciosos ya pasaron a la historia. Se pensaba que eran problemas del tercer mundo, de países muy subdesarrollado y que tenían muy poco que ver con España, con nosotros. Esa mentalidad entró mucho en el sistema y en cómo se articulaba y se organizaba, pero, a pesar de todo, la Organización Mundial de la Salud desde 2008 viene advirtiendo de la inminencia de pandemias. Eso está relacionado con el cambio climático, con la

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 41

desregulación que ha producido el neoliberalismo y, naturalmente, con la globalización, que favorece que una enfermedad que aparece, por ejemplo, en Mongolia mañana pueda llegar al aeropuerto de Barajas. Antes pasaban meses, y a veces años, hasta que una enfermedad hacía ese recorrido.

Todo esto que he dicho hasta ahora sería muy injusto no decirlo como un epitome. Nuestro sistema sanitario, como ustedes saben, está muy regionalizado, en manos de las comunidades autónomas, y existen muchas y notables diferencias entre cada una de ellas y, aunque esta puede ser una visión general, es evidente que en comunidades autónomas concretas las situaciones son muy diversas. Eso hay que tenerlo en cuenta porque también habrá que tenerlo en cuenta a la hora de pensar soluciones.

Desde nuestro punto de vista, ¿cuáles son las medidas urgentes para reconstruir la sanidad pública? Primero, una financiación suficiente para la sanidad pública. Hay que incrementar los presupuestos de la sanidad pública hasta alcanzar el promedio de la Unión Europea en euros por habitante y año. Hasta ahora, veníamos hablando siempre de un porcentaje sobre el PIB, pero, claro, un porcentaje sobre el PIB en estos momentos tiene un problema sustantivo. Si se producen las previsiones de los organismos nacionales e internacionales, es probable que el porcentaje sobre el PIB que se dedica a sanidad lo hayamos superado con creces este año, simplemente porque ha bajado el PIB, no porque hayamos dedicado mucho más dinero a la sanidad, que también se ha dedicado más por esta situación. Por eso yo creo que hay que acercarse más al promedio por habitante y año que están dedicando los países de la Unión Europea, que al fin y al cabo es donde estamos. Y sería muy importante que se creara un fondo específico de rescate para la sanidad pública, gestionado por el Ministerio de Sanidad, por el consejo interterritorial, que realmente permitiera recuperar la situación y abordar financieramente todos los problemas que se han producido y los que se van a producir en el futuro.

Habría que mejorar la coordinación interautonómica. Ya he dicho que una cosa muy importante es la aprobación de un plan integrado de salud para que haya unos objetivos de salud que sean comunes en todo el sistema sanitario y que, además, pueda vertebrar y vehicular cómo se distribuyen los fondos generales que se dedican al sistema sanitario. Los fondos se tienen que dedicar con algún criterio y ese criterio, evidentemente, debe ser el cumplimiento de los objetivos de salud del sistema. Habría que establecer un nuevo marco de cooperación reforzando el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, mejorando su funcionamiento y estableciendo mecanismos que permitieran que se tomaran decisiones en común. Eso yo creo que habrá que negociarlo desde el punto de vista de la política; yo no me voy a meter mucho, pero hay que hacerlo.

Hay que potenciar la salud pública desarrollando la Ley General de Salud Pública y aumentando el presupuesto de salud pública. En nuestra opinión, como mínimo tendría que ser el 2,5% del gasto sanitario público; es decir, incrementar un 1,4% el último gasto conocido.

Hay que impulsar y desmedicalizar la atención primaria. Habría que destinar a la atención primaria el 25% del presupuesto sanitario público. La atención primaria se dice que debe ser el primer escalón del sistema sanitario, la clave de bóveda de su funcionamiento, y que además debe resolver entre el 80 y el 90% de los problemas de salud de la población. Eso solo es posible si se destinan fondos adecuados. Lo demás es creer en algo que es imposible. Es evidente que si no hay fondos suficientes, no se pueden pedir responsabilidades. Hay que establecer ratios máximas por profesional. No puede ser que siga habiendo un porcentaje importante de profesionales de medicina de familia que tienen más de 2000 tarjetas sanitarias asignadas. Eso no es posible.

Es muy importante potenciar la enfermería e incrementar sus efectivos. Lo razonable como mínimo es que hubiera 1,5 profesionales de enfermería por cada profesional de medicina. En este momento estamos por debajo de la unidad. La comunidad que está mejor situada creo que llega a 0,9, pero muchas están en 0,6 o 0,7. Es decir, hay muchos menos profesionales de enfermería que profesionales médicos y eso evidentemente crea un problema muy importante a la hora de abordar el punto siguiente: hay que desarrollar la atención comunitaria, la prevención, la detección de casos, la colaboración con salud pública, etcétera. Hay que incrementar las camas hospitalarias en la red de gestión pública para homologarnos con los estándares internacionales de la Unión Europea y la OCDE. Necesitaríamos entre 50000 y 70000 camas de gestión pública, básicamente de media y larga estancia. No son tan difíciles de implementar. Yo no conozco el conjunto del sistema sanitario, pero conozco bastante y, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid se cerraron muchísimas camas hospitalarias y hay muchísimos espacios que están ahí y que no están siendo utilizados. Convertirlos en camas hospitalarias de media y larga estancia tendría un coste relativamente bajo, aunque evidentemente habría que hacer una adaptación y una adecuación. Probablemente pase en muchas otras comunidades autónomas, aunque no me atrevería a asegurarlo. Y

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 42

luego habría que realizar un plan estratégico de atención especializada para adaptarla a los nuevos retos de salud. Hay que cambiar el chip de la atención especializada. Tenemos que pensar que la atención especializada tiene que atender, como decía antes, no solamente los problemas crónicos y degenerativos, sino los nuevos problemas de salud que probablemente se van a producir; por ejemplo, el rebrote de la pandemia que quizá podría producirse —ojalá que no— en octubre próximo.

Habría que acabar con las privatizaciones y recuperar lo privatizado; detener las privatizaciones; recuperar los centros privatizados; derogar la Ley 15/1997 y blindar la gestión pública por ley; fomentar la dedicación exclusiva de los profesionales, que creemos que es muy importante, y la integración de la asistencia sanitaria de las mutualidades de funcionarios en el Sistema Nacional de Salud. Ya les digo que esto también estaba en la Ley General de Sanidad de 1986. Además, se podría hacer con gran facilidad simplemente con establecer, como ya se ha hecho con la prestación a la Seguridad Social, que las personas que se incorporan a la Función pública entren directamente en la atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud. No provocaría ningún problema, no se vulneraría ningún derecho adquirido y tendría un coste relativamente muy bajo.

Hay que aumentar los trabajadores del sistema público de salud y establecer dotaciones suficientes. Fíjense, en California, cuando fue gobernador, Schwarzenegger —ese señor tan peligroso que se dedicaba en las películas a matar a todo tipo de personajes—, un señor que fue elegido por el partido conservador, estableció unos ratios mínimos de profesionales médicos y de enfermería de los centros sanitarios. Esto en California, fíjense, ¡en la cuna del socialismo estalinista! (**Risas**). Pues ya ven las cosas que pasan. Necesitamos establecer unas dotaciones suficientes de los centros sanitarios, esto es un tema fundamental. Hay que reforzar especialmente la enfermería, como ya he dicho, que es una de las grandes carencias de nuestro sistema. Hay que convocar en la formación de posgrado todas las plazas acreditadas, tenemos que convocar todas las plazas acreditadas, no podemos permitir que situaciones como las que han pasado, por ejemplo, hace dos o tres años de insuficiencia de determinadas especialidades por falta de especialistas vuelvan a producirse en nuestro sistema, eso no es lógico. Hay que hacer un plan de recuperación o retorno del personal que emigró a otros países; por ejemplo, de las personas que se han ido al Reino Unido y que muchas, con el *brexít*, están pensando volver, pero no van a volver si se les oferta un contrato de tres meses porque estarían locos o habría que dudar de su sano juicio —por decirlo de una manera más educada—. Hay que ofrecer condiciones razonables. Algunas comunidades autónomas, de signo diverso, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, han ofrecido a los residentes que acaban la formación contratos de tres años para que se queden en su comunidad autónoma. Eso no es tan complicado, a la gente hay que ofrecerle una cierta estabilidad laboral, razonable, para que no anden peregrinando por el mundo. Hay que mejorar las condiciones laborales y profesionales.

Hay que realizar un plan de abordaje de las listas de espera. Como he dicho antes, la mayoría de las personas, por suerte, no tienen ni han tenido coronavirus, la mayoría de las personas que tienen problemas de salud tienen otros problemas de salud, y hay que atenderlos, hay que atender a todas esas personas que no han sido atendidas todo este tiempo y hay que atenderlas en el menor plazo posible estableciendo un plan escalonado para que los casos más importantes sean atendido primero y los que lo sean menos después, pero un sistema que permita tener un horizonte de salida. Yo creo que este es un tema muy importante.

Asimismo, hay que crear un fondo de reserva de material sanitario, hay que crear un fondo de reservas estratégicas de material sanitario que, por ejemplo, garantice el consumo durante tres meses y potenciar la industria en el país para disminuir y/o eliminar dependencias de terceros.

Hay que controlar el gasto farmacéutico y potenciar la fabricación pública de medicamentos. El incremento del gasto farmacéutico no debe situarse nunca más allá de un 0,5% o un 1% por debajo del presupuesto sanitario público. Es decir, el crecimiento siempre tiene que estar por debajo del crecimiento del gasto sanitario público, porque evidentemente tenemos que colocarnos otra vez en una situación de razonabilidad y esto lógicamente no se puede hacer de golpe, porque no vamos a bajar de golpe tres o cuatro puntos el gasto farmacéutico, pero hay que hacerlo de una manera escalonada. Hay que promover lo genérico. En nuestro país hubo un momento en que hubo una promoción de genéricos muy importante, también con una diferencia terrible entre comunidades autónomas imposible de entender desde el punto de vista de lo razonable, pero seguimos estando muy por debajo de países como Reino Unido, Estados Unidos, Alemania u otros países de nuestro entorno. Hay que favorecer las subastas de medicamentos y una agencia centralizada de compra. Fíjese, la única cosa buena, en mi opinión —seguro que otros opinan otra cosa—, que tenía el Real Decreto-ley 16/2012 es que decía que iba a promocionar una agencia de compras del conjunto del Sistema Nacional de Salud. También es verdad que es la única cosa

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 43

que no se desarrolló; será una casualidad. Hay que eliminar los copagos del Real Decreto-ley 12/2012 y promocionar una industria farmacéutica pública que acabe con los desabastecimientos y la especulación; no puede ser que haya una situación de desabastecimiento de aquellos productos que están en el mercado y tienen precios muy bajos y que la industria no los produzca porque le es poco rentable —ojo, no pierden dinero con ello, solo le es poco rentable— o bien realice exportaciones paralelas a otros países. En Portugal, que tampoco es un país excesivamente sospechoso —quizás algo—, acaban de aprobar la creación de una empresa farmacéutica pública.

Y luego hay que favorecer la investigación sanitaria pública aumentando el presupuesto sanitario destinado a la investigación y fomentando la estabilidad de los equipos investigadores del Sistema Nacional de Salud. Aquí también hemos tenido un problema muy grave; no se puede mantener un equipo de investigadores con gente que tiene contratos irregulares, que se les acaban e intentan prorrogar cada cinco o seis meses. Así no hay manera de mantener un equipo que investigue y que funcione de una manera razonable.

Hay que fomentar una red pública de residencias de mayores. Creemos que es importante, y se ha visto en estas desgraciadas circunstancias, que haya una red de residencias de titularidad y gestión pública. Hasta ahora solamente hay dos comunidades autónomas, Canarias y Extremadura, donde el número de plazas en residencias son mayoritariamente públicas. En todas las demás, la mayoría de las plazas son de titularidad privada.

Hay que fomentar la atención domiciliaria con recursos públicos. La Ley de Dependencia establece esta posibilidad, que tendría grandes ventajas, porque, primero, mejoraría la situación de las personas mayores, que están mucho mejor, en la mayoría de los casos, en su domicilio que en una residencia, y, segundo, porque evitaría estos problemas que hemos tenido últimamente. También sería bueno hacer una auditoría a las residencias y una intervención en aquellas que incumpliesen los requisitos de calidad.

Les voy a poner un par de viñetas. Esta viñeta es un chiste de una publicación profesional que explica bastante bien cómo lo ven los profesionales sanitarios, cómo son las cosas. Aquí se ve cómo estaban los profesionales sanitarios antes de la crisis, más bien castigados y en mala situación; aquí cómo se vieron en el momento álgido de la crisis —unos héroes, etcétera— y, aquí, cómo se ven después. Ya saben, cuando se cerró Ifema, después de mucha parafernalia y muchos aplausos, a la calle. Cuando salió en los medios de comunicación, contrato de tres meses. Aplaudamos menos, aunque está bien aplaudir y siempre se agradece, pero vamos a hacer cosas. Como dice el refrán, menos prometer y más dar trigo.

Esta otra viñeta es otro chiste diferente: cuando llegó la pandemia, los neoliberales privatizadores se ocultaron; ahora han vuelto a sacar la cabecita pidiendo subvenciones, dinero, etcétera. Oiga, haber trabajado. Ustedes tienen centros sanitarios, pues haber trabajado cuando hacía falta. Ahí estaban, en sus centros sanitarios; podían haber atendido a los enfermos, que es para lo que les paga la población.

Hasta ahora les he puesto una situación de invierno, pero ahora les pongo la primavera en el Valle del Jerte, un lugar al que tengo especial aprecio. Espero que los resultados de esta Comisión cambien la expectativa. Que de este invierno pasemos a una primavera que realmente sea saludable y positiva para nuestro sistema sanitario.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Sánchez Bayle.

Pasamos al turno de los grupos y empezamos por el Grupo Mixto. En esta ocasión solo hay un representante, por lo que veo. Por Teruel Existe tiene la palabra el señor Guitarte Gimeno.

El señor **GUITARTE GIMENO**: Buenas tardes y muchas gracias por su brillante exposición.

Yo quería hacer una reflexión antes de plantearle dos preguntas. Nosotros estamos hartos de sufrir el coeficiente estadístico de cualquier cosa dividida entre habitante: presupuesto entre habitante, PIB entre habitante, etcétera. En nuestro territorio eso no cumple, eso lleva a enmascarar una realidad que hace que cuantos más habitantes perdamos tengamos mejor sanidad o más presupuesto para la sanidad cuando es totalmente lo contrario. Eso es una convergencia aparente absolutamente falaz. Por eso, creo que hay que buscar otros argumentos encaminados al coste real de prestación de los servicios en cualquier territorio, que el servicio se preste en las mismas condiciones en cualquier territorio, cueste más o cueste menos al Estado o a las administraciones.

Por otro lado, he visto que su intervención iba encaminada a mejorar el sistema prestacional médico actual, pero quizá solo desde un punto de vista médico. Yo, aplicando otro principio médico, que es el de prevenir antes que curar, evaluaría que parte de esos esfuerzos fueran destinados a replantearnos nuestro

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 44

modelo de desarrollo actual y nuestro modelo de sociedad. No sé si tendría más eficacia evitar seguir promocionando las altas concentraciones de población en determinadas áreas, la movilidad extrema, la contaminación, cuestiones que acaban generando problemas sanitarios que, en fin, vienen a suponer una inversión en el sistema sanitario para curar problemas que hemos creado nosotros por acumular, por contaminar. Es decir, merece la pena caminar hacia un equilibrio territorial de otro estilo diferente al que tenemos, porque, probablemente, sea incluso más barato implantar ese servicio que no combatir los problemas médicos y sanitarios que nos crea el problema.

Finalmente, no sé si usted es de esa opinión o no, pero, en nuestro caso, debilitar el sistema sanitario en el medio rural, que es lo que se está produciendo, obviamente, muy pocas veces tiene que ver con la introducción de la medicina privada, porque al privado tampoco le interesa ir al medio rural. Tiene más que ver con unos criterios de concentración de servicios, alejándolos del cliente final, que lo que hacen es que después de los servicios acaban yendo las personas, vaciando los territorios. Para nosotros ese problema va mucho más allá del problema sanitario; es un problema de organización territorial y de qué sociedad y qué país queremos.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Guitarte.

Por el Grupo Euskal Herria Bildu, tiene la palabra la señora Aizpurua Arzallus.

La señora **AIZPURUA ARZALLUS**: Gracias, presidente.

Eskerrik asko, también a usted por su tiempo, sus explicaciones, la radiografía de la situación que ha hecho, y por avanzar hacia lo que deberíamos hacer.

Yo me detendría un momento en el tema de las residencias de ancianos; usted ha citado algo, pero si algo ha quedado claro después de esta pandemia es que hay que actuar en las residencias de ancianos, porque ahí es donde se ha dado el mayor foco de mortalidad en la Comunidad Autónoma vasca. El 40% de las personas que han fallecido han sido ahí, precisamente, y creo que es algo que no se nos tiene que olvidar, y hay que blindar de alguna forma las residencias de ancianos. No sé cuál es el método, pero hay que actuar ahí; creo que es evidente. Igual habría que hacer ratios diferentes de población en estos centros, pero que hay que adoptar algunas medidas rápidamente por si hay un nuevo foco creo que es más que evidente. No sé cuál será su opinión.

Ha hablado del gasto farmacéutico. Colateralmente, no es exactamente el gasto farmacéutico, aunque también, sino que va más con el tema del modelo, porque afecta al modelo sanitario. Y le preguntaría, en lo que se refiere a las compras, si tienen sentido esas visitas a médicos, a los ambulatorios, que se hacen todavía constantemente por parte de comerciales de las empresas farmacéuticas. No sé si tiene sentido en estos momentos.

Otro tema que me gustaría plantear —usted ya se ha posicionado y lo ha criticado, bueno, lo hemos visto, no es cuestión de criticar— es lo que ha dado como resultado las privatizaciones, el aumento que se ha dado. Pero hay otro modelo que se defiende desde algunas administraciones, que se defiende y se fomenta, que es la colaboración público-privada como modelo de gestión acertada y conveniente, o así se presenta en muchas ocasiones. Me gustaría saber qué opinión tiene al respecto y a quién beneficia esto, si beneficia a la ciudadanía o no.

Por último, el auge de los seguros sociales privados, los seguros sanitarios privados, que van creciendo y, en algunos casos, también se potencian, si no desde las administraciones públicas, sí desde entidades asociadas a estas.

Nada más. Luego me tengo que ir a otra reunión, pero lo veré por los vídeos, si es que no estoy aquí para las respuestas.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Aizpurua.

Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra señor Barandiaran Benito.

El señor **BARANDIARAN BENITO**: Muchas gracias, señor presidente.

Señor Sánchez, ha sido muy interesante su intervención y, evidentemente, como usted ha destacado, hay diferentes modelos también de prestación del servicio sanitario, desde el punto de vista público. Es decir, la sanidad pública y universal es una realidad establecida en Euskadi desde hace ya bastantes años, con unos niveles de calidad muy importantes y, evidentemente, no quiero que se plantee como modelo de reforma del sistema el parangón territorial, sino el modelo de atender una cartera de servicios

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 45

determinada y unos niveles de calidad determinados. No sé, desde ese punto de vista, si su presentación ha ido dirigida un poco más a la comparación territorial, más que a otra cosa, lo cual no me ha entusiasmado, por decirlo de alguna manera.

Por otra parte, quería decirle —que lo ha abordado también quien me ha precedido en el uso de la palabra— algo sobre el tema de las residencias. Por desgracia, son quienes más han sufrido, no solo el colectivo de la tercera edad, sino en el ámbito de las residencias de ancianos. Solo en Euskadi —donde hay tres territorios, Guipúzcoa, Vizcaya y Álava— hay tres modelos diferentes de atención en residencias. No es fácil, desde luego, determinar cuáles han sido las causas de la elevada mortalidad que ha existido, pero no han coincidido precisamente con la existencia de un modelo de gestión determinado, sino con el control público de esos modelos de residencias que existen. De igual manera, esa misma reflexión vale para el ámbito de la colaboración público-privada en la sanidad. No es tanto la existencia de un modelo público de sanidad, sino el control público de la asistencia sanitaria también en centros privados y la posibilidad de colaboración desde ella. Me gustaría que abordara en su respuesta también esas diferentes claves y, nada más. Le agradezco nuevamente su intervención. También me pasa lo que a la señora representante de Bildu, que tengo que ausentarme, por lo que oiré su respuesta en otro momento o en la grabación.

Muchas gracias.

Señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Barandiaran.

Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos tiene la palabra el señor Cambronero Piqueras.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Muchas gracias, presidente.

Buenas tardes, señor Sánchez, y gracias por venir a esta Comisión, por exponernos su diagnóstico y las posibles soluciones que ha propuesto. Nosotros tenemos dudas en cuanto a la protección de los profesionales sanitarios y la población en general. Sabemos que han sufrido muchísimo: 48000 sanitarios se han visto infectados, lo que supone algo más de un 20% de todos los contagios totales, datos que son terribles. Si las carencias de medidas de protección han sido muy manifiestas en el personal sanitario, no digamos ya en la población normal, por lo tanto, yo le voy a realizar varias preguntas. ¿Esta falta de protección ha sido general para todos los profesionales sanitarios en todo el país, según su criterio, o ha habido casos particulares donde ha sido particularmente manifiesta o han sido sitios en los que incluso aún está por resolver esta situación? En su opinión, después de lo que ya ha pasado, ¿estamos en condiciones de encarar posibles rebrotes a lo largo de nuestra geografía con más garantías de protección para los profesionales sanitarios? ¿Cree desde un punto de vista estrictamente médico que hubiera sido deseable —no digo posible, digo deseable— que se hubiese establecido mucho antes el uso obligatorio de las mascarillas? ¿Cree que hubiera podido ayudar? En cuanto a la capacidad del Sistema Nacional de Salud y los efectivos sanitarios, ¿cuál es el diagnóstico general que hacen ustedes de la capacidad de respuesta de nuestro Sistema Nacional de Salud ante la pandemia? Le pido un diagnóstico general. ¿Consideran que la capacidad estructural de nuestros servicios públicos de salud es suficiente para cubrir las necesidades ordinarias de atención sanitaria en la población? Sé que son muchas preguntas y muy seguidas, pero son básicamente las dudas en las que queremos que nos alumbre y en las que creemos que puede aportar su granito de arena a esta Comisión de Reconstrucción.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Cambronero.

Hay dos intervenciones por el Grupo Plural. En primer lugar, por Más País-Equo, la señora Sabanés Nadal.

La señora **SABANÉS NADAL**: Muchísimas gracias por su intervención, por la documentación y por su exposición. Me quería centrar yo en dos o tres temas, dado el tiempo de que disponemos, a ver si lo sé explicar, porque quería que me relacionara —tema que ha tratado— el deterioro o la falta de avance en las políticas sociosanitarias con la situación de los cuidados y el deterioro de las residencias de mayores. Digamos que usted abogaba por una red de residencias públicas, pero quería que profundizara en si no tendría que haber, además, una reforma profunda de conexión entre el sistema sociosanitario, el sistema residencial de personas mayores y el sistema de cuidados, de alguna manera relacionado con el tema de la sanidad.

Creo que ha habido no solo una mala gestión evidente, una gestión enormemente privatizada y sin un control exhaustivo, ni siquiera razonable, de las administraciones en el tema de la residencias, pero además hay un fallo o una falta de visión en el modelo sociosanitario respecto a la política de cuidados de larga

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 46

duración. Quería que me relacionara eso, si es posible, con a qué cree que se debe la crisis sistemática que hemos sufrido en la atención primaria en general —en algunas comunidades más que en otras, pero ha sido en general—, y qué efectos tiene eso en la prevención y en la falta de avance de las políticas sociosanitarias y en el avance de las privatizaciones. En todo caso, las causas profundas del deterioro sistemático y reiterado y los efectos en la salud pública de los fallos estrepitosos de la atención primaria.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Sabanés.
Por Junts per Catalunya tiene la palabra el señor Bel Accensi.

El señor **BEL ACCENSI**: Muchas gracias, presidente. Muchísimas gracias a don Marciano Sánchez por su exposición y por el documento que nos deja, y que, como he dicho respecto de anteriores comparecencias, vamos a estudiar y valorar. De hecho, más allá del análisis previo, de las doce medidas que usted plantea, creo que la fundamental, la básica es la primera, que es un problema de financiación, es el problema sobre el cual pivotan las siguientes medidas que, si no se mejora la financiación, difícilmente se podrán implementar, y este es un problema ya no digo endémico, pero sí histórico. La infrafinanciación de la sanidad yo creo que arranca de mucho antes, pero se pone de manifiesto cuando no tiene solución, cuando se hace el traspaso de las competencias a las comunidades autónomas y se las deja un poco a su suerte, sin un sistema de financiación que lo supla para incrementar esta financiación que no podía ser. Por tanto, evidentemente, esto pasa por una mejora de la financiación, por una financiación per cápita corregida en lo que sea necesario, y a partir de aquí será más fácil implementar el resto.

Ha hecho hincapié, y se lo han dicho otros diputados y diputadas, en el tema de las residencias de mayores, y aquí, como en otros aspectos, también hay una situación muy diferente en cada uno de los territorios de las comunidades autónomas. Usted dice que hay muchas que son propiedad de empresas de capital riesgo, bueno, no es la realidad en Cataluña; de hecho, en Cataluña algunas de las que se computan como de titularidad privada y de gestión privada acaban perteneciendo a ayuntamientos o acaban perteneciendo a patronatos mayoritariamente controlados por instituciones públicas. Por tanto, no es esta la situación. ¿Tienen datos realmente de la incidencia del COVID en las residencias de mayores, diferenciando si son de titularidad pública o privada y de si son de gestión pública o privada? Porque en Cataluña los estamos recopilando y hay de todo, se lo digo sinceramente, y a veces las explicaciones no son en cuanto a la titularidad. Por tanto, el punto doce, que es el relativo a fomentar una red pública de residencias de mayores, yo lo enmarcaría dentro del respeto de cada una de las peculiaridades de las distintas comunidades autónomas.

El señor **PRESIDENTE**: Señor Bel, tiene que ir terminando.

El señor **BEL ACCENSI**: Sí, voy terminando. En Cataluña hay residencias de mayores que son de titularidad privada —ya no le hablo de las municipales—, que están muy bien gestionadas, siendo la mayoría de organizaciones sin ánimo de lucro o de empresas más de carácter familiar, y que no por eso, entendemos, empeoraría la gestión, pero, en todo caso es un debate abierto.

Gracias, presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien, señor Bel.
Por el Grupo Parlamentario Republicano tiene la palabra la señora Vallugera Balañà.

La señora **VALLUGERA BALANÀ**: *Gràcies, president.*

Muchas gracias por haber comparecido aquí, señor Sánchez. La verdad es que su análisis parte de que el sistema de salud público debe ser universal y accesible para todas las personas que estén en aquel territorio, parte del peso esencial y casi único en la sanidad pública, y esto es un principio completamente compartido por nuestro grupo, por tanto, nos va a encontrar en todas las complicidades. Es evidente también que esta pandemia ha puesto en el centro aquello que es indispensable para que las sociedades sigan funcionando, que es la vida, y es evidente también que el primer elemento de la vida es la salud. Por tanto, todo lo que tiene que ver con cuidados está en el centro ahora de nuestra observación, y es donde efectivamente tenemos que poner todos los recursos. Dicho esto, usted ya debe haber pensado que en lo que es el tema territorial no coincidimos en modo alguno.

Creo que es importante poner encima de la mesa, por ejemplo, cuando se habla del tema de las residencias, de lo sociosanitario, de cómo atendemos a la vejez, de cómo contemplamos la atención domiciliaria, que es una de las alternativas que pueden resultar útiles, que la Ley de la Dependencia no

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 47

ha sido nunca pagada del todo por el Estado en la parte que le corresponde. Por tanto, desde esta perspectiva yo le podría decir que usted casi ha dibujado nuestro programa de sanidad pública, cuando tengamos nuestro propio Estado, porque lo que usted analiza se basa en nuestros principios.

Obviando esto, quería hacerle un par de preguntas. En primer lugar, desde su perspectiva entiendo que comparte con nosotros que debe haber un trabajo compartido y un espacio común entre Servicios Sociales, que sería la otra pata, aparte de la educación, de lo que es un Estado mínimo de bienestar, y que por tanto hay un momento de intersección entre todo esto que es el que analiza a la persona en toda su dimensión. ¿Cómo plantearía esta perspectiva? ¿Cómo deben entrelazarse? ¿Cómo deben relacionarse? Esto por una parte. Por otra parte, ha quedado muy claro el incremento sistemático del gasto farmacéutico. Usted no ha explicitado cuáles creen que sean las razones que lo explican. Le agradecería muchísimo que lo hiciera, porque se puede sospechar, pero estaría bien esta explicitación.

Aparte de esto, muchísimas gracias. Creo que el suyo es un trabajo muy importante.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Vallugera.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, tiene la palabra la señora Medel Pérez.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Bienvenido, don Marciano Sánchez. Quiero darle las gracias no solo a usted, sino a la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, porque gracias a ustedes conocemos a fondo y además ha podido ser divulgado el análisis de nuestro Sistema Nacional de Salud y los distintos modelos de privatización, a través de publicaciones, de revistas. Quiero agradecer sus análisis, que me parecen contundentes, muy serios, y sus propuestas, tan importantes para nuestra reconstrucción sanitaria, si es que tenemos voluntad de hacerlo, y le doy las gracias por ello.

Quiero hacerle dos preguntas, una que le he hecho al presidente de la Organización Médica Colegial y que le haré luego, pero antes le quiero preguntar qué opina del tema de la formación continuada es una cosa que creo que también ha salido con don Serafín de médicos u otro personal sanitario, enfermería en general, que está totalmente controlada y dirigida por la industria farmacéutica. ¿No debería correr a cargo del Sistema Nacional de Salud? ¿Qué opina de las guías clínicas y su control por la industria farmacéutica? Porque la mayoría de las veces es la industria farmacéutica la gestora y la que construye la guía clínica.

La segunda pregunta, que es la que le he hecho a don Serafín Romero, es qué opina de las incompatibilidades en nuestro Sistema Nacional de Salud, es decir, que un médico pueda trabajar en una empresa privada, que incluso esa empresa privada esté tratando a pacientes que vienen de la pública, y al mismo tiempo en la empresa pública. Yo he puesto un ejemplo hipotético, que es un jefe de servicio del Hospital Ramón y Cajal que es al mismo tiempo jefe de servicio de un hospital privado como Quirón Salud. ¿Qué conflicto de intereses debe haber? ¿Debe ser exclusivo? ¿Por lo menos en cargos de responsabilidad? ¿Debe ser a todos los niveles? ¿El personal estatutario debe ser considerado como un personal incompatible, ya que tiene una plaza en propiedad, que ha conseguido por una oposición por supuesto, y una serie de beneficios que son evidentes?

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Medel.

Por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Steegmann Olmedillas.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Doctor Sánchez Bayle, me llamo Juan Luis Steegmann y yo le tengo un gran respeto personal, pero usted viene aquí en representación de una organización profundamente politizada, no hay más que ver los aplausos que ha recibido usted de la bancada a su izquierda. Durante toda su charla no he podido por menos de no fijar la vista en el fondo de la diapositiva, en el que se ve un poste telegráfico en forma de cruz sobre un paisaje nevado. Usted sabe que la nieve oculta muchas cosas. Supongo que es un mensaje subliminal, y yo se lo agradezco, de homenaje a todos los fallecidos por esta epidemia, colegas nuestros o de otras profesiones sanitarias y de los que no son sanitarios, tanto conocidos como no reconocidos. Pero, doctor Sánchez Bayle, la primavera ha venido, pero ellos no van a volver.

Es curioso que la palabra epidemia haya tenido tan poca representación en su charla, y esto ha sido por una epidemia. Usted lo achaca, lo primero, al cambio climático —no sé qué evidencias tiene—, al neoliberalismo —no sé— y al final por la globalización —que tiene usted razón—. Ninguna mención a China, cuyo Partido Comunista chino envió a la muerte a un colega suyo y mío, el doctor Li Wenliang, un cristiano evangélico —evangélico, señorías, ¡qué casualidad!—, que tuvo la valentía de denunciar el

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 48

secretismo y, por lo tanto, la diseminación del virus. ¿Ustedes hicieron algún informe en febrero desde la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública? ¿Quiere que se lo lea? ¿No, verdad? Porque no lo hay. Ustedes sabían que en Italia había, el 29 de febrero, 1128 casos, con una incidencia —lo siento por lo de los números— de 1,8 por 100000 habitantes, 29 muertos, con una letalidad del 2,6%, y en Madrid se duplicaban en esa época con 2,1 días. No obstante, el 26 de febrero, en *Redacción Médica*, usted hacía unas declaraciones y decía que, según la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, el nuevo coronavirus no va a provocar un mayor problema de salud que la epidemia de gripe estacional. Y en marzo —y termino, señor presidente— dice su revista *Salud 2000* que estos ejemplos muestran la rapidez y la intensidad con la que cunde el pánico inmotivado. Le digo esto porque nosotros tenemos que evaluar también si le seguimos en sus consejos o no, doctor Sánchez Bayle, usted lo comprende, no se lo tome a mal. Pero si su capacidad de prospectiva es la misma que demostró la FADSP en febrero y en marzo, yo creo que no nos podemos fiar mucho. Porque decían ustedes: las consecuencias de esa epidemia de miedo —de miedo— es una herida que muestra la vulnerabilidad del mundo cuando teme por su salud, hasta el punto de suspender la actividad de las escuelas. Unos días después se tuvieron que suspender. Y decía usted o su editorial: por el contrario, en el país equis no tienen suficientes test diagnósticos de la enfermedad; las consecuencias de la diseminación del virus son impredecibles, y las consecuencias para la salud de las personas más vulnerables puede que sean catastróficas. ¿Sabe a quién se refieren ustedes? No, a España, no, se referían a Estados Unidos. Y decían y terminaban —y ya termino—: cuando pasen las epidemias alarmistas encontrarán datos y fabricarán argumentos para justificar sus decisiones. Pues ahí tiene los datos, doctor Sánchez Bayle, 45000 fallecidos. Así que gracias por la exposición. Creo que el diagnóstico que han hecho ustedes es inadecuado; lo demuestra su exposición y lo demuestra la literatura, la suya.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Steegmann.

Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el señor Echániz Salgado.

El señor **ECHÁNIZ SALGADO**: Muchas gracias, señor presidente. Muchas gracias, don Marciano Sánchez Bayle.

Le reconozco un médico inasequible al desaliento y un viejo roquero al que veo plenamente en forma, y del que me alegro tener la oportunidad de verle comparecer en esta Comisión. Quisiera poner de manifiesto, en primer lugar, que del documento que han enviado existen algunas coincidencias en el análisis y bastantes divergencias de base. Ha puesto de manifiesto en ese documento y en su intervención que el sistema sanitario está infrafinanciado y lo liga con un indicador, el producto interior bruto, que es un mal indicador para medir (**rumores**) —alguna reflexión ha hecho durante su intervención— el presupuesto público que se dedica a la sanidad. He tenido la oportunidad de ser responsable de dos territorios de España en los que, independientemente de cuál era la inversión por habitante, el grado de capacitación de la sanidad, de desarrollo de la sanidad, de investigación en esa sanidad, de retribuciones de los profesionales, tenía poco que ver con ese indicador. Por lo tanto, debemos utilizar indicadores de carácter económico-sanitario más precisos que el que usted ha puesto de manifiesto en el día de hoy.

Quiero decirle que coincidimos en las cuestiones relacionadas con los recursos humanos. Creemos claramente que, en temas de carrera profesional, de retribuciones y de tratamiento del talento hay un largo camino que desarrollar, pero no ha hecho referencia, por ejemplo, a la situación de las listas de espera, que en la pospandemia o pos-COVID van a tener una trascendencia muy importante en los próximos meses. Hay un *stock* de pruebas diagnósticas sin realizar, de diagnósticos sin realizar y de tratamientos sin realizar que en algunas patologías son claramente letales y, por lo tanto, tiene que haber un plan claro desde el punto de vista sanitario para abordar estas cuestiones. Coincidimos en que la salud pública ha dejado mucho que desear, incluso añadimos que ha sido el sistema asistencial el que ha cubierto muchas de las carencias que nuestra sanidad no ha sido capaz de desarrollar.

Ha puesto de manifiesto que nuestras residencias de mayores han sido privatizadas. No, señor Sánchez Bayle, no han sido privatizadas, son de iniciativa privada, se crearon, nacieron como iniciativa privada. No se han privatizado. Sin embargo, no ha dicho algunas cuestiones que me interesan sobremanera. En primer lugar, desde el año 2008 vivimos una situación de caída de los ingresos fiscales que supuso una caída en los recursos sanitarios de cerca de 16000 millones de euros. Eso supuso, a su vez, recortes en la sanidad, fruto de que hubo muchos millones de personas que se quedaron fuera del empleo y dejaron de pagar impuestos o cuotas a la Seguridad Social, y el país tuvo mucho menos dinero

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 49

para dedicar a sanidad, a educación y a otros servicios públicos. Me gustaría saber cuál es su opinión de lo que va a pasar ahora cuando caigan los ingresos. Hoy hemos tenido conocimiento de las cifras de paro registrado, ha sido el peor mes de mayo en nuestra serie histórica, y vamos a tener muchos parados en el futuro y va a haber una caída de ingresos que podríamos dedicar a la sanidad.Cuál es su perspectiva, su proyección, su análisis de esa situación.

También me gustaría conocer, porque para eso estamos en esta Comisión, más allá de su análisis de carácter general, su análisis sobre la gestión del Gobierno en materia de compras de equipos de protección individual para los profesionales; en cuanto a las instrucciones que el ministerio ha ido suministrando a los distintos centros sanitarios, comunidades autónomas, etcétera; su gestión del mando único; por qué España tiene este terrorífico número de contagiados y el enorme número de fallecidos, que probablemente dupliquen el número que en este momento se hace oficial, o el número de profesionales contagiados, de compañeros suyos y míos, que se han contagiado a lo largo de esta epidemia. Me gustaría también conocer su opinión de la situación de salud mental, de distrés de nuestros compañeros. Abordar lo que han tenido que sufrir sin equipos de protección individual necesarios, la ansiedad, la incertidumbre, el propio aislamiento social y la presión económica que ha supuesto para muchas personas perder su empleo durante esta pandemia ha generado, sin duda, una situación de distrés en nuestra sociedad que hay que abordar desde el punto de vista clínico y médico. Me gustaría saber cuál es su opinión sobre esa materia y sobre la necesidad o no de realizar una estrategia de carácter nacional de bienestar de los críticos y de la población en general. También de las vacunas, porque estos meses hemos dejado...

El señor **PRESIDENTE**: Señor Echániz, debe concluir.

El señor **ECHÁNIZ SALGADO**: Termino, presidente.

... hemos dejado de poner muchas vacunas, y por lo tanto tenemos —digamos— un *stock* de niños y de personas mayores que han dejado de vacunarse durante estos meses y también hay que abordarlo. Y también sobre la transformación digital de la sanidad —y con esto termino—, porque tenemos que aprovechar estas circunstancias para transformar el modelo de prestación de nuestra sanidad, adaptando las necesidades a las nuevas tecnologías.

Quiero terminar como empezaba, agradeciendo su intervención y rogándole que conteste a todas estas cuestiones que me parecen de relevancia para los trabajos de esta Comisión.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muy bien, señor Echániz.

Para concluir el turno de los grupos, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Prieto Nieto.

La señora **PRIETO NIETO**: Gracias, presidente.

Bienvenido, señor Sánchez Bayle a esta Comisión de Reconstrucción. Quiero empezar lanzando un mensaje de profundo dolor respecto a todos los fallecidos en esta pandemia y un mensaje de acompañamiento a sus familias y a sus seres queridos.

Señor Sánchez, muchas gracias por su presencia en esta Comisión y por sus aportaciones, que son de gran utilidad. Desde aquí, nuestro grupo quiere reconocer la trayectoria de su organización con más de treinta años a sus espaldas, promoviendo la defensa del Sistema Nacional de Salud, de su calidad, de su efectividad y de su financiación pública. Compartimos en gran medida su diagnóstico sobre los principales problemas a los que debe responder nuestro Sistema Nacional de Salud, que ha dado muestras más que sobradas de su carácter robusto y de la valía de todos y todas sus profesionales. Las necesidades que describe no son nuevas. Mi grupo, al igual que ustedes, lleva desde el año 2012 denunciando el deterioro deliberado del sistema público mediante políticas de recortes, que han tenido su impacto en términos de financiación, acceso y equidad. Afrontar estos retos forma parte de la agenda de nuestro Gobierno, del Gobierno de España. Compartimos con ustedes la importancia de tener un sistema sanitario público de calidad y con acceso universal. Debemos poner en valor la recuperación de la universalización del sistema, aprobada por el Gobierno anterior. Nadie puede negar que el acceso al sistema en condiciones de universalidad haya sido una garantía en el transcurso de la pandemia; bueno, claro, hay una minoría que sigue empecinada en ponerlo en cuestión.

Con la aprobación del Decreto-ley 7/2018, iniciamos un camino que debemos continuar aquí, en el Congreso. Usted habló de las privatizaciones. Respecto a las privatizaciones, coincidimos en que en algunas comunidades autónomas se ha producido un intencionado maltrato del sistema público. Mi grupo

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 50

cree que debemos llevar a cabo las modificaciones normativas pertinentes para ganar, sobre todo, en supervisión pública. Habló usted también del copago, dijo que había que eliminarlo; es verdad que el copago ha lesionado gravemente la salud de las personas, especialmente de aquellas personas más desfavorecidas económicamente, que no pudieron retirar sus medicamentos cuando les fueron prescritos por sus médicos.

Existe unanimidad en plantear un necesario incremento de la financiación de la sanidad pública española. Me gustaría saber qué mecanismo le parece a usted más adecuado para ello. ¿Aboga por la financiación sanitaria finalista, total o parcial, a las comunidades autónomas o por mantener el actual sistema? La crisis ha evidenciado la necesaria mejora de la coordinación interautonómica. No creo que sea cierto que España tenga diecisiete sistemas sanitarios, pero la coordinación entre los servicios autonómicos de salud ha sido un reto permanente de los últimos años. ¿Qué propuestas concretas tiene para mejorar la coordinación sanitaria?

Ha hablado también del necesario impulso a la salud pública. La crisis COVID-19 ha mostrado la importancia vital de la salud pública y cómo la seguridad sanitaria es parte de la seguridad nacional. ¿Cuáles son sus propuestas para potenciar la salud pública en nuestro país?

Uno de los elementos que para nuestro grupo es crucial a corto plazo para la convivencia con el virus es incrementar nuestra capacidad de producción de equipos de protección, productos sanitarios y medicamentos. La crisis ha demostrado los problemas de deslocalizar la fabricación de estos insumos vitales para la seguridad sanitaria. Conocemos su defensa de la fabricación pública de medicamentos. ¿Qué papel tendría una industria farmacéutica pública y cómo se llevaría a cabo? Esa es nuestra pregunta.

Termino ya. Señor Bayle, quiero darle las gracias por su presencia hoy aquí y reiterar el compromiso de nuestro grupo en buscar acuerdos y a avanzar en esta Comisión de Reconstrucción. Me quedo con su metáfora de que pasamos del invierno a la primavera y creo que ese es el trabajo que tenemos que hacer aquí todos: pasar del invierno a la primavera reconstruyendo nuestro país económica y socialmente.

Muchísimas gracias, presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Prieto.
Señor Sánchez Bayle, suya es la palabra.

El señor **REPRESENTANTE DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA, FADSP** (Sánchez Bayle): Bueno, ¿contesto por orden?

El señor **PRESIDENTE**: Como quiera. Puede hacer las aclaraciones que considere oportunas; no tiene por qué ir al detalle si no quiere. Con libertad.

El señor **REPRESENTANTE DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA, FADSP** (Sánchez Bayle): Primero, me referiré a lo que ha señalado el diputado de Teruel Existe. Yo soy extremeño y sé bien lo que significa la marginación territorial, la despoblación y la desatención de la zona rural; lo conozco bien. Es evidente que, cuando nosotros proponemos que haya una cierta homologación de la financiación por habitante y año, eso tiene una parte de razón, pero hay muchos otros condicionantes que hay que tener en cuenta. En su día propusimos una fórmula que no tuvo ningún éxito, como casi todo lo que hemos propuesto —no nos debemos engañar—, que era la fórmula RAWP, que utilizó el servicio nacional de salud inglés para financiar los distritos y donde se establecía un conjunto de criterios, como, por ejemplo, el coste de la atención sanitaria o el coste de la cesta de la compra en esos sitios. Es evidente que vivir en Teruel o vivir en Carcaboso o en Coria —por poner sitios de Extremadura que también están muy retirados— es mucho más barato que vivir en Madrid. Tiene que ver con las condiciones sociales, con la dispersión de la población, etcétera. Creo que aplicar una fórmula sobre el número de habitantes es una manera simplificada de hacer una comparación. Evidentemente, tendría que ponderarse por envejecimiento de la población, por morbilidad, por mortalidad, por dispersión, por recursos o por nivel socioeconómico; hay muchas cuestiones. Soy consciente, perfectamente consciente de que si en un pueblo se cierra el centro de salud o el consultorio, luego se cierra la escuela, después ya se cierra el banco y, finalmente, se cierra el pueblo, en el que se quedan dos o tres señoras —suelen ser señoras— muy mayores esperando morir. Desgraciadamente, eso es lo que pasa con mucha frecuencia en el área rural y no se debe consentir.

Hay que plantearse otro modelo de desarrollo, y en el documento que les he pasado hacemos referencia a ello. Hay determinantes sociales de la salud que hay que tener en cuenta; es decir, los problemas de salud y de atención sanitaria no se solucionan solo con profesionales médicos, de

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 51

enfermería y medicamentos. Hay otras formas de solucionarlos que tienen que ver con la prevención, la promoción, favorecer los recursos y la extensión de esos recursos. En algún momento se ha hablado algo del modelo territorial. Yo no estoy en contra del modelo territorial. Una de las grandes ventajas que ha tenido la descentralización del sistema sanitario que se ha producido en este país es que antes —como digo, yo puedo hablar con conocimiento de causa— para tener una buena atención sanitaria había que venir a Madrid o a Barcelona, no nos engañemos. Con la descentralización dejó de suceder esto en gran medida. Yo antes, en mi trabajo, conocía niños que venían de A Coruña a tratarse en el Ramón y Cajal en Madrid, porque en su comunidad autónoma no había medios para hacerlo. Eso, por suerte, desapareció con la descentralización y hubo un gran avance porque se hicieron muchos hospitales de área y se acercó mucho la atención sanitaria de calidad a la ciudadanía, que es una de las cosas de las que se debe preocupar el Sistema Nacional de Salud, porque una cosa es el derecho teórico y otra el ejercicio de ese derecho en la práctica. Este es un tema muy importante y si hay alguna vez un plan integral de salud, una de las cuestiones que se tienen que plantear es cómo garantizar que el derecho a la protección de la salud, que aparece en la Constitución, se pueda ejercer en cualquier punto del país, del Estado español o como ustedes lo quieran llamar, en cualquier punto, por muy lejano que sea; sea el Pirineo de Lleida o sea Andorra, que también es un pueblo de Teruel, si no recuerdo mal, o cualquier otro sitio. Es decir, que es algo por lo que se debe preocupar el sistema y ha sido una de las cosas positivas que caracteriza a nuestro Sistema Nacional de Salud y que hace que sea apreciado a nivel internacional.

En cuanto al tema residencial, se ha hablado mucho de ello. Evidentemente, si en los modelos de prestación de servicios sanitarios hay muchas modalidades, eso hay que multiplicarlo por diecisiete, por 170 probablemente. Cuando se habla de una intervención de este tipo, lógicamente, se habla del mínimo común denominador o de una generalización, porque no se puede hacer de otra manera. Estaría muy bien —y me encanta que lo haya dicho el representante de Junts per Catalunya— que se pudiera identificar, según el modelo de organización de los servicios residenciales, cuál ha sido la penetración de la enfermedad. También hay que tener en cuenta que la incidencia en los territorios ha sido muy distinta. Hay sitios, como Canarias, donde la incidencia del COVID ha sido bajísima o sitios, como Cataluña, Madrid o La Rioja, donde ha sido muy alta, y eso hay que tenerlo en cuenta. Por lo tanto, no solamente el modelo residencial ha de ser la variable a analizar; habrá que buscar otras variables. Sería muy importante un sistema de organización sociosanitaria también integrada. Algunas comunidades autónomas tienen el área de salud y el área social integradas en cuanto a distribución y coordinación de los recursos. Evidentemente, tiene que haber una estrecha relación entre servicios sociales, atención primaria, salud pública y atención especializada u hospitalaria, o como se quiera decir. Si no somos capaces de integrar todo eso, el funcionamiento va a ser muy complicado. Cuando hablamos de potenciar la salud pública, también estamos hablando de eso.

Como dice el doctor Steegmann, seguro que me he equivocado muchas veces en mi vida, he tenido esa suerte, pero me he equivocado y lo he reconocido. Nos equivocamos todos los días; imagino que eso tiene que ver con la condición humana. A los que somos humanos —a pesar de que tengamos un nombre como el mío— nos pasa continuamente: nos equivocamos; hacemos proyecciones y luego la realidad cambia. Y precisamente debemos tener en cuenta que si cambia la realidad, también debemos ser capaces de cambiar los análisis que hacemos sobre ella, es decir, de aplicar el método científico: haces una hipótesis, la contrastas con la realidad y cuando te equivocas, tienes que variar de hipótesis; no puedes mantener la misma hipótesis que al principio porque, si no, estamos hablando de otra cosa; estamos hablando de fe y no de ciencia. Considero que eso es muy importante. Como he dicho, en el tema de las residencias eso está muy claro.

¿Por qué ha habido tanta crisis en la atención primaria? Creo que porque cuando se hace la Ley General de Sanidad se diseña un modelo público con un gran componente de atención primaria, de atención comunitaria y de atención social. Cuando ese modelo empieza a mercantilizarse e intervienen dentro de él los intereses económicos, eso se desvirtúa, porque la atención primaria no tiene ahí cabida. A una empresa no le interesa mucho la atención primaria, aparte de ser, como se dice habitualmente, el portero del sistema, es decir, un mecanismo para ordenar los flujos dentro del sistema. La resolución de problemas de salud no le interesa, le interesa la rentabilidad económica. La atención primaria ahí jugaba un papel subsidiario y, por lo tanto, ha sido, lógicamente, postergada. No nos tenemos que engañar en esto.

Alguien me preguntó al principio qué opino de los visitantes médicos. Yo creo que está claro. Cuando yo empecé el ejercicio de la medicina, los visitantes médicos podían tener alguna función beneficiosa. En aquel momento todo lo que había era sobre papel y el acceso que tenían los profesionales a las revistas científicas era muy escaso; sobre todo, la gente que trabajaba en el medio rural o fuera de los

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 52

grandes hospitales no tenía prácticamente ningún acceso y la información les llegaba mayoritariamente por los visitantes médicos. En la medida en que ahora mismo todo funciona por Internet, la red, etcétera, yo creo que no tienen ningún papel real en cuanto a mejorar la información que tienen los profesionales. El papel que tienen fundamentalmente es vender sus productos e incentivar el gasto. Hay varios estudios que señalan que, cuanto más relación hay entre los médicos prescriptores y los visitantes médicos, más aumenta la prescripción y más aumenta la prescripción inadecuada. El *British Medical Journal* tiene varios artículos sobre esto; no están hechos en España, pero creo que son perfectamente equiparables. Si no recuerdo mal, creo que la revista *Atención Primaria* también tiene un artículo sobre este particular, sobre la relación entre visitantes médicos y médicos de atención primaria y su papel de prescripción. Ahora mismo yo creo que no tienen ningún sentido.

En cuanto a la colaboración públicoprivada, todos los datos que tenemos en este país —y no solo en este país, sino en Reino Unido y prácticamente en todo el mundo— indican que significa dinero público para beneficio privado. ¿Hay colaboración? Sí, hay colaboración porque el dinero público entra en beneficio de las empresas privadas. Digamos que los fondos públicos, los impuestos que pagamos todos y todas, ayudan a asegurar los beneficios de algunas empresas. Fuera de eso, lo demás es anecdótico. Insisto en que hablo en general, porque modelos de colaboración públicoprivada hay muchos y muy diferentes y, evidentemente, alguno habrá que se salga de esa senda. Insisto en que hay mucha literatura internacional en muchos sitios.

Alguien me preguntaba por qué se produjeron los contagios en los profesionales. Los numerosos contagios en los profesionales en este país se produjeron, primero, por un motivo obvio: porque son los que tratan a los enfermos. Tiene muchas más probabilidades de contagiarse alguien que trata a los enfermos de una determinada enfermedad que quien no los trata, porque hay una gran concentración de contacto. Pero también creo que ha influido de una manera muy significativa la ausencia tan importante que hubo de material de protección. Esto tiene que ver con una de las propuestas que yo señalaba, que es la necesidad de tener un remanente importante de medios de protección que son imprescindibles. Los medios de protección en los centros sanitarios públicos en España eran muy escasos y los remanentes que había —yo lo he vivido en la Comunidad de Madrid en primera persona y creo que ha sucedido así en todos los sitios—, por un intento de eso que llaman la gestión económica, se adelgazaron de una manera muy importante. Hubo un momento —creo que fue en 2008 o 2009— que en mi hospital los almacenamientos que había de mascarillas, batas, etcétera, desaparecieron de los controles de los servicios, y ya está. Nos quedamos con lo mínimo imprescindible. Ya tuvimos problemas —ya digo que lo viví en primera persona— con la primera epidemia que después de estos hechos sufrimos con el virus sincitial respiratorio. Por suerte, es un virus que a los adultos prácticamente no nos afecta de manera grave —no sé si ustedes lo saben—, pero a los niños pequeños les afecta de una manera muy grave; en algunos casos puede llegar a ser mortal y en muchos casos requiere cuidados intensivos. Eso ya lo vivimos en primera persona. Si tienes un remanente mínimo, en cuanto se produce un exceso en la demanda te quedas sin nada de lo que tirar e inmediatamente los contagios se disparan. Yo creo que ese fue un motivo muy importante.

Y luego, evidentemente, la misma historia, es decir, no había tests suficientes; teóricamente había, pero no se hacían. Mi mujer es enfermera de atención primaria. Su médico de familia le indicó, en medio de la pandemia, hacerle una prueba del COVID-19, una PCR. Le hicieron la prueba tal que hoy y tuvo el resultado catorce días después. Pues ya está, es que es una situación inasumible. Por eso yo creo que este fue uno de los grandes problemas que magnificó los contagios dentro de los profesionales. Se ha trabajado en unas condiciones claramente inaceptables. Y luego están las mascarillas. Es evidente que debería haberse aconsejado antes la utilización sistemática de mascarillas. Sobre esto hubo informaciones bastante confusas; bien es cierto que probablemente se hizo porque se era consciente de que no había mascarillas para todo el mundo y por no crear una situación de pánico. Yo imagino que eso fue lo que sucedió, pero esto es una opinión; no tengo medios para comprobarlo, pero creo que más o menos fue así.

Otro grupo de temas tiene que ver con la financiación. Es evidente, habrá que sacar el dinero de algún sitio. Imagino que ustedes saben como yo, porque eso sale en todos los medios, que la presión fiscal de este país está 4 puntos por debajo del promedio de la Unión Europea, o sea, que a lo mejor hay algún sitio de donde sacar ese dinero. Nosotros en su día hicimos un estudio limitado a la Comunidad de Madrid. Si en la Comunidad de Madrid se hubiesen aplicado los impuestos sobre patrimonio, sucesiones, donaciones y sobre actos documentados —me parece que se llama así—, se hubiesen recaudado del año 2010 al año 2018 unos 30000 millones de euros más. La diferencia entre el presupuesto sanitario por habitante y

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 53

año de la Comunidad de Madrid y el promedio de las comunidades autónomas fue que a la Comunidad de Madrid se habían dedicado 10000 millones de euros menos. Bueno, ahí ya ven de dónde se podía sacar el dinero en este caso tan concreto. A nivel del Estado, habría que hacer las cuentas, pero yo creo que está claro que nuestro sistema fiscal deja bastante que desear, en el sentido de que hay una recaudación claramente por debajo del promedio de la Unión Europea y que hay un margen claro. También se podría mejorar no solamente obteniendo más recursos, sino gastando menos. ¿Cómo se gasta menos? El gasto farmacéutico, como ya he señalado en mi intervención, es un apartado en el que se podría ahorrar dinero de una manera bastante importante, y eso significaría tener más dinero disponible para el sistema sanitario público. Asimismo, las privatizaciones suponen unos sobrecostes muy importantes que se podrían ahorrar en el caso de que no se hicieran.

Comentaré un par de cosas más. Hay un tema muy importante que yo creo que tiene que ver con los conflictos de intereses dentro del sistema sanitario, y se ha hecho alguna pregunta relacionada con esta cuestión. Digamos que hay dos tipos de conflictos de intereses dentro del sistema sanitario que deberían abordarse y que yo creo que serían beneficiosos también desde el punto de vista económico. Un tipo de conflicto de interés tiene que ver con la farmacia, con el gasto farmacéutico. Es decir, está claro que en este momento la mayoría de la formación continuada de los profesionales sanitarios está financiada directamente por las empresas farmacéuticas, y eso, evidentemente, propicia un gasto farmacéutico inadecuado. Miren, en el número del 27 de mayo del *British Medical Journal* aparece un estudio y un editorial, que tengo aquí en las manos, sobre la relación entre los líderes médicos, en este caso de Estados Unidos, con la industria farmacéutica. Y dice que el 80% de los líderes están financiados claramente por la industria farmacéutica y que, evidentemente, propician este tipo de cosas.

Imagino que ustedes conocen, porque hoy ha salido a la opinión pública, el escándalo que ha provocado un artículo liquidando supuestamente las ventajas de la hidroxiclороquina sobre el COVID-19, publicado en *The Lancet*, en el que se han desvelado multitud de conflictos de intereses relacionados con otras empresas farmacéuticas que quieren propiciar la venta de otros medicamentos a un coste, evidentemente, muy superior al de la hidroxiclороquina, medicamento que tiene muchos inconvenientes pero que entre sus ventajas está la de que ha sido probado y utilizado en millones de personas durante muchos años y que, además, es muy barato. La utilización de los otros medicamentos de la competencia en seres humanos es mucho menor y, desde luego, su coste no tiene parangón con este medicamento. En el mundo de la farmacia los conflictos de intereses son muy graves.

La otra cuestión de conflictos de intereses es la que tiene que ver con la conjunción de intereses entre quienes trabajan en el sector público y en el sector privado. Ahí se crea un conflicto de interés que es inaceptable. Nosotros en su día defendimos de una manera muy clara la dedicación exclusiva de los profesionales del sistema sanitario público, incluso la defienden las propias grandes empresas del sector privado. Novartis no dejaría que nadie que trabaje en Gilead o en Merck trabaje en su empresa; se les exige dedicación exclusiva. Eso si hablamos del sistema sanitario, pero sucede en cualquier otro sector donde exista competencia.

Se ha hablado del PIB como indicador impreciso. Pues es verdad. Es un indicador impreciso, pero es el que se utiliza habitualmente para comparar países. Tenemos algunos problemas que son reales. Es decir, no sabemos cuál es el gasto sanitario ideal, por decirlo de alguna manera, y la comparación se hace siempre en porcentajes del PIB, en dólares, en poder paritario de compra, como hacen la OMS o la OCDE, o en euros por habitante y año, como hace la UE. Son unos indicadores que, de alguna manera, estabilizan, y nos valen para hacer una comparación, que es claramente aproximativa. No hay ninguna certeza de que esta sea la mejor comparación, ni de lejos. Por eso, nosotros creemos que es muy importante tener un plan integrado de salud, porque hay que identificar cuáles son los problemas de salud, cuáles son los medios que necesitamos para resolver esos problemas de salud y, luego, cuantificar económicamente qué significa eso. Mientras no tengamos eso, nos seguiremos moviendo por aproximaciones, que nos son útiles de alguna manera, pero tenemos que ser conscientes de que son aproximaciones.

Alguien me preguntó por cómo lo había hecho el Gobierno. Lo primero que hay que decir es que el Gobierno se ha encontrado con un problema que todos los que no estamos en el Gobierno nos podemos felicitar de no habérselo encontrado. Esto es lo primero que hay que tener claro. Es un problema muy complicado, no se sabía por dónde iba a salir. Yo he vivido cuatro crisis sanitarias como esta, algunas más en primera persona y otras menos: la de la colza, que no sé si ustedes recuerdan; la emergencia del VIH/sida, que en su momento tampoco se sabía cómo se contagiaba ni cómo se abordaba; la de la gripe A y esta pandemia. Siempre que empieza un problema de este tipo hay una tremenda incertidumbre: no se

DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Núm. 92

2 de junio de 2020

Pág. 54

sabe muy bien qué magnitud tiene el problema, cuáles son los mejores medios para abordarlo ni qué es lo que se debe hacer. Por ejemplo, en la época de la gripe A no sé si se acuerdan ustedes que una de las grandes críticas que todos hicimos fue que el Ministerio de Sanidad había hecho un acopio espectacular de medios, que luego hubo que tirar, que quemar y destruir. También recuerdo que el partido que estaba entonces en la oposición criticó durísimamente al Gobierno, porque, en lugar de comprar dos millones de vacunas, tenía que haber comprado diez; y en lugar de haber comprado dos o tres millones de dosis de Tamiflu, tenía que haber comprado cincuenta. Bueno, yo creo que hay que ser conscientes de que nos hemos movido en una situación de manifiesta incertidumbre.

Sobre si va a haber un rebrote, yo creo que entra dentro de lo bastante probable; porque, por todas las pruebas que tenemos, el porcentaje de población que ha sido infectada ha sido relativamente bajo y, por lo tanto, el número de personas que están protegidas frente a una nueva infección también es relativamente bajo. Y cuando venga el próximo otoño, las condiciones climatológicas volverán a favorecer la expansión del virus, o eso parece lo más razonable pensar. Pero, si tengo suerte y vuelvo a hablar con el doctor Steegman, a lo mejor me tiene que recordar mis palabras porque me haya equivocado del todo. Puede suceder, no lo no lo pongo en duda, pero puede pasar. **(El señor Steegman Olmedillas pronuncia palabras que no se perciben)**. No me atrevo a decir que vaya a pasar eso, pero yo creo que entra dentro de lo razonable pensar que va a suceder.

Ahora bien, es cierto que si hay un rebrote pasarán dos cosas; primero, que tenemos ya una cierta experiencia de cómo manejar el problema, y esa experiencia te da otra capacidad de abordaje; la población tiene una idea más clara de cuáles son las limitaciones que tiene ante esta situación de salud, y esperemos que esta Comisión haya arbitrado mecanismos suficientes para reforzar el sistema sanitario público para que pueda responder en mejores condiciones.

Nada más, me han dicho que tenía que acabar, pues aprovecho.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, doctor Sánchez Bayle, por su comparecencia, por sus explicaciones y también por la aportación de propuestas que, seguro, utilizaremos para nuestros trabajos.

Antes de levantar la sesión, les recuerdo que el jueves tenemos otra, que empezaremos a la una o al finalizar el Pleno, con la vicepresidenta cuarta. Después tendremos a la Federación Española de Municipios y Provincias. Y, luego, ya por la tarde, a las cinco y media, al Consejo Escolar del Estado y a la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas.

Hasta entonces, se levanta la sesión.

Muchas gracias.

Eran las seis y cuarenta y cinco minutos de la tarde.

CORRECCIÓN DE ERROR.

En el Diario número 87, sesión número 4, de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, celebrada el día 26 de mayo de 2020, en la portada y en la página 2 el número expediente de la comparecencia de la señora vicepresidenta primera del Gobierno, ministra de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática es el 213/000410.

cve: DSCD-14-CO-92