

TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO
SANIDAD Y SALUD PÚBLICA
COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA
SESIÓN N.º 3 , CELEBRADA EL VIERNES 5 DE JUNIO DE 2020
(Sin presencia ni corrección por parte del personal del Departamento de
Redacción del Diario de Sesiones)

Se abre la sesión.

CELEBRACIÓN DE LAS SIGUIENTES COMPARECENCIAS:

- DE D.^a CARMEN FERRER ARNEDO, ENFERMERA. HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA SAN JOSÉ Y SANTA ADELA.

La señora **COORDINADORA**: Buenos días. Se abre la sesión. El orden del día de hoy cuenta con la celebración de seis comparecencias.

Iniciamos la primera con doña Carmen Ferrer Arnedo, a la que le damos la bienvenida a este grupo de trabajo. Tiene la palabra.

La señora **FERRER ARNEDO** (enfermera del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela): Muchas gracias por invitarme. Es para mí un honor que crean que tengo algo interesante que contarles y poder ayudarles en sus decisiones.

Me llamo Carmen, soy enfermera y trabajo en el Sistema Nacional de Salud desde hace 40 años ininterrumpidamente. He trabajado en la práctica

clínica, he tenido puestos de gestión, en la Comunidad de Madrid es sido directora de enfermería en diferentes áreas de salud, también he sido gerente en un área de salud y en un hospital de media estancia, he coordinado la estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud desde el año 2012 hasta que me relevaron hace tres meses y dirijo un máster de Humanización. Les cuento esto para que sepan un poco que, al fin y al cabo, soy una enfermera, pero que voy a intentar hacer una aportación desde mi experiencia personal de estos años de trabajo.

Cuando estaba preparando qué podía traer a esta sesión de hoy, he estado viendo que, a lo mejor, podía contestar a la pregunta: ¿qué podemos aportar las enfermeras y los enfermeros para el fortalecimiento del sistema? O ¿qué oportunidad aportan las enfermeras con su conocimiento y su experiencia como colectivo a esta necesidad de cambio tras esta situación de crisis? Primero vamos a dar unas pinceladas de qué es una enfermera y qué podemos aportar. Y luego cuatro puntos, qué hemos aprendido con esta crisis, qué problemas hay, que a mí me parece que podría ser interesante tocar alguno de todos los que ha habido. Después, todo el mundo habla que hay que hacer algunas cosas para mejorar la organización y, sobre esos puntos, qué pueden aportar las enfermeras. Luego, qué cosas podríamos hacer a corto plazo en su proyecto, porque es importante hacer cambios y que se note que podemos mejorar a corto plazo, y luego a medio y a largo plazo, y qué podemos aportar las enfermeras a nuestro Sistema. Y luego, dónde podemos estar las enfermeras.

Primero vamos a hacer algún recordatorio. Como saben, somos el mayor grupo de profesionales universitarios que están en el Sistema Nacional de Salud, somos 240 000, un bien volumen de personas y profesionales. Y repito que somos profesionales universitarios, esto es interesante porque se supone que podemos asumir responsabilidades de una

manera efectiva. Damos coberturas de servicios de una manera continuada al Sistema con un sistema de turnos, quiere decir que estamos presentes a lo largo del funcionamiento del Sistema 24 horas, 365 días al año, y de una forma estática, con lo cual es fácil calcular recursos cuando hacemos y generamos estructuras de cambio. Somos un grupo bastante coste-efectivo, una enfermera gana unos 24 000 euros al año. Esto también es interesante saberlo. Tenemos alta capacidad de resolución y de gestión, esa es una competencia que adquirimos en la formación básica, lo que quiere decir que las enfermeras saben hacer gestión. Disponemos de una sistemática desde hace años, cuando abandonamos la idea de las diaconisas, que nos permite identificar y abordar problemas de cuidados que tienen las personas y aportar soluciones, y responsabilizarnos de estas soluciones. También en nuestra formación básica tenemos un perfil técnico y tecnológico, lo que significa que esto nos puede permitir realizar innovación, aportar algo en los sistemas de información, gestionar tecnologías de apoyo para los ciudadanos o trabajar con nuevas tecnologías de la comunicación. Y, lo más importante, el nivel de compromiso de las enfermeras y de los enfermeros con el Sistema Público de Salud y con la sociedad, en general, es excepcionalmente elevado, y esto lo hemos demostrado en la última crisis.

Las enfermeras y enfermeros tenemos competencias propias en el ámbito del cuidar, seguramente aportaremos aquí cosas que le vendrían bien al otro grupo de trabajo que habla de sistemas de cuidados. Podemos compartirlo. Acompañamos a los ciudadanos desde que nacen hasta que se mueren, y les sustituimos cuando ellos no pueden cuidarse por sí mismos, cuando les falta el conocimiento, la voluntad o la fuerza, como dice Virginia Henderson, que es una de nuestras maestras. Esto quiere decir que, cuando el ciudadano no puede cuidar de sí mismo, nosotros le sustituimos. Y esto tiene que ver con el cuidado básico y con la complejidad de los cuidados.

Hay profesionales que hacen esto. Tenemos capacidad para asumir responsabilidades y tenemos una posición muy privilegiada, y es que estamos al lado de los pacientes, conocemos de primera mano sus problemas, y podemos aportar soluciones con ellos, lo que nos da una posición muy interesante.

No quiero consumir el tiempo que me han dado planteando una lista de quejas y reivindicaciones. Lo que simplemente quiero hacer es dar visibilidad a lo que nosotros hacemos, qué somos capaces de aportar al sistema, por si ven que lo que yo les propongo les puede servir para su proyecto de reestructuración.

Como les decía, voy a hacer la intervención en diferentes bloques. Empezamos por el primero. Esta crisis ha puesto de manifiesto algunos problemas que ya estaban, que se han venido gestando a lo largo de una década y que se ponen de manifiesto. El primero, muchas personas hablan de él, es que todavía estamos en un sistema reactivo. La crisis ha llegado al Sistema y estamos preparados para abordar problemas agudos, pero no estamos muy preparados para reaccionar ante una pandemia, y eso que hace 11 años tuvimos una, pero todavía somos reactivos. Y es importante mirar a ver qué podemos hacer con esto. Lo siguiente es que hemos priorizado el valor vida, fenomenal, es importante, pero nos hemos dejado otros valores que también son importantes para las personas. Las personas han sufrido soledad, aislamiento, incertidumbre, miedo, y estos son elementos muy relacionados con la práctica de los cuidados enfermeros, están muy próximos a la vida cotidiana, y, desde luego, en modelos organizativos centrados en las personas. Así que, aquí, seguramente deberíamos pensar hacer alguna cosa. Desde luego, se ha puesto de manifiesto la carencia de una estrategia real de cuidados dentro del Sistema. Vemos que tenemos una población con una baja alfabetización en salud, y, por tanto, con una capacidad de respuesta

que ha tenido que ir adaptándose paulatinamente. Vemos todavía personas que se quitan la mascarilla, ¡a mí nadie me impone la mascarilla! Tenemos que trabajar esto, la corresponsabilidad, porque los ciudadanos deben responsabilizarse de su salud. Es importante trabajar esto cuando vemos esta poca proactividad.

La atención primaria no ha tenido un enfoque claro, no ha ido reajustándose en función de la demanda. En el caso de las enfermeras esto ha implicado que se han relegado cosas que tienen cometidos específicos, como son el seguimiento de los pacientes crónicos, la vacunación infantil, la educación para la salud, la supervisión de la dolencia terapéutica o el entrenar a los cuidadores en una alta temprana. Esto no lo hemos dejado, pero vamos a pensar cómo podemos combinar las dos cosas.

En definitiva, aspectos que deberíamos intentar corregir si realmente queremos reestructurar y fortalecer nuestro Sistema, y pensamos que la mayor presencia de las enfermeras y un liderazgo en servicios de cuidados podrían trabajar este fortalecimiento.

Esto de la crisis. Vamos a la segunda parte. Hay un consenso bastante importante entre los expertos sobre cómo mejoraríamos y fortaleceríamos el Sistema si abordamos estos puntos, y yo aquí lo que les voy a plantear es qué podemos hacer las enfermeras en estos puntos. El primero, el manido, mejorar la coordinación, todo el mundo dice que hay que mejorar la coordinación. Miren, les voy a ser sincera, a lo mejor, la palabra coordinación no deberíamos usarla tanto, y deberíamos utilizar el término colaboración, vamos a intentar colaborar el ámbito social y el ámbito sanitario. Y colaborar no es medicalizar las residencias, habrá que trabajar de otra manera. Yo pienso que hemos aprendido que se requiere un plan de cuidar de forma segura, y esto hay que trabajarlo para el futuro. Y ahí creo que las enfermeras podemos hacer algunas cosas y podemos aportar bastante.

El segundo elemento del que hablan los expertos es: mejoremos la continuidad asistencial. Pero esto no es mandar informes al alta a la atención primaria desde los hospitales, sino buscar a las personas el recurso sanitario que necesitan en cada momento, el mejor recurso para su problema en ese momento. Eso supone un cambio, pero tenemos experiencia, tenemos enfermeras de continuidad asistencial, hay muchos en el País Vasco, en Andalucía, tenemos enfermeras de enlace, tenemos gestores de casos... tenemos bastante experiencia, llevamos 20 años con esta experiencia. Y estas experiencias han generado evidencia científica porque parecen buenas para los ciudadanos, así que este modelo seguramente sería exportable, podríamos trabajar en él. Y la continuidad no es “llévate a este paciente de aquí a otro sitio”, no, busquémosle a este paciente, que quiere hacer recuperación funcional, un lugar para que la haga bien, y si se puede recuperar en un hospital de media estancia, busquémosle hueco, y no le mandemos a una residencia asistida, porque ahí no lo va a hacer, así que, esforcémonos un poco para que haya alguien que acompañe a los ciudadanos y que sea profesional sanitario, porque conoce el nivel de dependencia de cuidados, sabe lo que le puede pasar, y trabaja dentro de los equipos.

Tercero. Potenciar los cuidados a domicilio. Esto lo sabe todo el mundo. Quiero recordarles que el domicilio no está en la cartera de servicios, el domicilio es lugar de atención. Muchas veces se ha hablado de la atención domiciliaria y todo el mundo habla de ello, hay que ir al domicilio, de la importancia de las enfermeras comunitarias en el domicilio, sí, sí, pero cuando uno revisa los indicadores hay un párrafo de tres líneas que dice que el 7 % de la actividad de las enfermeras es en domicilio. Ya, ¿y? ¿qué quiere decir eso? ¿0,5 es mucho o poco? 1,2 ¿qué es? Con indicadores me refiero a ir más allá de la vaca, a las ubres, y perdón por la expresión. Seguramente, para hablar de atención y potenciar la atención domiciliaria, que, desde

luego, las enfermeras estamos dispuestas a liderarla, significa que tenemos que ver exactamente qué es lo que queremos hacer, para qué la atención domiciliaria y qué objetivos buscamos con ella. Y no sigamos hablando de si es mucho o poco 1,2, 3,5, a mayores de 65 y nos dejamos a los jóvenes con ELA. Ahí las enfermeras queremos trabajar en rediseñar y en el para qué, para qué queremos el domicilio, y, por supuesto, liderar a los equipos y hacer de esto un servicio.

Promover la capacidad de resolución de la atención primaria es el otro elemento. Todo el mundo lo dice, y es verdad. Ahí las enfermeras jugamos con un elemento de visibilidad importante, casi todas las comunidades autónomas han reconocido a los ciudadanos el derecho a elegir enfermera. Ese es el primer paso para cuidar, que se pueda establecer relación, que yo pueda elegir a mi enfermera con la que trabajar. A partir de ahí, ¿qué van a hacer las enfermeras comunitarias del siglo XXI? Está muy claro, tienen que capacitar a las personas para que cuiden de sí mismas, acompañarlas, apoyarlas y sustituirlas cuando no pueden cuidar de ellos mismos. Y desarrollar estrategias de autogestión y autocuidado; esto lo dicen todos los modelos que hablan de la cronicidad, y el autocuidado -perdónenme- no es esto de “hágase usted el favor de cuidar”. El autocuidado es otra cosa, y hay que invertir en él tiempo, negociación, formación, etcétera.

Por supuesto, tenemos una organización de los centros de salud. En los años 80, cuando llegamos las enfermeras comunitarias a la atención primaria, miramos a los médicos de familia y nos organizamos como ellos, ese era nuestro modelo. Han pasado 40 años y seguramente todos debemos repensar cómo nos organizamos. En esta pandemia hemos visto que las enfermeras podemos hacer muchas cosas.

Aquí quería hacerles una pequeña puntualización, la única queja que voy a hacer. Si las enfermeras en este momento están trabajando en Salud

Pública, buscando los casos, en una vigilancia epidemiológica, por favor, que nadie nos llame rastreadoras, es un término feísimo y desprecia a las enfermeras. Además, cómo la población va a identificar que somos profesionales competentes que hacemos cosas si siempre hay alguien que se le ocurre mandarnos a la trastienda del Sistema. Por favor, somos enfermeras, no rastreadoras, que suena fatal.

El último elemento es potenciar la digitalización y el telecuidado. Por supuesto, estoy totalmente de acuerdo. Tenemos personas en el mundo rural que dicen que allí no hay recursos, pues el telecuidado y la telemedicina son buenas herramientas que tenemos que potenciar, porque están en otros lugares. Fíjense, el Ejército hace mucha telemedicina, que lo hace muy bien, y ellos pueden enseñarnos con su experiencia cómo lo han hecho a lo largo de los tiempos, operan en buques y yo qué sé, con lo cual el telecuidado también se puede aplicar. ¿Y cómo aplicaríamos la digitalización? Nosotros podemos asesorar a los ciudadanos en la utilización de dispositivos de apoyo para cuidar de sí mismos, no todo vale para todos, hay que elegir lo que sea mejor para cada uno en función de sus capacidades. Y, por supuesto, en el telecuidado tenemos enfermeras especialistas y de práctica avanzada, y podíamos perfectamente trabajar en redes de conocimiento compartido a través de la tecnología.

¿Qué otras cosas, además de esto, que lo dice todo el mundo? El autocuidado a veces ha carecido de valor para el Sistema como servicio. Se considera, y se han considerado, los cuidados profesionales como cuidados informales, y no lo son, tienen la misma raíz, pero no son iguales, no pone igual el termómetro una enfermera que una mamá, aunque sea el mismo acto, así que no podemos utilizar profesionales para hacer cuidados que requieren formación y conocimiento.

Hay una gran descoordinación entre la idea de salud individual y salud

comunitaria, ahí no hemos trabajado mucho y podríamos hacer cosas, y las enfermeras estamos dispuestas a hacerlas. Podemos ser ese nexo de unión entre estos dos elementos, porque no pueden ir cada uno por un lado, tenemos que estar de forma coordinada e integrada. Por supuesto, se ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad y la desigualdad en la protección de la salud en esta pandemia y también deberíamos de hacer cosas.

Hay una sobreutilización de la tecnología diagnóstica, lo que va en detrimento de las personas en el valor del cuidado y de uno mismo. Las cosas sencillas que uno hace por sí mismo son de lo mejor, ¿qué es lo que más evidencia tiene? ustedes lo saben, hacer dieta mediterránea, ejercicio activo regular, no fumar, no beber, no automedicarse. Y esto tiene mucha evidencia, luego, ¿por qué no decimos que esto es bueno y no solamente la sobreutilización tecnológica? Sin duda alguna, necesitamos un proyecto integrador, y les propongo que este proyecto tenga algunas estructuras, que a las personas les pasan cosas más allá de un diagnóstico de una enfermedad, las personas tienen que tener una reacción, tienen que ser capaces de afrontar las situaciones, de la autoeficacia, ser positivos, porque en ellos hay muchas cosas, y ahí tenemos la capacidad de las personas para responder. Tenemos que salir de la medicalización de la vida, esto se ve diariamente en los periódicos, cada paciente tiene que estar en el recurso que necesite en cada momento, no vale todo para todos, y esto hay que trabajarlo. Hay que desarrollar redes de cuidados comunitarios, que podamos utilizarlas para dar cobertura a los ciudadanos. Las enfermeras conocemos bien las necesidades que tienen las personas de forma individual, también conocemos los recursos personales que tienen en su entorno, y, desde luego, podríamos aportar mucha agilidad a las respuestas, lo que ayudaría a disminuir la desigualdad.

¿Qué podemos incorporar? Hay que hacer cosas a corto plazo que ya podemos tener sobre la mesa y cosas a medio y largo plazo que suponen una

gran reestructuración. Como les decía, las enfermeras tenemos responsabilidades propias y podemos hacer cosas, todo tiene que ver con la capacidad del cuidado. Y, ¿dónde? en el domicilio, desde luego, la capacidad de educar y de potenciar el cuidado y el autocuidado de las personas y de los cuidadores, la gestión de casos, el liderazgo de estructuras organizativas de cuidados seguros, esto ya podríamos empezar a hacerlo, porque está encima de la mesa y hay experiencias interesantes.

Cuando llegamos a los años 80, alguien publicó en el antiguo Insalud una circular que se llamó *Cómo se organizan las enfermeras en atención primaria*. Circular del señor Morlote que se ha puesto amarilla en todos los cuadernos de las enfermeras gestoras, anda que yo no la he usado, si él lo supiera. En esta circular interesante decía que de lo de las enfermeras, a los domicilios, a esta rasta de ciudadanos con estos problemas, y la intervención educativa a este grupo poblacional, y esto es cosa suya, señoras y señores, pero esto luego se fue diluyendo. A lo mejor deberíamos releerlo, podríamos hacer cosas. De las enfermeras gestoras de casos hay experiencia de 20 años, va bien y hay evidencias sobre este proyecto, hay muchas publicaciones, así que no voy a hablar de esto, pero es importante la cronicidad avanzada. Cualquier gestor de casos, no las enfermeras como gestoras de casos, y no pasa nada, está bien.

Por supuesto, la prestación de servicios de la cartera en el ámbito residencial y la supervisión de los cuidados allí donde se prestan. Esto es importante y las enfermeras deben poder hacerlo. El trabajo de las enfermeras especialistas aquí sería importante. Diariamente, las enfermeras valoran el nivel de dependencia que tienen los usuarios y su capacidad funcional en el ámbito comunitario, pero esta información que está en las historias clínicas no la utiliza nadie, luego hay un ciudadano al que le van a dar la dependencia y otro le hace la valoración, ¿pero por qué no cogen los

datos de aquí? ¿porque los ha hecho la enfermera comunitaria? Pero si es la enfermera del paciente, si va todos los días a verle. Utilicemos la información unos con otros, porque si no, al final estamos siempre haciendo como Penélope, hacer y deshacer.

El apoyo de las enfermeras a los cuidadores. Esto es clave, los cuidadores son superimportantes, y debe convertirse en un servicio de la cartera que deben liderar las enfermeras. Los cuidadores son claves en la cronicidad, pero hay que hacer cosas, no es solamente “encárguese de su familiar”, porque los cuidados hoy son complejos, no es como antiguamente, que alguien enfermaba y se estaba ahí, no, el cuidado hoy en la cronicidad dura tiempo. Hay una cosa que se llama “claudicación” y otra “cansancio”, luego tendremos que desarrollar estrategias de respiro, porque si no, no tendremos cuidadores, porque cuando un cuidador claudica, se acabó, así que pensemos en ellos. Hay un servicio que es muy sencillo de hacer y es montar escuelas de cuidadores en los hospitales, como un servicio más, mientras estemos allí el tiempo puede ser terapéutico, ¿quiere usted que le entrenemos en hacer una transferencia? ¿quiere usted que le ayudemos a gestionar la dieta? ¿quiere usted que le enseñemos a preparar una textura? Dirán ustedes que esto es una tontería, pero no, esto es la vida cotidiana, y esto tiene que ver con los cuidados, y cuando una persona tiene deterioro en la deglución y alguien no le sabe dar de comer, ese paciente va a la urgencia, tiene una aspiración e igual hasta se muere. Así que, tenemos cosas que hacer sencillas en las escuelas enseñando a las personas, porque, en general, no saben realizar este tipo de cuidados. Y cuando hayamos preparado a los ciudadanos allí, luego están las enfermeras comunitarias que continuarán con la formación a través de sus grupos de educación para la salud, a través de su apoyo a los cuidados en el ámbito domiciliario, etcétera.

Voy a ir terminando. Otro elemento interesante, el alta hospitalaria,

que ya dejó de ser un acto, hemos aprendido que el alta es un proceso en el que tienen que intervenir todos, que, aunque la firme el médico -que no tenemos ningún inconveniente, por supuesto- hay que preguntar: oiga, ¿a este paciente le viene a ver su familia? ¿le estamos entrenando y camina por el pasillo y necesitaría estar dos días más porque el fisioterapeuta está con él? ¿tiene soporte en casa? ¿qué vamos a hacer con él? Porque si no, luego vuelve a la urgencia. Es un proceso que se hace en equipo, yo he trabajado de gerente en un hospital y esto era el *aeiou*, el equipo se reunía y decía si se le podía dar el alta al paciente o no, si se le dejaban dos días más porque se estaba entrenando a su cuidador para que se lo llevara a casa. Así que, esto del proceso es importante, y no solo en los hospitales de media estancia, en todos los hospitales hay que considerar el alta un proceso, no un acto, fue un acto, ahora ya no lo es. Esta es una manera de trabajar diferente y creo que es buena para los ciudadanos.

Hemos aprendido de la crisis la idea de la corresponsabilidad, los ciudadanos son responsables y deben ser proactivos, y debemos hablar de ciudadanos activos en salud. Y activos significa que hago cosas por mí mismo porque las entiendo, no porque me las mandan, sino porque entiendo que es bueno para mí. El mejor médico de un paciente es él mismo. Plantearle a las personas que si se someten a un riesgo, es un problema, que si fuman es un problema, pero no solo “no fume que es malo”, sino trabajar con los ciudadanos para buscar motivaciones para buscar motivaciones, para que sean capaces de evitar el tabaco, o hacer una dieta adecuada en lugar de tomar un fármaco, esto es un trabajo de capacitarte en el autocuidado, esto no se hace solamente diciendo “haga usted el favor de no hacerlo”, porque sabemos que así no funciona. Fíjense en la obesidad, no quiero decir nada de ella, pero si invirtiésemos un poco en intentar trabajar hábitos saludables, y las enfermeras podemos jugar ahí un papel interesante, fíjense en lo que

cuesta la obesidad y la de problemas que trae a las personas de forma individual y a las sociedades.

En resumen, querría decirles que las enfermeras somos profesionales, que aportamos esta idea de capacitar a los ciudadanos en el autocuidado y que tenemos la posibilidad de hacer cosas desde el enfoque sanitario y desde el enfoque social, que podemos asumir un liderazgo enfermero en estructuras centradas en las personas, ya les he dicho que la humanización es importante, porque las personas no deben ser Calimero, las personas tienen capacidades y debemos ser capaces de que se pongan encima de la mesa. No hay que generar confusión, no es lo mismo una residencia que un hospital, las residencias tienen una misión y los hospitales otra, y cuando esto se confunde, se confunden los ciudadanos y nos confundimos nosotros, así que, cada uno que haga lo que sabe y llevemos al ciudadano al recurso que necesite. El envejecimiento y la cronicidad ha traído cuidados complejos en la alimentación, en la vida cotidiana, y eso requiere de enfermeras, no lo puede hacer cualquiera, porque hay que valorarlo. El ejemplo del deterioro en la deglución es clave. Es importante poner en valor esta idea del cuidado complejo en la vida cotidiana, y ahí las enfermeras tienen que hacer un buen trabajo. Y, además, entender que la complejidad en el cuidado básico trae riesgos para los ciudadanos. No estamos hablando de cualquier cosa, es importante y requiere de profesionales que trabajen en esta línea.

Lo que les digo es que lo que hacen las enfermeras, que tienen un coste anual de unos 24 000 o 25 000 euros, no deben hacerlo otros profesionales que cuestan tres veces más. Cada uno debe hacer lo que sabe y a un coste adecuado.

Deberíamos asignar las responsabilidades en función de nuestras competencias. La intervención educativa yo creo que es un ejemplo claro de esta idea de reestructuración y de volver a repensar qué hacer; por supuesto,

la supervisión en el cumplimiento terapéutico es clave, hay que trabajar la adherencia y esto se puede hacer muy bien desde el ámbito de los cuidados; la atención domiciliaria; la promoción y el acompañamiento hasta la muerte de los pacientes; el trabajo en la media estancia; o la creación de unidades de cuidados complejos, que ahora no existen y a veces tenemos que tener situaciones intermedias del hospital a casa, a lo mejor tenemos que trabajar si necesitaríamos este tipo de unidades para convalecencias especiales o para otro tipo de necesidades.

Ya voy terminando. ¿Dónde pondríamos enfermera? Yo les diría que en cualquier sitio donde hay un sistema de cuidados en donde se necesite a la enfermera como experto. Existen muchos lugares. Lo que sí les digo es que nosotros estamos aquí, tenemos una formación, tenemos una responsabilidad, somos muchas y muchos, y, desde luego, estamos dispuestos a trabajar en la reestructuración, solamente queremos que se nos deje participar en el diseño de los *para qué*, porque estamos dispuestos a asumir responsabilidades y a dar lo mejor de nosotros que tiene que ver con el ámbito del cuidar.

Muchas gracias por escucharme. Estoy a su disposición.

La señora **COORDINADORA**: Muchísimas gracias, señora Ferrer.

Comenzamos con el debate, si les parece, hasta que sepa si están todos los grupos los voy a ir citando y luego ya nos vamos acostumbrando. Tiene la palabra el PNV.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Muchas gracias por venir a este grupo de trabajo y por las explicaciones que nos ha dado.

Algunas preguntas en relación con los aspectos que usted ha mencionado y con el perfil con el que entiendo que se le ha invitado a este

grupo de trabajo. Usted es miembro del colectivo de la Enfermería y, por tanto, querríamos saber, en el ámbito de las competencias del Estado, si usted considera, en cuanto a la práctica clínica para poder avanzar y mejorar, si en el decreto de especialidades de la Enfermería no habría que incluir algunas de las especialidades que siguen pendientes como la atención a Urgencias, Emergencias o Cuidados Críticos, que son una reivindicación -entendiendo histórica del colectivo, pero parece que siempre quedan pendientes de incluirse y servirían para atender mejor a situaciones críticas como la que ha llevado a la constitución de este grupo de trabajo. Yo le he puesto un ejemplo, tal vez usted nos podría proponer más especialidades que podrían entrar en ese decreto.

En cuanto usted es enfermera de la Cruz Roja, si me permite, también le haría una pregunta relacionada con la ayuda humanitaria. Dice que nunca estaremos del todo a salvo hasta que todos en el mundo estemos a salvo, porque estamos ante una pandemia global. ¿Cuáles son las propuestas que, desde el ámbito de la ayuda humanitaria, y usted como representante de la enfermería, se podrían hacer a nivel global, dado que es también una pandemia global?

En el ámbito de la gestión. Usted nos ha dicho que, como enfermera, también ha trabajado como gestora de un hospital. Hay quien está planteando que en los planes de contingencia de gestión hospitalaria, por ejemplo, se tenga que garantizar que la contratación del personal tenga que ser con contratos mínimos de un año. ¿Usted cree que eso, desde un punto de vista práctico, es una propuesta realista? Es decir, ¿usted podría, desde la gestión hospitalaria responder a situaciones críticas que surgen sin poder sustituir en un caso urgente una baja, unas vacaciones, ese tipo de situaciones que son de periodicidad más corta?

En el ámbito del modelo, usted ha estado hablando de distintos

modelos. En Euskadi, y en general en el Estado, el modelo que tenemos en el ámbito de los cuidados es un modelo institucionalizado. Usted se ha referido a que habría que potenciar la ayuda a domicilio, ¿hay, a nivel europeo, algún modelo en concreto que le parezca referente en el ámbito de los cuidados?

Se ha hablado de estrategias de cuidadores, historia clínica única. Nosotros, en Euskadi, tenemos modelos avanzados y estamos apostando porque el ámbito sanitario y social trabajen de forma conjunta. Hay un debate y un dilema, usted tendrá opinión, sobre si lo que tiene que haber es una convergencia de ambos ámbitos, del sanitario y social, constituyendo un único ámbito, el ámbito socio-sanitario, que tuviera identidad y entidad propia como tal, o, si lo que tiene que haber es una convivencia entre dos ámbitos estableciendo unas conexiones donde fluya la información a través de esos trabajos conjuntos, historias clínicas compartidas, y demás.

La gobernanza multinivel nos parece que es otro tema que se debe abordar. En nuestro caso, el sistema competencial hace que en el ámbito de ayuda a domicilio el ámbito municipal tenga una importancia determinante, en el ámbito social las diputaciones forales son las competentes, y en el ámbito sanitario el Gobierno Vasco es el que tiene la competencia exclusiva. La gobernanza multinivel es determinante, ¿usted apuesta por este estado descentralizado que nosotros defendemos porque consideramos que ha tenido muy buenos resultados?

Gracias.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el representante del Grupo Ciudadanos.

El señor **DÍAZ GÓMEZ**: Muchas gracias.

Buenos días, señora Ferrer, muchas gracias por ser tan didáctica en la exposición. La verdad es que me ha pisoteado muchas de las preguntas que le traía porque las ha respondido de forma muy clara. Decirle que conozco bastante bien su profesión, la tengo en casa, y cuando pienso en alguna profesión vocacional quizás es la primera que me viene a la cabeza, y sepa que tienen toda mi admiración, y no solo respeto, les sigo de forma casi fanática. Muchas gracias por el trabajo que han desarrollado durante toda esta crisis, que ha ido mucho más allá de lo exigible.

Como sé que la capacidad de responder preguntas es muy limitada y somos muchos grupos, voy a intentar sintetizar muy bien en dos o tres preguntas lo que me gustaría saber. Me ha parecido entender de su intervención que no es la medicalización de las residencias la solución, si pudiera ahondar en cuál es su opinión en cómo gestionar la atención en residencias, tanto en periodos normales, que esperemos que sean los más posibles, como en situaciones de crisis.

Por otro lado, también ha hecho mucho hincapié en la necesidad de la enfermera didáctica, que enseñe el autocuidado, ¿este autocuidado es solo para personas que los necesiten o cree usted que esta formación debería ir al conjunto de la población a través de, por ejemplo, una figura como la enfermera escolar? No sé si es el término adecuado, pero una enfermera que pudiera impartir esta formación de forma generalizada y no solo en los colectivos donde se necesita.

Por último, creo, pero igual puede ser una impresión, porque yo no he estado sobre el terreno, que no se ha aprovechado la capacidad de la enfermería a la hora de la detección del coronavirus durante la crisis. Creo haberle visto promover el hecho de que podían ustedes haber colaborado en la detección y en la realización de test durante este proceso, y, a raíz de esto, del papel de la enfermería de cara al futuro, aparte de mejorar o de seguir la

adherencia terapéutica de los tratamientos, ¿cree usted que deberíamos desarrollar mejor la capacidad que ya tiene reconocida la enfermería en alguna norma de recetar en alguna intensidad o en medicamentos concretos?

Muchas gracias.

La señora **COORDINADORA**: A continuación, por el Grupo Parlamentario Confederal Unidas Podemos-En Comú Podem-En Galicia tiene la palabra la señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Bienvenida.

Estoy completamente de acuerdo con todo lo que has dicho. Yo, hasta hace tres meses, estaba en funciones de médico y yo sé lo que es la enfermería. Sin la enfermería el Sistema no funciona, pero todas estas propuestas y los problemas previos que tú estás poniendo, todos sabemos que están arrastrando un problema de muchos años que la propia enfermería viene denunciando, como es el problema de los ratios, hay una infrafinanciación clara que hace que haya poca enfermería, tanto con respecto a los médicos como respecto a la población. Lo que ocurre es que ese problema se ha hecho más acuciante durante la pandemia, pero ya existía previamente. ¿Qué opina de la importancia de la ratio médico-enfermería, enfermería-población y del problema fundamental, que es de financiación?

Cuando habla de humanización, que me parece una buena palabra, hay que pensar en cómo se compatibilizan los recortes, la infrafinanciación, y, de ahora en adelante, con la financiación que venga. ¿Qué va a pasar?

Me ha gustado mucho lo que ha dicho del control por telemedicina. Yo conozco un caso en el que se hizo un estudio de controles con una foto y un pulsioxímetro, que cualquiera puede utilizar, y solo dándole a un botón se controlaron durante un año pacientes quirúrgicos operados de cirugía sin

ingreso. Y el control lo hacía una enfermera que estaba en la Unidad de Cirugía sin ingreso, que eran varias patologías. El estudio fue espectacular, porque evitaba el regreso del paciente a urgencias por dolor. Solo con una foto y el paciente, incluso sin tener conocimientos de tecnología, solo con dar a un botón de sí o no... Fue un estudio que se hizo en Valencia en colaboración con la Universidad Politécnica, y fue espectacular, fue muy bueno, y le da una tranquilidad al paciente en su casa total, porque podía hablar con la enfermera, podía ver la foto, fue una pasada. Me ha parecido estupendo.

Le quería preguntar una cosa en concreto, ¿por dónde empezaría en el desarrollo de esta enfermería comunitaria de atención primaria? ¿cuál sería su primera medida?

Quiero preguntarle otra cosa sobre el nivel de responsabilidad, ¿qué nivel de responsabilidad cree usted que debe asumir la enfermería? Pero un nivel de responsabilidad en serio, que la propia enfermería asuma que tiene ese nivel.

Gracias.

La señora **COORDINADORA:** Tiene la palabra el Grupo Parlamentario VOX.

El señor **SALVÁ VERD:** Ante todo, muchísimas gracias. Me ha impactado su discurso. Es un tema en el que podríamos estar profundizando horas y días y no acabaríamos.

Entre las cosas que quería preguntarle es si durante la pandemia en la que aún estamos, si ustedes han hecho unos protocolos del personal de los hospitales. Porque, una de las cosas que me espantó fue que -si mal no recuerdo- en el Hospital de Alcorcón, que hicieron PCR a todo el personal,

el 30 % fue positivo. Un tema que nos preocupa mucho es que este personal es vector de la pandemia, entonces, si ustedes hicieron unos protocolos o si habría que hacerlos, como crítica constructiva, sobre que el personal que está en un hospital COVID tendría que aislarse completamente mientras trabaje en el hospital, o hacerles test PCR constantemente. ¿Durante cuánto tiempo el personal trabajó sin EPI? Y si tienen unos protocolos hechos, y, si no los tienen, si habría que hacerlos.

Luego, como ese tema es tan complejo, sí he de decir que la enfermera, o el enfermero, es un personal de todo terrero. Quiero decir, que, si una enfermera es especialista en una bomba extracorpórea en un quirófano, si la sacan de ahí puede ir perfectamente a una primaria y no pasa nada. Yo siempre he defendido, por mi profesión, la subespecialización de la enfermería, opino que es muy importante. Además, es tan compleja la vida en un hospital... A mí, personalmente, cuando me quitaban una enfermera del quirófano me enfadaba mucho con la supervisora, porque cuando ya sabía me ponía a otra y la tenía que enseñar.

Otra cosa en la que ha dado en el clavo, son palabras tuyas para mejorar la sanidad, promover la capacidad de resurrección de la atención primaria. Ahí está la clave de la mejora en la sanidad pública, lo tengo muy claro. En el modelo inglés la sanidad primaria está mucho mejor desarrollada que en el nuestro, si hay un sistema que funciona, nosotros también podríamos imitarlo y mejorarlo.

Para acabar, hay un tema muy importante, la especialidad en la salud mental, que no se ha mencionado aquí. Cada vez es cada vez es más demandante, y yo no sé en este instante si existe esta especialidad. Opino que el papel de la enfermería es muy importante, sobre todo para prevención de enfermedades mentales, que después de una pandemia se pueden agudizar mucho más.

Y para terminar, aunque mi compañero de Ciudadanos, al que tengo un respeto, ha dicho una cosa que no comparto con él y que es creo que las enfermeras no deben recetar, esto es un tema que se nos tiene que dejar a los médicos, lo tengo muy claro.

Nada más y muchas gracias.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra la señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidenta.

En primer lugar, darle la bienvenida al grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública, creado dentro de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica. Es usted la primera de un grupo importante de comparecientes que pasarán por esta subcomisión con la intención de plantearnos una serie de propuestas que se enmarquen dentro de lo que tiene que ser la fortaleza de la sanidad, uno de los pilares más importantes de nuestro sistema de bienestar.

Antes de nada, me gustaría, como compañera que es enfermera y de profesión sanitaria, felicitarla por el premio Princesa de Asturias a la Concordia, que esta misma semana hemos conocido. Un merecidísimo galardón a todos los profesionales sanitarios por el esfuerzo desmedido que han hecho, y, sobre todo, lamentando la pérdida de tantas vidas, tanto de sanitarios como de españoles, que nos han dejado como consecuencia de esta terrible pandemia del COVID-19. La pandemia del COVID-19 y cómo ha respondido nuestro Sistema Nacional de Salud en el ámbito de salud pública y vigilancia epidemiológica, y en el ámbito de la asistencia sanitaria, es lo que nos lleva al objeto de esta comisión, para que, a través de sus propuestas, todos los grupos parlamentarios podamos cerrar unas propuestas globales

que sirvan de conclusiones y como medidas concretas a implantar.

Agradecer el documento que nos ha enviado a los miembros de la subcomisión, y me gustaría plantearle algunas preguntas.

Con respecto al número de enfermeras, estamos muy por encima ya de las 240 000. Hace pocos días el INE nos decía que somos en torno a 316 000, un número muy importante con un papel trascendental en la asistencia sanitaria que nadie puede poner en duda. Una profesión que tuvo un antes y un después cuando la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias, pues aparecimos como una de las profesiones más, y creo que gran parte de ese trabajo se lo debemos a la ministra de entonces, y hoy aquí presente, Ana Pastor.

Me gustaría que nos planteara algunas propuestas concretas con respecto a algunas cuestiones que nos ha dicho. Tenemos una población con una baja alfabetización en salud, y, por tanto, con poca capacidad de respuesta, y si no implicamos al paciente en su autocuidado para conseguir elementos de proactividad, se generarán respuestas de infantilización de la ciudadanía y sin capacidad de reacción. ¿Qué medidas concretas propone en este sentido?

Compartir con usted el nivel de compromiso, no solo de las enfermeras, sino de todos los profesionales sanitarios en esta pandemia, con jornadas de trabajo largas, con escasos o nulos medios de protección, somos el primer país en número de profesionales sanitarios contagiados.

Hablando de material, desde su experiencia ahora en el hospital, ¿han tenido todo el material de protección en su hospital? ¿les han hecho un test para ver si estaban contagiados? Desde su experiencia en la gestión, ¿qué medidas nos puede trasladar, tanto en compras como en distribución, para que se tenga en los centros todo el material necesario, y, sobre todo, de protección.

¿Cuál es su opinión sobre la implantación de las especialidades de enfermería, la oferta EIR? ¿cómo se podrían ir incorporando las plazas de especialistas? Del decreto de 2005 todavía tenemos alguna especialidad que no tenemos ni tan siquiera el programa ni qué ámbito de aplicación va a tener. Eso seguro, llevará a otro decreto donde se puedan ir incorporando otras muchas especialidades en función de la demanda que los propios ciudadanos necesiten.

Con respecto a la humanización, ¿qué propone diferente a lo que se está haciendo en los centros sanitarios, y, sobre todo, como consecuencia de lo que ha pasado en esta pandemia?

Para terminar, agradecerle su intervención, nos ha planteado un modelo de atención diferente, centrado en la cronicidad, en el envejecimiento, en la dependencia, pero también con respuestas ante situaciones de la pandemia.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra la representante del Grupo Socialista, la señora Prieto.

La señora **PRIETO NIETO**: Gracias.

Bienvenida a este grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública perteneciente a la Comisión de Reconstrucción. Bienvenida al Congreso de los Diputados.

En primer lugar, gracias por la documentación. Quería hacer extensivo a toda la profesión enfermera todo su trabajo y su sacrificio durante toda esta pandemia, y sumarme a esa enhorabuena por el merecidísimo premio Princesa de Asturias.

No me quiero extender mucho, voy a hacer unas cuantas preguntas que me interesan. La primera sería ¿de qué manera impactan los condicionantes

de género en la profesión de enfermera y también en el resto de las profesiones? Carmen, usted habló de educación y me gustaría que nos dijera cómo cree que debe ser el papel de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud, de qué manera se puede promover el autocuidado y la autonomía de los pacientes, y qué ventajas cree que nos pueden plantear las tecnologías al respecto de este tema.

Otra pregunta es cómo ve el papel de la primaria en la coordinación con las residencias, y cómo cree que va a cambiar la atención domiciliaria a partir del COVID. Y relacionada con esta pregunta, cómo cree que se debe abordar la atención en domicilios y cuál es aquí el papel de la enfermería, qué nuevos roles corresponderían y si se requieren cambios colectivos.

Si les parece oportuno, nos podría ofrecer un listado de propuestas que usted quiera que atendamos, incluso recopilando alguna de las que ya nos haya trasladado en su intervención inicial.

Termino, porque creo que todos estamos deseando escucharla. ¿Qué lecciones nos deja esta crisis provocada por el COVID?

Muchas gracias.

La señora **COORDNADORA**: Muchas gracias.

Señora Ferrer.

La señora **FERRER ARNEDO** (enfermera del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela): Bueno, si me dejo algo, pueden preguntarme otra vez.

Algunas preguntas no voy a poder contestarlas yo, pero viene el presidente del Consejo de Enfermería esta tarde, así que seguramente él les va a poder contestar mucho mejor que yo, que soy una simple enfermera y él es el presidente del Consejo.

Voy a intentar contestarles por orden con las notas que he tomado. En relación a las especialidades, que es algo que les preocupa, miren, hay una cosa muy interesante en el sistema sanitario español, y es que hay que cuidar con la atomización y la fragmentación. Seguramente, la Medicina está muy atomizada y esto, hasta los propios médicos lo saben, hay que tener cuidado con la pérdida del generalismo, y también hay que ser cuidadoso con la especialización. ¿Está pendiente la puesta en marcha de la especialización? Tenemos un decreto, se pone en marcha, nosotros ponemos en marcha especialidades que se plantean. Para qué queremos a los especialistas es la primera pregunta que debemos hacernos. Esto no es para las enfermeras, es para los ciudadanos, y este es el enfoque que debemos poner en marcha. ¿Qué necesitamos los ciudadanos? ¿qué significa ser especialista? Especialista significa que tú profundizas en un área de competencia para dar unos servicios relacionados con una nueva problemática. Por eso han salido las especialidades de Salud Mental, que lleva mucho tiempo, pero las especialidades de Salud Mental no es para que las enfermeras vayan y le den el litio al paciente, para eso no hemos mandado hacer una especialidad al EIR, les hemos mandado para acompañar al ciudadano con problemas de salud mental, para que se reinserte en la sociedad, para que desarrolle todas sus capacidades, para darle unas competencias, porque, para hacer lo que hacíamos cuando éramos antiguamente ATS, para eso no formamos EIR, que cuestan un dinero.

Seguramente sí esté pendiente el tema de las especialidades, cuando uno hace las cosas... Primero hay que incorporar los especialistas, ¿para qué queremos especialistas en Geriatría? ¿para que acompañen a los médicos geriatras o para que dirijan unidades de cuidados complejos dirigidas a los ancianos, a los mayores con los que tenemos que trabajar, seguramente para eso. ¿Para llevarles a las residencias? ¿para que puedan supervisar

adecuadamente los planes de cuidados dentro de ellas? ¿para qué? Los para qué son muy importantes, Florentino igual les dice otra cosa, pero yo les digo lo que pienso. Creo que tenemos que pensar qué necesitamos, ¿para qué queremos enfermeras especialistas en niños? ¿para hacer el niño sano? No, para cuidar al niño enfermo, y para el niño trasplantado, y para sus padres, y para incorporarle a la escuela, y para que no se vacune en un hospital, sino que se le pueda vacunar en un sitio adecuado y normalizar la situación, porque, sino, al final, generamos atomización y guetos, y fragmentamos la intervención. Sabemos que fragmentando el tipo de modelo no tenemos éxitos.

En el tema de las especialidades, deberíamos poner en marcha las que tenemos. En atención primaria deberían incorporarse las enfermeras comunitarias, ¿por qué? Porque ahora, con la pandemia, las enfermeras comunitarias tienen un apartado de trabajar en Salud Pública, y tienen formación, y si están ahí y queremos hacer nexos con el mundo de la Salud Pública, seguramente las enfermeras comunitarias deberían estar ahí. Y, ¿hacen falta enfermeras de Salud Pública? No, están las comunitarias, que tienen esta parte también, así que aprovechémoslas.

¿Cuántas se han incorporado? Pocas. En algunos sitios se están incorporando enfermeras especialistas, pero tenemos que trabajar los para qué. Cuando tengamos esto, quedan especialidades pendientes, que, a lo mejor se diseñaron una vez, pero que ahora hay que pensar. ¿Tenemos que hacer especialidades para todo? Pues no, y es mi opinión personal. A lo mejor tenemos que utilizar la práctica avanzada, a lo mejor no hace falta hacer especialistas de todo en la profesión enfermera y a lo mejor hay que hacer desarrollo de práctica avanzada, que está normalizada en la ley, y, a lo mejor tenemos que buscar elementos de práctica avanzada, que no hace falta hacer una especialidad, y ponerlos en marcha. ¿Por qué no? Es un mundo

que hay que explorar. A lo mejor diseñamos algo en un momento determinado, porque nos parecía interesante y ahora a lo mejor es más interesante esto de la práctica avanzada, que hoy poca hecha y podríamos hacer más. Y una vez hecho esto ya hablamos del decreto, y hacemos otro decreto, pero miremos primero los para qué, para aprender.

Yo soy una enfermera de la Cruz Roja, sí, cien años que ha hecho mi hospital hace dos años, pero yo no soy de la Cruz Roja, yo soy del Sistema Madrileño de Salud, porque en Madrid, el Hospital Central de la Cruz Roja es un hospital que se ha quedado con el nombre de la institución, pero no trabajo en la Cruz Roja como organismo que trabaja el mundo de la solidaridad, de esto sé poco, sí que les admiro mucho, y creo que las enfermeras trabajan y son profesionales solidarios, quizás en las ONG lo que más haya sea enfermeras en todo el mundo, y, en la práctica sanitaria, desde luego, es el profesional que más está. Pero, no sé nada más allá de mi admiración por ellos, seguramente Florentino les puede contestar. Una vez fue a Latinoamérica y subió una señora en el avión en Estados Unidos y yo dije: esta señora es enfermera, seguro. Y así era, hablaba inglés, pero tenía toda la pinta de ser una enfermera de la Cruz Roja.

Respecto a los planes de contingencia y la contratación. Creo que los gestores debemos estar anticipados, pero no podemos tener recursos contratados sin más. Por supuesto, si tienes unas plantillas muy escasas, no tienes capacidad de reacción, pero si tú tienes unas plantillas más o menos bien organizadas, claro que tienes capacidad de reacción. Yo creo que la contratación es lo que podemos hacer, es decir, ¿podemos contratar a las personas para que no trabajen? Tener plantilla que no tiene trabajo también es un problema, porque la gente tiene derecho a trabajar, y si tú tienes plantillas esperando a algo... Yo creo que lo que hay que hacer son buenos planes de contingencia y estar anticipándonos, y eso quiere decir que, en un

momento determinado, podamos ir a una bolsa, podamos realizar contratación. No quiere decir que no haya nadie en las bolsas de médicos o de enfermeras, hay gente, claro que la hay, lo que tenemos que saber es qué es lo que necesitamos, tener bien definido el plan de contingencia. A lo mejor tenemos que tener definido este plan no solo de profesionales, sino qué estructuras tenemos, cómo vamos a trabajar el tema de los EPI. ¿Qué hemos aprendido? ¿por qué se han infectado tantos profesionales? ¿sabían los profesionales utilizarlos? ¿hemos formado adecuadamente a las personas para ponerse un EPI? ¿Quiere que le cuente una anécdota? Yo he dirigido en mi hospital todo lo de las videollamadas, que en el mes de abril hemos hecho 1100, en un hospital de 190 personas, lo que quiere decir es que hemos ido con los pacientes para que hablasen con sus familias todos los días y a todas horas. Ninguna persona de mi equipo se ha contagiado, y ha estado al lado de los pacientes, ¿por qué? Sabían ponerse el EPI, se lo han puesto adecuadamente y han estado al lado de los pacientes durante ratitos, no entrar y salir, han estado allí haciendo la videollamada viendo cómo nacía un bisnieto o era el cumpleaños de una madre, porque esto es lo que hace falta a las personas, lo que yo les decía antes de los otros elementos, que son muy importantes para todos nosotros. Bien las contingencias, y, a lo mejor, aprender que a lo mejor tendríamos que haber estado trabajando más los servicios de medicina preventiva, y los de salud laboral, y decir: oye, igual que hacemos RCP básica todos los años para que estemos bien formados para saber reaccionar ante una situación de parada cardiorrespiratoria, a lo mejor tendríamos que hacer formación continuada para que los profesionales sepan protegerse adecuadamente, y no sucede. También es cierto que cuando ha venido la pandemia no sabíamos que estaba por aquí dando vueltas en los hospitales y nos hemos contagiado. Habría que estudiar qué ha sucedido, yo creo que tiene bastante que ver con esta capacidad que tenemos nosotros de

protegernos. También los ciudadanos. En esta idea de que los ciudadanos no se ponen las mascarillas y a lo mejor los profesionales tampoco han sabido hacerlo bien. Así que, respecto a la contratación, yo no soy partidaria, igual es que me he dedicado a la gestión muchos años, y tener recursos ahí... No, hay que hacer buenos planes y hay que saber anticiparse, saber buscar a los profesionales, tener bien negociado cómo vamos a hacer la contratación y contratar lo que se necesita, no lo que no se necesita porque hagamos retención. No, debemos saber distribuir adecuadamente los recursos, que son de todos.

El tema de la gobernanza. Está claro que es importante que si cada uno gestiona recursos diferentes haya algo común. Y, por supuesto, cada uno debe poder ayudar. Yo conozco el trabajo que se ha hecho en lo socio y en lo sanitario en el País Vasco y admiro a personas como Inmaculada Sánchez, que a trabajado a tope allí, y ha ayudado a que el sistema se desarrolle. No sé si todos debemos depender de la misma organización o no, o si tiene que haber una consejería o dos, eso da igual, porque eso no cambia nada, lo que cambia es entender el proceso, que todos digamos que aquí hay un proceso común, lo lleve el que lo lleve, esto es una cosa lineal, aquí trabajas tú, aquí tú, aquí tú, y trabajamos de forma coordinada. Lo que no funciona es la fragmentación, eso lo sabemos, y deberíamos de intentar romperlo. Luego, si hay una o dos consejerías, eso es importante porque a lo mejor te tienes que esforzar más, pero, desde luego, no es imprescindible. Hay lugares donde están juntos y no funciona. Mejor diseñemos lo que necesitamos y veamos qué responsabilidad tiene cada uno.

Respecto a la medicalización, yo creo no es una solución, no es solución ir poniendo médicos, que haya un médico en las residencias, a lo mejor lo que hay que plantear es la atención primaria, que está ahí, que los médicos de familia y las enfermeras comunitarias tienen asignado esta

responsabilidad de ejercer la cartera de servicios en las residencias, que a lo mejor no se hace bien, o que hay pocos recursos, o ya veremos a ver qué está sucediendo, pero llevar un médico a cada residencia para ponerlo allí como si fuera el de cupo de antiguamente... lo único que hace es encarecer el sistema. A lo mejor podemos trabajar con herramientas como la telemedicina o telecuidados, y que se puedan conectar ellos para poderles ayudar. A lo mejor, antes de movilizar a un ciudadano podemos ayudarle para que le cuiden bien, lo que hay que hacer son buenos planes de cuidados con seguridad. Y lo básico es siempre muy esencial, tiene que ver con lo que comen las personas, con los espacios, el tema recreativo, con cuántos recursos hay, porque, claro, una limpiadora de una sala no puede ser la que hace el aseo y además cocina, hay que ver cuáles son los límites. Y supervisar que esto suceda y que estos planes vayan adelante, eso es a lo que me refería con el no a la medicalización, no digo que no haga falta en algún sitio, pero lo que sí que creo es que en la atención primaria, los médicos de familia dan este soporte y estos médicos de familia se pueden conectar perfectamente a través de las personas que hay allí, que en Madrid antiguamente se llamaban las *jatas*, que llevaban las residencias, y hay enfermeras en todas las residencias, porque eso lo dice la normativa, y, a lo mejor, con una videollamada o con una teleconsulta se puede ser más ágil. En Madrid, por ejemplo, en mi hospital los médicos de familia apoyan a las residencias, a los geriatras, tener apoyos de ese tipo, interconsultas, pero no para la vida cotidiana. Esta es mi experiencia, creo que hay experiencias interesantes de teleconsulta, apoyo interconsulta, *edConsultas*, es decir, cosas que se pueden ir haciendo de apoyo de otros especialistas, tanto de medicina como de enfermería.

Las enfermeras como educadoras. Todas las estrategias del abordaje de la cronicidad y el envejecimiento plantean la importancia que tienen los

pacientes activos, los ciudadanos activos. Cuando tú hablas de trabajar en el cuidado, estás hablando de estratificación también, no para todos de todo, sino cada uno lo que necesite. Hay un nivel base que es la población, los ciudadanos deben tener estrategias de corresponsabilidad de su salud, no eso de que oiga vengo aquí a que me haga usted cosas, a lo mejor eso ha funcionado, pero ahora no debería funcionar. Las personas tienen que conocer los riesgos que tienen, la importancia que tiene que lo más pequeño y lo más básico es muy importante para el mantenimiento de su salud, y ahí las enfermeras hacen un papel esencial. Así que el autocuidado no es solo para los pacientes o las personas que tienen enfermedades autogestionen su salud o tengan estrategias de cuidar de sí mismo, no es solo para los que están enfermos, por supuesto, es para la ciudadanía en general. Y ahí creo que la atención primaria juega un papel esencial, pero también unas figuras muy interesantes. Yo pertenezco a la red de escuelas de pacientes y de ciudadanos, que en cada comunidad autónoma tenemos una, que está en el ministerio y además un simposio anual para aprender unos de otros. España, en todos los sitios, en todas las comunidades autónomas, tienen magníficas escuelas, magníficos proyectos de paciente activo, paciente experto, todas las comunidades autónomas tienen proyectos muy interesantes, y lo que yo les decía es que hay que trabajar la alfabetización, ellos pueden trabajar perfectamente. ¿Solos? No, con la atención primaria, integrados, trabajando juntos. Las escuelas son una muy buena herramienta, y miren, les digo que son majísimos, y buenísimos, y muy listos, la andaluza, la gallega, País Vasco, Cataluña tiene un proyecto muy chulo, Asturias, les podría nombrar a todas las personas que dirigen estas escuelas y todos estos proyectos, y no se utilizan, pues ellos deben trabajar el diseño de la alfabetización en salud. ¿Quiere decir que lo tienen que hacer ellos? No, lo tendrán que hacer ellos con los profesionales de la atención primaria, que son los que están. Y ahora

diremos ¿y tenemos que estar en la escuela? Pues a lo mejor sí o a lo mejor no, dependerá de qué proyecto vayamos a hacer. Lo que sí es verdad es que cuando trabajamos de forma fragmentada y atomizada no funciona, así que yo creo que ahí podemos hacer cosas.

De lo de la capacidad de las enfermeras para recetar, pues es la eterna discusión. Yo creo que a las enfermeras hay que reconocerlas su capacidad de diagnosticar y tratar cuidados, que es de lo que saben. Si yo voy a enseñar a un ciudadano a cómo debe gestionar la incontinencia urinaria, quién le va a recetar a este paciente los absorbentes para no contaminar, pues las enfermeras, eso lo saben hasta los ciudadanos, no tiene que ir al médico, ¿no entienden que es una ridiculez? Bueno, cada uno hará lo que quiera, pero luego de esto se magnifica todo. El ciudadano se puede comprar un paracetamol en la farmacia, pero la enfermera no se lo puede recomendar, pues vale. Creo que tenemos que desarrollarlo. Ahora, ¿para qué quiero yo prescribir una estatina? Para nada, porque no es mi área de conocimiento y no es mi área de competencia. Pero hay cosas que tienen que ver, una úlcera por presión, pregunte a los ciudadanos quién las cuida, quién decide si la cosa va bien, pues las enfermeras, si es que eso lo sabe todo el mundo. Tampoco hay que magnificar las cosas, no son o blancas o negras, la normativa debe estar adecuada a la realidad. Esto no es un problema de profesionalismo, esto es para lo que nosotros servimos. Seguramente, hay quien opine de otra manera, pero yo creo que nosotros, desde luego, para lo que yo hago, que es mi área competencial, tengo capacidad de diagnosticarla y tratarla, porque para eso he ido a la universidad y me ha dado estas competencias. Pregúntele a Florentino esta tarde, que seguro que él puede decirles algo más.

Respecto a los ratios, qué les voy a decir, que estamos muy mal. Ustedes lo saben, no hace falta que yo se lo diga, si sale en los periódicos,

hasta a veces sale un poco disfrazado, estamos muy mal de enfermeras. Se debe arreglar. ¿Que hay mucha diferencia? bueno, pero hay que hacer un plan para arreglarlo, porque, al final, las necesidades de los ciudadanos en materia de salud tienen que ver con los cuidados, y si no hay profesionales que cuidan la cosa nos va a ir mal. Nos faltan enfermeras, estamos muy atrás.

Respecto al telecuidado, ya les he planteado que me parece muy interesante y podríamos extenderlo y trabajar en él. Y el nivel de responsabilidad, pues es que las enfermeras trabajamos con los equipos de atención primaria, trabajamos en equipos en los medios hospitalarios, los médicos tienen su responsabilidad, las enfermeras la suya, y lo mejor es que trabajen en equipo. ¿Tienen las enfermeras responsabilidades propias? Por supuesto. ¿Proceden las enfermeras de otra tradición? Sí, ¿el sistema está en otra tradición? Sí. ¿Qué es esa tradición? Que las enfermeras ayudan a los médicos, esta es la tradición. ¿La podemos cambiar? Claro que sí, porque estamos en otro momento, y si tienes profesionales que les das responsabilidades le va mejor a la ciudadanía, vamos a trabajar ahí.

Mejorar la capacidad de resolución de la atención primaria, por supuesto. Es muy importante que los centros de salud puedan utilizar los hospitales de media estancia y puedan utilizar el respiro, ¿es que no se puede derivar desde atención primaria a un hospital de media instancia? Pues si estás en atención domiciliaria y sostienes un ciudadano en la atención domiciliaria, y le ves que necesita ir a un hospital un poco, tienes que poder hacerlo, no tiene por qué pasar por un hospital de agudos. Esto es importante, es una herramienta para la atención primaria y para la atención domiciliaria, que los médicos de familia y las enfermeras comunitarias puedan utilizar recursos dentro del sistema, otros hospitales, unidades de cuidados complejos. Esto tiene que ver con la capacidad de resolución, no mandar los pacientes a urgencias, porque eso no tiene demasiado sentido.

Respecto a la salud mental, ya lo hemos dicho, todas las especialidades, la salud mental, la enfermería pediátrica, las matronas, las enfermedades geriátricas, la enfermería del trabajo, que nos la dejamos siempre y es muy importante. Hay cosas que hacer ahí.

Les agradezco mucho que nos hayan felicitado por el premio Princesa de Asturias, yo estoy muy contenta, la verdad. Y aquí mi apunte, porque me parece que deberíamos ir pensando en que los profesionales están cansados, la gente está agotada, así que los gestores podrían hacer alguna cosa, porque si queremos cargar pilas, es como los cuidadores, hay que dar respiro, ¿y cómo? No sé, a mí se me ocurren cosas, pero deberíamos ir pensando los gestores en cómo dar este respiro a los profesionales. A lo mejor hay que dejarles que se vayan a casa un día, para que desconecten, pero ven con las pilas cargadas, que vamos a tener otro ataque dentro de cuatro días. Pensemos y anticipémonos, digamos a los gestores que se anticipen sin que nos cueste mucho, pero que se pueda dar a los profesionales un reconocimiento, es cierto que la gente está cansada, estoy cansada hasta yo, que no me canso nunca. Podríamos pensar algo para tener profesionales frescos para más adelante.

Gracias por la enhorabuena a las dos.

El tema del género. Claro que influye el género, somos mayoría mujeres, procedemos de una tradición de sumisión, de depender de otros y queremos ir ahora a una idea más de responsabilidad, y ese cambio cuesta. Influye y se analiza poco. Somos mayoría mujeres y eso, por supuesto, hace que no estemos en la toma de decisiones, hace que se cuente poco con las enfermeras, porque somos mayoritariamente mujeres.

Cómo se promueve el autocuidado. Pues ya lo he dicho, el autocuidado no se promueve diciendo: haga usted el favor de autocuidarse. Eso sabemos que no funciona, que no me coma con sal, eso no funciona. Lo que sí es cierto

es que podemos hacer cosas. Las tecnologías tampoco sustituyen el autocuidado, “apúntate a esta app”, no, cuidado. El autocuidado significa que tú cambias tu manera de comportarte y haces un cambio interior, y decides asumir algo que tiene que ver con tu cultura, con tus raíces, con lo que has creído toda la vida, y esto no se hace diciendo “haz el favor”, se hace negociando, buscando alternativas, poniéndote en la situación de la persona, y requiere tiempo. Por eso hay veces que se dice que las enfermeras no hacen nada en la consulta, pero es que eso no se hace en un *plis*, una consulta de enfermería lleva tiempo, no piensen que se hace “toma un papel y vete”, ni con un consejo unidireccional, este consejo no vale para dejar de fumar, hay que hacer cosas. Por supuesto, el autocuidado se debe trabajar para toda la población y las tecnologías nos pueden ayudar. Hay experiencias muy interesantes respecto a la monitorización, aunque eso no es único, porque las personas necesitan ser vistas cuando hay áreas de cuidados, pero, por supuesto, podemos potenciarlo, y no solo la interconsulta médica, el telecuidado es muy interesante, y podríamos hacer cosas ahí, hay experiencias que vale la pena poner en marcha.

Respecto a los nuevos roles, yo en la cronicidad planteo la idea de la enfermera entrenadora en autocuidado, y entrenador significa que va generando habilidades y vas creciendo, como un entrenador en el tenis o en el baloncesto, que vamos viendo qué capacidades tiene el jugador y vamos haciéndolo crecer. Pues así deberíamos hacer para que haya adherencia al autocuidado. Sobre todo, en el entrenamiento para los cuidadores, que todo el mundo habla de ellos, pero los cuidadores necesitan estrategias de respiro, necesitan habilidades, no se puede mandar a alguien a casa y decirle: mira, aquí va tu padre, un poco peor, con niveles de dependencia altos, que no se miden en el sistema. Claro, en casa dices: ¡ostras! y esto cómo era, ¿cómo muevo a mi padre de la cama? ¿cómo le levanto? ¿cómo le doy de comer?

¿cómo le meto en la ducha? Todo hay que aprenderlo, no piensen que es fácil, no es como cuidábamos a un bebé, a lo mejor tenemos una persona con ELA, que tiene dificultades de movilidad y necesitamos que los cuidadores sepan. Ese sería un rol. El rol de la enfermera como educadora, por supuesto, y todo lo que tiene que ver con la gestión de casos, que es esencial.

Respecto al material. Una cosa que hemos aprendido en la pandemia es que, como los materiales se han comprado diferentes, hoy te tocan batas azules, mañana amarillas, pasado blancas, pues yo he echado de menos catálogos diciendo, por ejemplo, que amarilla, blanca y azul son lo mismo, ... Ustedes dirán, pues vaya, pero esto ha generado cierta incertidumbre, no es que los profesionales sean tontos, que son muy listos, pero a lo mejor tendríamos que trabajar cómo hemos hecho esto. La gente de suministros no lo ha hecho a mala idea, ha hecho lo que ha podido, pero a lo mejor si a un hospital llevaban batas azules y a otro amarillas, hubiera sido bueno cambiarnos, para no generar incertidumbre. Pero sí, deberíamos tener claro qué materiales necesitamos, deberíamos tener claro y aprender para qué se usa qué y cómo se usa, y, por supuesto, ver qué podríamos necesitar si vuelve algo, no solo para los hospitales o para la atención primaria, también para el mundo residencial y para el medio comunitario, para los ciudadanos. No hemos hablado de las asociaciones, pero son muy importantes, el trabajo de los voluntarios también, y ahí las enfermeras podemos ayudar.

¿Mas especialidades? Vamos a ver qué hacemos con las que tenemos. Yo creo bastante en la práctica avanzada, creo que es una herramienta interesante, lo que pasa es que hay que reconocer dónde necesitamos práctica avanzada. Hay muchas cosas hechas.

Respecto a la humanización, ¿qué significa humanización? Accesibilidad, suficiente información, que se cuente conmigo para trabajar, que nadie me haga lo que quiera, sino participar en la toma de decisiones.

¿Y eso cómo se hace? Entrenando a los ciudadanos, la gente antes iba al médico y decía: aquí estoy, a que me cure. Y ahora eso no es así, vamos a participar con los profesionales y vamos a entender lo que pasa, y vamos a decidir entre todos qué es lo mejor para mí. Eso no se hace sin más, porque venimos de otra tradición. Ahí las enfermeras podemos ayudar mucho.

Cosas concretas, creo que ya les he dicho bastantes. Las escuelas de cuidadores, para mí, son cosas concretas, y son cosas que se pueden hacer mañana. Todo lo que tiene que ver con la atención domiciliaria y darle una vuelta, cuidado con que vaya cualquiera a los domicilios. La atención domiciliaria no es la Gran Vía, no, hay que hacer un plan, hay que decir quién va y para qué va, y como el que va puede llamar a un compañero, porque si vamos todos..., esto es la casa de las personas y a su casa uno invita a quien quiere, porque esto de hacer interferencias en casa... Hay que trabajar con los servicios sociales, seguramente podríamos hacer muchas cosas con la ayuda a domicilio las enfermeras, entrenando o ayudando a las personas que hacen este trabajo de cuidado informal, para que podamos trabajar juntos con los Servicios Sociales. Todo lo que tiene que ver con el respiro de los cuidadores me parece esencial. Trabajar en estratificación la educación, habilidades de hábitos saludables, trabajo de autoprotección, autogestión, autoeficacia, autocuidado. Las escuelas de ciudadanos y escuelas de pacientes son elementos muy importantes para liderar proyectos integrados, no quiere decir que lo hagan ellos, podemos hacerlo entre todos, pero son importantes y están ahí.

Las enfermeras, es verdad, aquí estamos, hay pocas, pues que haya más. No sabemos cómo, no quiere decir que crezcamos en recursos de forma exponencial, pero sí que es cierto que deberíamos empezar a trabajar. Mientras vamos creciendo y se decide cómo lo hacemos las enfermeras estamos aquí, podemos hacer muchas cosas, queremos tener

responsabilidades propias y, por supuesto, que se cuente con nosotros, no que se nos llame rastreadores.

Esto es todo lo que puedo decir, creo que he consumido todo mi tiempo, perdonen si me he enrollado y les he contado algún chascarrillo para que no se aburrieran mucho. Si me necesitan para algo, aquí estoy. Podemos hacer muchas cosas, no se olviden, cuenten con las enfermeras, que somos un valor, somos muchas, aunque escasas, pero creo que tenemos competencias y conocimientos, y el área de los cuidados también es un área del servicio sanitario, así que sáquenla de la trastienda del sistema, por favor.

Gracias.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias por esta intervención, que nos ha enriquecido mucho a todos. Gracias por haber acudido a nuestra llamada.

La señora **FERRER ARNEDO** (Enfermera del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela): Gracias por invitarme, me ha encantado venir. Son ustedes estupendos, háganlo bien.

Gracias.

- DE D.^a ANA POLANCO ÁLVAREZ, PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BIOEMPRESAS ASEBIO.

La señora **COORDINADORA**: Antes de dar la palabra a nuestra compareciente, a doña Ana Polanco Álvarez, les quería anunciar que a las doce menos cinco haremos un receso porque se ha convocado un minuto de silencio en la escalinata de la Puerta de los Leones, para poder ir todos los que lo consideren.

Quiero dar la bienvenida a doña Ana Polanco, presidenta de la Asociación Española de Bioempresas AseBio, por atender a nuestra solicitud para comparecer en este grupo de trabajo de Sanidad de la Comisión de Reconstrucción. Sin más, le doy la palabra, señora Polanco, muchas gracias.

La señora **POLANCO ÁLVAREZ** (presidenta de la Asociación Española de Bioempresas AseBio): Señora presidenta, muchas gracias por la invitación a la Asociación Española de Bioempresas AseBio a comparecer hoy aquí como parte de los trabajos de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Trabajos, que tienen como objetivo analizar la situación del país tras la pandemia de la COVID-19 y recoger las propuestas para la reconstrucción del país, de la sociedad civil y de instituciones cuya actividad está ligada al crecimiento económico y social de nuestro país. Aunque lo peor ha pasado, y la mayor parte del país se encuentra ya en fases avanzadas del proceso de desescalada, la COVID-19 nos deja una tragedia en pérdida de vidas humanas irreparable. Según los datos oficiales, en nuestro país hemos perdido por encima de 27 000 vidas y esta pérdida dejará, sin duda, una huella honda en el país que nos costará mucho tiempo superar. Quiero, por ello, empezar mostrando mis condolencias a todas las familias afectadas.

La otra cara del COVID-19 es la profunda crisis económica en la que nuestro país se va a ver sumido. El nuevo cuadro macroeconómico, presentado recientemente por el Gobierno de España a la Comisión Europea, presenta un impacto muy elevado en el corto plazo y una vuelta a la normalidad progresiva. En concreto, se estima que la caída del PIB será del 9,2 % para este año y que tendremos una importante recuperación económica el próximo, con una tasa de crecimiento prevista del 6,8 %. Esta situación de emergencia nacional e internacional, en lo sanitario y en lo económico y social, requiere, desde luego, de respuestas de gran consenso como los trabajos impulsados por esta Comisión. En este gran consenso deben participar los principales actores del tejido económico y social del país.

Por eso, quiero agradecerles la invitación a AseBio a participar en la importante labor que están llevando a cabo y les ofrezco todo nuestro conocimiento y experiencia en esta tarea. El sector biotecnológico, como les desgranaré en mi intervención, tiene mucho que aportar a la hoja de ruta para la reconstrucción del país. No olviden que el 68 % de los fármacos de desarrollo son biotecnológicos, y que somos el sector que está desarrollando las vacunas, investigando tratamientos y fabricando test de diagnóstico para hacer frente a la COVID-19.

Me gustaría comenzar dándoles unas breves pinceladas sobre AseBio, asociación que tengo el honor de presidir. En AseBio agrupamos y representamos desde hace 20 años a los intereses de la comunidad biotecnológica española. Reunimos tanto a empresas grandes, pequeñas, pero también a institutos de investigación, universidades y hospitales, porque creemos que dar respuesta a los retos de nuestra sociedad implica trabajar juntos, desde la cooperación y desde el aprendizaje mutuo. Las empresas y los centros biotech se caracterizan por ser intensivos en conocimiento, situando la ciencia y el talento en el corazón de la actividad y el negocio.

Debido a la naturaleza transversal de la biotecnología, como herramienta tecnológica, AseBio tiene una vocación multisectorial como punto de encuentro de distintas industrias que utilizan soluciones biotecnológicas para innovar en los ámbitos de la salud, pero también de la agroalimentación, y también en la transformación industrial. Representamos, como ven, la diversidad del sector biotecnológico y nos mueve la visión de transformar la cultura del país, poniendo en valor investigación, desarrollo e innovación, todo ello al servicio de nuestra sociedad, pero también de la sostenibilidad y la competitividad de la economía española.

Señorías, diversos estudios y organismos internacionales califican nuestro sistema de salud como uno de los mejores del mundo; de hecho, la OMS lo sitúa en el séptimo puesto del ranking mundial. Con una de las esperanzas de vida más longevas del mundo, España, tal y como ha puesto de manifiesto la actual crisis sanitaria, cuenta con unos excelentes profesionales sanitarios, altamente cualificados y comprometidos. Sin embargo, la actual crisis sanitaria está sacando a la luz claras áreas de mejora sobre las que es necesario incidir para evitar futuras crisis sanitarias. Pero, también, para que el país salga cuanto antes de la actual crisis económica. Debemos actuar ahora para tener los cimientos que nos permitan un crecimiento económico sólido y sostenible. Debemos, además, aplicarnos en esta tarea porque se lo debemos a las generaciones futuras.

Señorías, invertir en salud es invertir en futuro, y, además, es rentable. Nuestro país destaca por dedicar menos recursos al sistema sanitario que alguno de los países de nuestro entorno. España dedica el 8,9 % de su producto interior bruto al gasto sanitario, frente, por ejemplo, el 11,2 % de Alemania. Esto supone un gasto sanitario por habitante de 3224 euros frente a 5840 de Alemania, es decir, un 45 % menos. Como hemos visto, Alemania ha gestionado la crisis con éxito gracias a una apuesta por invertir en sanidad

y, además, por ligar estas inversiones al coste-efectividad de las medidas en salud. La actual crisis también ha puesto de manifiesto la relevancia de la ciencia y la innovación, puesto que con ellas los países pueden tener las herramientas necesarias para hacer frente de manera exitosa a situaciones tan difíciles como la actual.

Señorías, sabemos que las inversiones en I+D tienen un impacto positivo en el crecimiento económico, el empleo y la productividad. Sabemos que dos tercios del crecimiento económico de Europa desde 1995 a 2007 se ha derivado de las inversiones en I+D. También sabemos que por cada 100 euros de inversión pública en I+D una economía se expande 120 euros. La crisis del 2008 puso de manifiesto que los países que consideraron a la I+D como una prioridad son los que consiguieron una mejor y más rápida recuperación económica. Y, sin embargo, en nuestro país tenemos un sistema de ciencia e innovación que no se corresponde con nuestro potencial económico. España ocupa el quinto lugar en PIB per cápita de la Unión Europea y el puesto 19 de 28 en el ranking de innovación de la Unión Europea.

Señorías, esta es claramente otra área de mejora sobre la que es urgente actuar. Debemos situar a las inversiones en I+D como motor de desarrollo económico y bienestar social, en esta visión de país que queremos ser. Debemos pensar en el futuro que queremos empezar a construir hoy.

Por eso, desde AseBio queremos proponer una agenda de reconstrucción que impulse y renueve el compromiso de España con la ciencia y la innovación en áreas estratégicas para proteger la vida de las personas, como son la biotecnología y las ciencias de la vida. Necesitamos fortalecer nuestro sistema de I+D con más y mejores inversiones públicas, que nos permitan alcanzar el 2 % de media que tiene Europa de media sobre el PIB. Inversiones acompañadas, a su vez, de instrumentos adecuados que

impulsen la colaboración público-privada que permita convertir las inversiones en ciencia en soluciones innovadoras para la mejora de la salud de las personas y el bienestar de nuestra sociedad. España tiene que apostar por la biotecnología y las ciencias de la vida como sector estratégico. Durante las próximas décadas será esencial innovar en áreas que ofrezcan soluciones sostenibles a desafíos como enfermedades emergentes, al crecimiento de la población, el envejecimiento, la transición justa o el cambio climático. Porque nuestro sector, además de producir vacunas, medicamentos, test de diagnóstico, ofrece también soluciones al reto climático en forma de bioplásticos, biocombustibles, biofertilizantes, o cultivos resistentes a sequías.

Por eso, necesitamos de una estrategia española de biotecnología y ciencias de la vida similar a la de países de nuestro entorno, que nos permita maximizar el enorme potencial que tiene nuestro país para sectores tan estratégicos como la salud o la alimentación. Pero todo esto no es suficiente si no trabajamos, además, para garantizar que dichas innovaciones lleguen a la sociedad. 8 de cada 10 medicamentos más vendidos en el mundo son biotecnológicos. La innovación biotecnológica ha mejorado radicalmente la salud de las personas en áreas como la oncología, las enfermedades infecciosas, las enfermedades neurodegenerativas, que van a ser un reto de aquí en adelante, las enfermedades raras, autoinmunes. Gracias a ingeniería genética, anticuerpos monoclonales o, por citar alguna otra, las prometedoras terapias avanzadas. Son procesos de investigación largos y costosos, que requieren de una formación altamente especializada, y que tardan de 12 a 16 años en llegar al mercado.

Por eso, también necesitamos medidas que permitan acelerar el proceso con una administración pública innovadora que ejerza un efecto tractor en la innovación biotecnológica. Muchas de las innovaciones más

importantes de nuestro sector han sido, además, fruto de la colaboración y de la cooperación entre universidades, hospitales y empresas. Es imposible entender el avance de la biotecnología sin hacerlo desde la colaboración. Y por eso, queremos hoy que esta colaboración esté también presente en la agenda de reconstrucción del país. España tiene que superar el tradicional modelo lineal de transferencia y caminar hacia un paradigma de innovación abierta, con herramientas que permitan aumentar las interacciones entre los distintos actores del ecosistema de innovación. Si algo ha puesto de relieve esta emergencia sanitaria es la necesidad de una nueva política industrial que impulse, además, inversiones inteligentes, verdes y sostenibles. Necesitamos mejorar las capacidades de nuestro país para producir soluciones de alto valor añadido, en forma de medicamentos biotecnológicos, de vacunas, de test de diagnóstico, o soluciones agroalimentarias que aprovechen el conocimiento generado por nuestro sistema de ciencia. Ahora tenemos la oportunidad de transformar desafíos globales como el envejecimiento o la neutralidad climática en innovaciones que impulsen el crecimiento económico, la creación de empleo, la prosperidad de nuestro país; y, para ello, las herramientas digitales y la biotecnología van a ser claves. Una política industrial tiene que acompañarse de un esfuerzo para impulsar todo nuestro talento, a través también de la cultura de la innovación y la transdisciplinariedad en la formación. El sector biotecnológico es una industria cuya base son las *startup* que emergen de universidades y de centros de investigación donde el emprendimiento juega un papel fundamental, y la colaboración y el contacto estrecho entre lo público y lo privado es una de sus señas de identidad. Por ello, desde AseBio, creemos que es fundamental modernizar las universidades con más y mejores interacciones entre la industria y el sistema educativo.

Por último, hoy, que la biotecnología ha entrado en el Congreso, esta

reivindicación tradicional de nuestro sector cobra más importancia que nunca, necesitamos reforzar la confianza de la sociedad y la política en la ciencia y la innovación. Nuestro país tiene que situar a la ciencia en el corazón de sus políticas y su regulación, porque solo así podremos aprovechar toda la capacidad transformadora que la biotecnología ofrece para la salud de las personas y el bienestar de la sociedad.

Señorías, nos atrevemos a proponerles esta agenda para la reconstrucción, basada en la ciencia y la innovación, porque el sector biotecnológico ha conseguido ser un sector estratégico y esencial para nuestra economía, y estamos consiguiendo, porque nos hemos centrado en innovar. El compromiso del sector con la innovación ha hecho que nos convirtamos en el segundo sector industrial con mayor intensidad en inversión en I+D, con un 4,3 % de nuestra producción.

Como les voy a relatar, señorías, quiero que se queden con este mensaje simple y transformador: invertir en ciencia e innovación es invertir en capacidad futura de nuestro país para hacer frente a emergencias sanitarias como la provocada por la COVID-19, pero también para impulsar un nuevo crecimiento económico más verde y sostenible. La ciencia y la innovación son ampliamente reconocidas en todo el mundo como motores de prosperidad económica y social, y el sector biotecnológico lleva décadas demostrando que la inversión en ciencia tiene un impacto directo en la vida, el bienestar y la salud de las personas. Para que se hagan una idea de la importancia que tiene la ciencia en nuestro sector, la mayor parte de los CEO y de las personas que lideran nuestras empresas son científicos, y somos el sector más intensivo en contratación de investigadores, con una alta participación de mujeres, por cierto, que supera el 60 %. Esta inversión en conocimiento ha llevado al sector biotecnológico a desarrollar durante más de dos décadas soluciones innovadoras para proteger a las personas de

enfermedades infecciosas como el VIH en su día, pero también el ébola, la gripe aviar, tuberculosis, etcétera. Y, además, nos ha permitido tener un impacto económico del 0,7 % del PIB en nuestro país, generar empleo de alta calidad, damos empleo a 92 000 personas de forma directa, indirecta e inducida, y una contribución total a las arcas del Estado de cerca de 2500 millones de euros.

Señorías, también quisiera transmitirles la importante labor que el sector biotecnológico está teniendo en esta pandemia. El sector está trabajando contra reloj para ofrecer respuestas a la pandemia provocada por la COVID-19 en forma de vacunas, de tratamientos y soluciones de diagnóstico, demostrando, una vez más, que trabajar en biotecnología es trabajar para proteger la vida de millones de personas. Parte de esta capacidad de respuesta del sector biotecnológico ha consistido en el desarrollo y producción de cerca de 750 000 test de PCR semanales, y, actualmente, en torno a 2 millones de test de anticuerpos, para contribuir así a expandir nuestra capacidad de diagnóstico, tal y como lo aconseja la Comisión Europea. Estamos siendo testigos de cómo la gran versatilidad y la agilidad de la biotecnología está permitiendo al sector reorientar sus capacidades y utilizar su conocimiento acumulado para buscar soluciones a la COVID-19.

En diciembre de 2019, la Comisión Europea anunció que el *Green Deal* va a ser ahora el eje nuestra estrategia de crecimiento que pondrá los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el centro de la definición de políticas públicas. La Agenda 2030 y la emergencia climática nos ponen por delante nuevas metas universales y transformadoras para la reconstrucción económica y social de nuestro país, donde la biotecnología tiene que ser, sin duda, una herramienta clave por su alto potencial transformador. La edición y la terapia génica, los bioplásticos, el microbioma, vacunas genómicas,

entre otros, van a ser protagonistas de los grandes progresos para la humanidad, y nuestro país tiene que estar preparado para impulsarlas y abrazarlas. Son estas, además, las transformaciones que nos permitirán salir de la actual crisis económica, porque, tal y como señaló Ortega y Gasset, solo cabe progresar cuando se piensa en grande y solo es posible avanzar cuando se mira lejos.

Muchísimas gracias, señorías.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias, señora Polanco.

A continuación, comenzamos con las intervenciones de los grupos. En primer lugar, tiene la palabra la representante del Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, señora Polanco, por las explicaciones dadas, por lo aquí expuesto.

Nosotros representamos un proyecto político para el País Vasco, que es en el que intervenimos desde el ámbito institucional, en el que, como usted dice -y coincidimos- apostamos por una política industrial, consideramos que una nueva política industrial es fundamental, y más en este contexto post COVID-19. Entendemos que una de las prioridades que se debe abordar es una nueva política industrial rápida, que trabaje en el ámbito del empleo de calidad, como ustedes están comentando, y también en nuestro proyecto la colaboración y las alianzas de los distintos agentes socioeconómicos es aplaudida. Confiamos en las alianzas del ámbito público con el ámbito privado, lo que hacemos es aprovechar energía y las sinergias que de ese trabajo colaborativo podemos avanzar.

Usted ha dicho, y estamos totalmente de acuerdo, que, además, su sector aporta empleo de calidad y empleo de calidad para mujeres, fuero de

esos ámbitos tradicionalmente feminizados, y es otro sector muy interesante para poder avanzar en ese rol que la mujer debe tener en distintos ámbitos profesionales.

En Euskadi se está apostando porque en la Estrategia de Especialización Inteligente, RIS3, se haga un trabajo muy importante desde las empresas biotech, como usted está diciendo. No sé si considera que después de la pandemia, en el nuevo espacio que vamos a tener, debe adaptarse ese trabajo que ya se está haciendo ahora.

Usted representa un ámbito privado, su sector hace inversiones ingentes de dinero para poder investigar, pero quisiéramos saber dónde está, en contextos de crisis sanitarias como la que se ha producido ahora, ese equilibrio entre la propiedad intelectual y las patentes de quienes han invertido, como decía, cantidades ingentes de dinero, pero debe equilibrarse con el derecho universal a la salud, sin quebrantar la expectativa de beneficio que todo inversor pueda tener legítimamente. Pero, ¿dónde podemos tener ese equilibrio?

Quisiéramos saber también cómo colaboran a nivel internacional en contextos de crisis, cuando la necesidad para lograr una vacuna o tratamientos es prioritaria, las distintas empresas del sector para poder tener una alianza y llegar antes a descubrir esas vacunas y tratamientos. Y, si realmente hay colaboración, cuáles son esos mecanismos de colaboración que están establecidos.

Quisiéramos saber también si, una vez que se descubrieran esos avances que estamos esperando en el ámbito de los tratamientos, de vacunas y demás, cuáles son los canales que se pueden establecer para que esos descubrimientos lleguen a toda la comunidad que tiene necesidad de avanzar en ese tema.

Gracias.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias.

A continuación, tiene la palabra el señor Díaz, en representación del Grupo Ciudadanos.

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

Muchas gracias, señora Polanco, por su exposición y por la documentación que nos ha aportado. Voy a ser muy concreto, porque somos muchos grupos y le van a hacer muchas preguntas. Intentaré ser muy esquemático.

En primer lugar, manifestarle que mi grupo parlamentario es un gran defensor, y he visto en la documentación que nos ha pasado, que tenemos muchas coincidencias en la concepción de la necesidad de inocular en la sociedad -inocular en el sentido más positivo de la palabra- la necesidad de un conocimiento científico y la necesidad de la ciencia y del I+D extensivo, en el sentido de la tercera cultura, que dice el editor John Brockman, que no consideremos que una sociedad está completa si conoce bien quiénes son los autores de literatura, es importantísimo conocer que Pérez Galdós ha escrito los *Episodios Nacionales*, pero es muy importante también saber todas las implicaciones que tienen los descubrimiento de Watson y Crick en el genoma y qué podemos avanzar en esa materia. Es tan importante una cosa como la otra. Ese completar la cultura con la ciencia me parece muy interesante en la documentación que nos ha aportado, porque de ahí vendrá automáticamente la demanda general de invertir en I+D por parte de toda la población.

Por otro lado, con respecto a la colaboración público-privada, ¿qué opina usted de la necesidad de una ley de mecenazgo que incorpore la ciencia al mismo nivel que las artes, la dotación a universidades o el deporte base?

Pero, que se incorpore la ciencia, que tengan ustedes un instrumento fiable, porque hay muchas veces que no se producen inversiones en las materias que ustedes trabajan por la inseguridad jurídica que hay. ¿Qué opinión le merece esta necesidad?

Por último, ¿qué valoración hace del estado actual que tenemos en la capacidad de producción de vacunas? Sabemos que por parte del ministerio se está preparando la infraestructura para que se pudiera producir la vacuna con velocidad y en cantidad suficiente en el caso de que esta -ojalá sea cuanto antes- llegue a producirse. ¿Cómo valora usted la capacidad de producción que tenemos ahora mismo en España?

Muchas gracias.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias, señor Díaz.

A continuación, tiene la palabra la señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Bienvenida.

Que la inversión en ciencia e innovación tiene un valor indudable, es indudable. Estaba leyendo su informe 2018 y pone en el inicio que el impacto en la economía española es de 7000 millones de euros, 0,7 % de PIB, y que han generado 92 384 empleos, son muchos empleos. Ha dicho usted que contribuyen con 2000 millones de euros al Estado. Producen vacunas, investigan vacunas, inmunomoduladores, test de diagnóstico, es un claro exponente de colaboración público-privada, y hay una financiación importante del Estado, imagino que desgravaciones fiscales. Dado que hay esa inversión importante pública, ¿consideran ustedes que esa inversión debe verse reflejada en el precio final del producto? Y si piensan que desde que se inicia el proceso de investigación, cuando se investiga, por ejemplo, una molécula, desde el principio del proceso hasta el final del producto

farmacéutico, ¿creen que ese proceso debe ser transparente para conocer el precio del coste del fármaco? Porque, es muy diferente el precio del coste total del fármaco del precio que tiene en el mercado.

También me gustaría preguntarle qué piensa de la implementación de una industria nacional del medicamento pública.

Y una pregunta, que no sé si es pertinente, pero se la voy a hacer. ¿Cree usted que los precios de las PCR han estado inflados por las circunstancias de la necesidad de la pandemia?

Eso es todo. Gracias.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias.

A continuación, el señor Salvá, en representación del Grupo Vox.

El señor **SALVÁ VERD**: Muchas gracias, señora presidente.

La señora **COORDINADORA**: Señora presidenta.

El señor **SALVÁ VERD**: Señora presidenta.

Señora Polanco, ante todo, darle las gracias por su comparecencia. Yo, personalmente, siempre he admirado la biotecnología y a los que trabajan en ella, porque tienen un altísimo nivel científico. Muchas gracias por todo.

Yo quisiera hacerle varias preguntas. Primero. Ustedes han dicho que su plataforma podía proveer de 1 491 000 PCR a la semana y 100 000 test de anticuerpos semanales, ¿cree que con esta fuerza diagnóstica podían haber cubierto las necesidades de una estrategia que hubiese incluido no solo los casos compatibles, sino sus contactos estrechos? ¿Creen que están capacitados cualitativa y cuantitativamente para hacer cribados periódicos de los trabajadores sanitarios? Esto como una especie de complemento que

no tiene nada que ver con usted. Lo que sí le puedo decir, como médico que soy, es que, al principio de la pandemia, cuando yo veía que mis amigos y compañeros entraban en las UCI sin los equipos necesarios, era una cosa que me quitaba el sueño, era horrible, es como si un bombero entrara en un incendio en pantalón corto, con chancletas y en camiseta, es exactamente igual. Es un comentario que no va para usted, señora.

Como última pregunta, ¿ha contactado el Gobierno con ustedes a fin de hacer provisiones con vistas a un posible repunte de la epidemia? Hay estudios de epidemiólogos de prestigio que apuntan a un posible rebrote, ojalá me equivoque, pero no nos cogerá desprevenidos en octubre o en noviembre.

Muchas gracias.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias, señor Salvá.

Tiene la palabra la señora Pastor en representación del Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, presidenta, y muchas gracias, señora Polanco, por su presencia.

Agradecerle el informe que nos ha enviado, pero, sobre todo, tener la oportunidad de tenerla aquí, me alegro que sea una mujer sanitaria la que esté al frente de AseBio, donde están representadas las universidades, instituciones públicas y privadas, y, en fin, algo muy importante, usted lo ha señalado de alguna manera, pero me gustaría decirlo, ustedes representan la transferencia de conocimiento, y, por lo tanto, es fundamental escucharles y tenerles de interlocutores, no solo hoy, sino siempre.

Un país que no sea biotecnológico, seguro que coincide conmigo, tiene futuro, pero tiene un futuro mucho más vulnerable. Y, por eso, como aquí

estamos en este entorno que tiene que ver con la crisis que ha tenido este país y con esta pandemia que han tenido casi todos los lugares del mundo, voy a aprovechar para hacerle unas preguntas. Usted ha explicado muy bien quién son, a qué se dedican y cuáles son algunos de los problemas que ustedes tienen. Me consta que están en estrecha colaboración con la Unión Europea, con todas las instituciones públicas y privadas europeas de investigación en dos campos fundamentales. Usted ha hablado del presente y del futuro, de lo que tiene que ver con el entorno biosanitario y de lo que tiene que ver con el sector de la alimentación, tan fundamental, que genera también salud, porque somos fundamentalmente lo que comemos, entre otras cosas.

Pero, me gustaría hacerle preguntas relacionadas con lo que nos trae aquí a esta Comisión, y ojalá seamos en este grupo ejemplo de llegar a acuerdos importantes que tanto necesitamos, también en lo que tiene que ver con I+D y lo que tiene que ver con su sector.

Les he ido leyendo y escuchando, y ustedes han dicho que once empresas españolas especializadas en biotecnología, la *task force* bajo la coordinación de AseBio, manifestaron ante la crisis del COVID que la producción de este sector alcanzaba los 745 500 test PCR semanales, y que podría doblarse con una planificación mensual siempre que existiese un compromiso de compra por parte del Sistema Nacional de Salud. Y con respecto a los kits de extracción, que, según han expresado igualmente ustedes, alcanzan 194 000 unidades semanales, cifra que también podría triplicarse, y además hay que añadir otros 690 000 test de anticuerpos semanales, que podrían convertirse en más de un millón con una estrategia de medio plazo.

Como conocen sus señorías, hemos presentado desde mi grupo un plan de choque de cooperación con los representantes de las empresas de tecnología sanitaria y biotecnología, y también hemos pedido en esa

proposición una estrategia de país en el sector biotecnológico. Por eso, le pregunto ¿cree usted que la industria biotecnológica española está en capacidad de satisfacer la demanda de material necesario ante una situación de emergencia sanitaria? Esperamos que no tengamos un rebrote importante, pero, en cualquier tipo de emergencia infecto-contagiosa.

Segundo tema que le quiero comentar, también de lo que yo he escuchado, porque está en su página web. Han detallado ustedes de manera cronológica las ocasiones en las que se dirigieron al Ministerio de Sanidad, y la primera de esas comunicaciones fue el 31 de enero. ¿Cómo valoraría usted la respuesta de esas comunicaciones y qué respuesta encontraron en el Gobierno? ¿Cómo valoraría el hecho de que, tras argumentar que resultaba inviable la realización de pruebas a los casos leves o asintomáticos, por no haber suficiente capacidad en el país de producirlas e interpretarlas, se hiciera una compra en China de 432 millones de euros que incluía 5,5 millones de test rápidos?

El desarrollo de una estrategia española de biotecnología, que ustedes han explicado en varias ocasiones, tiene que ser una estrategia transversal, que dé respuesta a todos los sectores, ¿cómo piensa usted que se podría integrar esta estrategia en un pacto de Estado por la Sanidad? ¿Qué cree usted que sería lo relevante, si usted tuviera que decir tres o cuatro líneas que incluiría siempre?

Me queda preguntarle por un tema de incentivos. Usted ha hablado de la inversión pública y privada, y que la pública tiene que alcanzar el 2 % sobre el PIB. En España tenemos instrumentos de financiación, de incentivación y de promoción, ¿qué opina usted del programa *Profarma*, que es, como sabe, muy antiguo?

Una de mis compañeras, la portavoz de Unidas Podemos, le ha hecho una pregunta sobre la transparencia en los precios de los fármacos, creo que

es muy bueno que usted nos lo transmita, yo también se lo pregunto.

Por último, decirle que insertar una estrategia española de biotecnología en un pacto de Estado, como le preguntaba, ¿qué modelo de incentivos ustedes plantearían para la inversión en I+D+i?

Y otra cosa que creo que nos interesa a todos, ¿por qué hay tantas dificultades en España? esa burocracia que impide que un producto ya patentado, porque ahora patentamos mucho, hay gente innovadora. ¿Qué dificultades tienen ustedes para llegar al mercado español? ¿qué dificultades encuentran ustedes en la agenda pública, en las instituciones públicas, para que un fármaco -un ejemplo- para un diagnóstico, imagínese, de intolerancia a la lactosa, tarde varios años en que se pueda fijar un precio público y autorizar su comercialización? ¿Qué es lo que estamos haciendo mal desde las instituciones?

Muchas gracias, ha sido muy bienvenida, es una interlocutora muy relevante para nosotros. No solo usted, que es encantadora, sino todo lo que usted representa, que es, especialmente, a jóvenes innovadores que, como sabe, tenemos el proyecto de hacer una oficina de ciencia y tecnología en este Parlamento, y espero estar aquí para vivirlo, ya que lo inicié.

Gracias.

La señora **COORDINADORA**: Gracias, señora Pastor.

A continuación, tiene la palabra la representante del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Prieto.

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

Señora Polanco, bienvenida al Congreso de los Diputados, a este grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública perteneciente a la Comisión de Reconstrucción Social y Económica de nuestro país. Agradecerle la

documentación que nos ha facilitado, también su exposición y ese trabajo que hace contra reloj el sector biotecnológico.

Me satisface también que sea un sector en el que el 60 % sean mujeres, que un cargo directivo como el suyo, presidenta de esta asociación, sea una mujer, y espero que cada vez seamos más mujeres las que estemos al frente de cargos directivos, sobre todo en niveles científicos.

Hablando de mujeres, y antes de empezar con las preguntas, quería hacer una mención a Rosalind Franklin, porque se ha hablado aquí de Watson y Crick, pero sin los datos de Rosalind Franklin, que es una mujer silenciada, una mujer científica, no hubiera sido posible formular el modelo de doble hélice que describe la estructura del ADN.

Paso a las preguntas que le quiero hacer, por ejemplo, cuáles son las previsiones que tienen de innovaciones en su ámbito y el impacto presupuestario para los próximos años. ¿Qué proponen para la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud? Y, en su ámbito de actuación y trabajo, ¿cuáles serían algunas prioridades que nos puedan proponer? Otra pregunta, ¿cómo cree que puede asegurarse el acceso universal a la vacuna, cuando la haya? Y para finalizar, ¿qué lecciones cree usted que nos deja esta crisis provocada por el COVID-19?

Muchas gracias.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra la compareciente.

La señora **POLANCO ÁLVAREZ** (presidenta de la Asociación Española de Bioempresas AseBio): Gracias, señorías, por sus intervenciones, por apoyar al sector, porque ha sido unánime en todas y cada una de sus intervenciones, y por las múltiples preguntas que me han

trasladado, que espero sea capaz de responder.

Voy a tratar de ir por orden, y quizás alguna esté recogida en otras intervenciones. Respecto al Grupo Parlamentario Vasco, me congratula mucho el que su grupo apoye el que se pueda apostar por una política industrial que, a su vez, apueste por empleo de calidad y en la confianza en las alianzas público-privadas y por las sinergias. Me consta que País Vasco es una de las comunidades, junto con otras, que está avanzada en ese sentido, por el nivel de intensidad que tiene también el sector biotecnológico allí presente. Me preguntaba usted dónde está el equilibrio entre la propiedad industrial, las patentes, el derecho a la salud, cuál es el nivel de colaboración del sector al nivel internacional en alianzas, vacunas, mecanismos... Recogiendo un poco todo, somos un sector muy diverso, que estamos compuestos por empresas, tanto *starups*, que muchas son *spin-off* de universidades y centros de investigación, incluso de hospitales, hasta micropymes, pymes, grandes compañías, tanto nacionales como internacionales, fondos de inversión, además del sector público. Es un sector muy diverso y muy internacional, desde el hecho que hay compañías que ya son internacionales, están presentes en España y aportan capacidad productiva, aportan empleos de calidad y centros de I+D, pero también, y son la mayoría, pymes que han nacido en España, algunas de las cuales están todavía en una fase muy temprana, pero hay otras que ya están muy maduras, que se han internacionalizado y que son un referente a nivel mundial. Por lo tanto, la internacionalización es una señal de DNA de nuestro sector.

En los 20 años que llevamos como asociación hemos defendido esa colaboración público-privada y esa vocación de internacionalización, y, de hecho, si algo está poniendo de relieve esta pandemia, es la fuerza que tiene que tener, de aquí en adelante, sobre todo, la colaboración público-privada. Nos hemos puesto a trabajar todos -decía antes- contra reloj, a la búsqueda

de soluciones, tanto de diagnóstico, medicamentos o vacunas, y lo hemos hecho desde la colaboración entre grandes y pequeñas empresas, pero también entre el sector público y privado y a nivel internacional. Por citar algunos ejemplos, en el ámbito de los tratamientos, muchas de nuestras empresas, que tienen tratamientos autorizados para otras patologías, los han puesto a disposición de la comunidad. De hecho, voy a citar el ejemplo del estudio *Solidarity*, impulsado por la OMS, donde hay empresas del sector biotecnológico en el que, medicamentos que ya están siendo utilizados para otras patologías están en fase de investigación. Esto es una colaboración entre las propias industrias impulsada por un organismo internacional. Hay empresas que, a su vez, estaban desarrollando ya tratamientos para cáncer, o para esclerosis múltiple, inmunoglobulinas para el plasma, etcétera y que también los han puesto a disposición del sector para la investigación. Por lo tanto, hay una fuerte colaboración a todos los niveles.

Si me centro en la parte de vacunas, que ha habido varias preguntas, a día 2 de junio la OMS tenía 133 candidatas a vacunas, de las cuales en torno a 10 están en fase clínica. Desde luego, desarrollar una vacuna es un proceso biotecnológico sumamente complejo y costoso, puede llevar hasta 10 años y una inversión de 500 millones de euros. CEPI, que, como saben, es la coalición de la alianza impulsada por la institución Bill y Melinda Gates, es una de las instituciones internacionales que está llevando a cabo varias vacunas, y con ella estamos colaborando muchas empresas del sector. Como lo estamos haciendo también con institutos públicos, hablo a nivel internacional, como es la Universidad de Oxford, el Instituto (¿¿??) etcétera, y cómo no, también en España. De hecho, tres de los ocho centros públicos seleccionados por la OMS son españoles, que son el Centro Nacional de Biotecnología CSIC, el Instituto de Salud Carlos III y el IRB. Por lo tanto, colaboración público-privada, colaboración privada-privada, colaboración

con organismos filantrópicos, a todos los niveles. Aprovecho también para decir que, en este proceso, CEPI es quien ha dicho que desarrollar una vacuna, como va a ser la de la COVID, esperamos que esté en tono a 12 a 18 meses. Esto ya es un reto, es un hito importante. Este acortamiento en el desarrollo de las vacunas es debido, también, a que hemos aprendido mucho de pandemias pasadas como la del SARS, la del MERS, la del ébola, etcétera, y esto ha hecho que el genoma del virus haya estado disponible en enero para que inmediatamente se pueda empezar a investigar. Y ha sido público, a disposición de todos y de toda la comunidad del mundo, a todos los niveles, sector privado, sector público, sector filantrópico, etcétera, todos se han puesto en marcha. Hablaban ustedes del descubrimiento del DNA en 1953, desde entonces hasta ahora se ha acelerado, y vamos aprendiendo y construyendo sobre lo que se ha aprendido. Y si vemos, además, cómo somos capaces de secuenciar genomas, si nos retrotraemos a la época de los 80, cuando tuvimos la desgracia de tener la pandemia mundial del VIH, que muchos de nosotros la vivimos en primera persona por la edad, se tardó dos años en identificar el genoma, y nunca se llegó a encontrar una vacuna. Afortunadamente, lo que entonces era una sentencia de muerte, a día de hoy es una enfermedad crónica, gracias a la apuesta por la ciencia, la innovación y por el desarrollo biotecnológico.

Yo confío en que esta vacuna esté el próximo año, y será, desde luego, gracias al trabajo colaborativo de todos, y gracias también al sector privado, porque algunas de las empresas del sector incluso han puesto a disposición oligonucleótidos, secuencias del DNA, no solamente para la vacuna, sino también para el diagnóstico.

También me gustaría añadir que, en el proceso de tener la vacuna disponible, tan importante es el desarrollo de la misma -y va a ser muy importante que estén todas disponibles, no es una carrera de quién llega

primero, es una carrera para que estén y que sean capaces de generar la inmunidad que necesitamos- va a ser la fase de escalado posterior, que supone también un reto fundamental y donde el sector biotecnológico estamos trabajando a contrarreloj. Escalar la vacuna para que esté disponible para toda la población mundial es una obligación y es un reto. Hay algunas empresas de nuestro sector que, por citar algún ejemplo sin mencionar nombres, han podido acortar el proceso de producción de 12 meses a 2. Se trata de llegar cuanto antes, llegar con lo mejor, y, sobre todo, llegar a todos.

Creo que en algún momento me han preguntado también por el tema de patentes, precios, etcétera, creo que ahora mismo estamos todos comprometidos por tener estas vacunas disponibles, estos medicamentos también disponibles, hasta que tengamos uno que sea específico para el tratamiento. Mientras tanto, como digo, hay muchos en marcha.

Hablando de vacunas, no quiero olvidar la pregunta del señor Díaz, de Ciudadanos, que me preguntaba también cuál es la capacidad de producción de vacunas en España. En España tenemos empresas que están trabajando en vacunas para la I+D, pero tengo mis dudas sobre si estamos preparados para producirlas. Déjeme que lo deje ahí, porque en el sector tenemos plantas de producción biotecnológica y plantas de I+D para muchos medicamentos que son esenciales y que lo han sido durante la crisis. Y, además, quiero poner en valor todo ese trabajo que hemos estado realizando el sector para mantener nuestras fábricas de producción, que, a su vez, permiten la producción de medicamentos para el país y para la exportación. Todo eso genera economía y, como digo, empleo de alta calidad. Medicamentos que han sido esenciales y que han permitido no cortar esa cadena de suministro, y esto también es importante. Cuando hablaba al principio de por qué hay que apostar por el sector, porque estamos viendo que hemos tenido una crisis de sanidad, con unas consecuencias económicas y sociales, si fortalecemos

el sector tendremos, a su vez, una economía próspera y seremos más autosuficientes, déjenme que lo exprese de esa forma. Tenemos que ser capaces como país de atraer inversiones, y de que estas inversiones permanezcan en nuestro país. Y esto pasa porque las compañías, sean nacionales o internacionales, estén presentes en el país y lo consideren como un país puntero en innovación, y tengamos lo que tenemos muchas empresas del sector, que son plantas de I+D que investigan medicamentos para todo el mundo, plantas de producción biotecnológica, plantas de producción de otro tipo, pasarán por aquí representantes del sector, y eso hay que garantizarlo, y hay que ser un país atractivo para que se siga invirtiendo, y, a su vez, que nos permita ser autosuficientes.

La señora Medel, de Podemos, hablaba sobre el impacto en la economía. A mí siempre me gusta ponerlo en valor, porque 7000 millones de impacto, 0,7 % de PIB es muy relevante, los 2500 millones de euros, pero, sobre todo, me parece muy importante el empleo. La cifra que hemos puesto sobre la mesa son los más de 92 000 empleos directos, indirectos e inducidos, de forma directa damos empleo a 25 000 personas. El último dato que tenemos disponible, de hace dos años, porque en breve vamos a presentar el nuevo informe AseBio, es que generamos 25 000 empleos, y eso supuso un crecimiento del empleo del 10 %, cuando la media en España era de en torno al 3 %, lo cual da una idea de la relevancia que tenemos como sector. Pero, además, algo que estamos haciendo desde AseBio, y que esperamos tener pronto los datos, es ver cuál ha sido el impacto que ha tenido en el empleo la actual pandemia. Sabemos que hay algunas consultoras que han publicado datos que dicen que el sector biotecnológico es uno de los tres, junto con el farmacéutico y el industrial, que no solo no ha destruido empleo, sino que lo ha generado. Yo suelo ser muy cauta, me gustan mucho los datos y refrendarlos, y por eso hemos lanzado una encuesta a nuestros asociados y

queremos ratificarlo, pero sería una buena señal. Además, esto es empleo de calidad, que supone una apuesta por lo que va a ser el país.

Es algo que digo yo, pero que lo recojo de las tendencias que estamos viendo a nivel europeo y a nivel global. Personalidades internacionales hablan del siglo XXI como el sector de la biotecnología. Si ustedes leen el informe de las 100 innovaciones disruptivas que van a cambiar el futuro, se encuentran, sin duda, la biotecnología. Hay un apartado dedicado a la biomedicina, donde se habla de la edición génica, de la terapia génica, de las vacunas genómicas, del microbioma, pero se habla también de la otra parte, que también he traído a la mesa, y que es la parte de respeto hacia el medioambiente, con la generación de bioplásticos, de biocombustibles, de una economía circular, que, además, entronca muy bien con la nueva estrategia industrial de Europa que ya se ha puesto sobre la mesa y, desde luego, con los Objetivos de Desarrollo Sostenible que todos compartimos.

Me hacía usted preguntas sobre inversión pública, inversión privada. Esto tiene que ser un mix en el que tenemos que apostar todos. Lo repetiré hasta la saciedad, lo traigo también a esta comparecencia, la colaboración público-privada es algo que tenemos que aprender de otros muchos países que ya nos llevan la delantera. Tiene que haber inversión pública y tiene que haber inversión privada, y la inversión pública es tractora de inversión privada. El Instituto **¿¿TEK??** es de Finlandia, lo he citado en el inicio de mi intervención, estima que por cada euro que se invierte desde la inversión pública se generan dos euros de inversión privada, por cada 100 euros que se invierten se expande la economía 120 euros. Por lo tanto, yo creo que tenemos un deber, que no es nuevo, que no se pone de manifiesto a raíz de esta pandemia, es algo que ya veníamos demandando desde hace tiempo, porque, también lo decía en la innovación, en España estamos considerados como un país de innovación media, nuestra inversión en I+D está por debajo

de la media, es 1,2 respecto al 2, que es el que estamos proponiendo. Y si nos comparamos con países cercanos, Francia supera el 2, pero Alemania tiene en torno a un 3, y no me quiero ir a Israel, que tiene un 4, que es un país que, al margen de diferentes connotaciones geopolíticas, ha apostado por la innovación desde arriba. Déjenme que les diga que innovar, a veces se piensa que es una bombilla y tienes una idea, eso no se traduce después en emprendimiento, hay que trabajar la cultura del emprendimiento en la sociedad y ser capaces de ponerlo en marcha. Igual que en la industria trabajamos en la cultura empresarial hay que trabajar en esa cultura de país y en esa cultura de emprendimiento y de tolerancia al fracaso inteligente. Tenemos que aprender de ello y de modelos de innovación inversa o de lo que se está llevando a cabo en países como Finlandia o Dinamarca, tenemos muchos países de los que podemos aprender.

Por tanto, tenemos que apostar por esa inversión pública que, como digo, va a ser tractora de la inversión privada. Y decía también que no solamente es necesario invertir en I+D, sino que también hay que poner los mecanismos necesarios para que esa inversión se pueda ejecutar y no suceda lo que hemos visto en el pasado de que aproximadamente el 50 % se deja sin invertir.

En AseBio tenemos un informe exhaustivo, muy detallado, que lo podemos compartir porque es público, donde damos una serie de medidas que yo creo que se deberían incorporar y que tienen que ver con algo que sabemos y que, a su vez, los organismos internacionales como la OCDE o la Comisión Europea, ya han llamado la atención, y es que tenemos demasiado peso en préstamos frente a subvenciones. Hay que buscar ese equilibrio, ese mix, que nos sitúe más cerca de países de nuestro entorno como puede Francia, donde tienen un mejor equilibrio en ese sentido y apuestan por subvenciones en aquellas empresas de TRL bajo, más alejadas de mercado,

o por herramientas que, como digo, se puedan ejecutar.

En términos de burocracia tenemos mucho que avanzar, hay muchas empresas que no pueden llegar a esos préstamos por una serie de circunstancias, hay que tener un calendario estable, hay que tener esa financiación que llegue a tiempo para que sea de verdad un incentivo, que es de lo que se trata. Y no olvidemos que nuestro sector es muy binario, de alto riesgo, con largos periodos de maduración, es diferente al de los TIC, y, por lo tanto, hay que considerarlo especial y tratarlo como tal. Los fondos, que son muy bienvenidos, como los Neotec, ya nos han alertado que no son suficientes. Hay que hacer un trabajo fino, que no es el objeto de hoy porque, como digo, lo tenemos muy detallado y lo pondremos a su disposición.

Sobre si el Gobierno se ha puesto en contacto con nosotros, nosotros hemos estado en contacto con el Gobierno durante todo este tiempo, hemos estado en contacto con el Ministerio de Sanidad, le solicitamos que fuéramos consideramos sector esencial y así fue, nos consideraron muy importantes todo el tema de animalarios y cultivos celulares. Hemos estado también en contacto con el Ministerio de Innovación para poner a disposición toda nuestra capacidad de producción de test diagnósticos, que, como bien ha citado, alcanza en el caso de las PCR las 750 000, pudiéndose duplicar en un mes. Y, a día de hoy, estamos produciendo en torno a 2 millones de anticuerpos. Nosotros nos hemos puesto a disposición, y seguimos a disposición del Gobierno. Ahí está el diálogo. No entramos a la capacidad del Gobierno para comprar dentro o fuera, porque somos sumamente respetuosos con el libre mercado y la libre competencia, pero creo que es bueno que el Gobierno conozca nuestra capacidad de producción y la flexibilidad que hemos tenido. Dense cuenta que, al igual que ha sucedido en otros países, no estábamos preparados, el virus llegó a nuestro país en marzo, lo primero que tuvimos fue PCR, ya se habían desarrollado en China,

es verdad que se trajeron los test entonces, pero empresas nuestras, nacidas en España en mayo, ya tenían los test de anticuerpos, tanto los rápidos como los Elisa, validados con el certificado CE, y lo han hecho en tiempo récord, y lo han hecho de la mano del Instituto de Salud Carlos III y de centros públicos y hospitales como el Ramón y Cajal, Gregorio Marañón, etcétera. Esto es un ejemplo, pero da buena prueba de la capacidad que tenemos como sector.

La señora Ana Pastor me ha hecho preguntas sumamente relevantes. Apostamos por una estrategia de biotecnología transversal. Yo creo que los principales puntos son abarcarlo como se ha hecho, y, mira, podemos fijarnos en otros países que ya lo están haciendo. Para mí, dos países que podemos copiar, o hacer *benchmarking*, como decimos en nuestro sector, pueden ser Dinamarca o Reino Unido, les pasaremos la información detallada. Dinamarca ha puesto en marcha un plan de estrategia de la biotecnología y ciencias de la vida que abarca todo el ciclo de vida, desde la I+D, el talento, qué talento se necesita en nuestras universidades para estar preparados de cara al futuro, porque nos estamos encontrando con que no tenemos suficientes profesionales, muchos de ellos se van a otros países, tenemos que retenerlos. También con la Agencia del Medicamento, ellos tienen una sección especial para el área de biotecnología. Hay que revisar la parte regulatoria. Lo decía al principio, tan importante es apostar por la I+D y la innovación como tener mecanismos que garanticen el acceso a los pacientes y de forma equitativa. En este sentido tenemos mucho que mejorar, desde la autorización de un medicamento por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), por citarles el caso. Hay algunos países en los que el medicamento está disponible inmediatamente, tenemos modelos como Alemania o como Reino Unido, en España tenemos una agencia, a la que quiero agradecer todo el trabajo que ha hecho durante esta crisis, porque ha sido modélico, y

necesitamos una autorización nacional, pero, a partir de ahí se inicia un proceso de precio y financiación, y después una parte de acceso de las diferentes comunidades, que hace que un medicamento pueda tardar en llegar a los pacientes uno o dos años desde que ha sido autorizado por la EMA. A lo que se suma todo el periodo de investigación, que, además, como estamos con medicamentos que cada vez son más complejos, estamos hablando de medicina personalizada, estamos hablando de inmunooncología, estamos hablando de medicamentos para los que, si anteriormente hablábamos de diez años para llegar, ahora llegamos a los 12 o 16 años, con un altísimo riesgo, una de cada 10 000 moléculas llega a la fase clínica. Por lo tanto, tenemos que garantizar que estos medicamentos lleguen y estén accesibles a toda la población en condiciones de equidad. Yo creo que ahí tenemos que trabajar todos de la mano para conseguir eso y hacerlo también de forma que sea sostenible, y ahí nos van a encontrar a todo el sector dispuesto a ello.

El plan *Profarma*, que mencionaba, creo que necesita una revisión profunda. Es un plan que lleva muchos años en vigor, y precisamente este año acaba el cuatrienio y se inicia una nueva etapa. Yo apostaría por sentarnos todos los que participamos en él y darle una vuelta, porque hay aspectos claramente mejorables. Tiene que ser un incentivo para que las empresas que estamos en el país sigamos apostando por estar, no solamente por comercializar los medicamentos, sino, como decía al inicio, porque traigamos investigación de calidad, que, por cierto, es una de las más altas del mundo. Aquí hemos hablado del nivel de nuestros sanitarios en esta pandemia, pero el nivel científico que tenemos es espectacular, nuestros científicos, con los que colaboramos desde la industria, son líderes de opinión en todo el mundo.

Tenemos que apostar también por una transferencia no lineal, esto es

algo que nos han dicho los organismos internacionales, tenemos que sobrepasar ese modelo lineal tradicional de la universidad a la empresa y crear más esos puentes para que podamos tener esa cultura de emprendimiento y tener más patentes, porque, en estos momentos, si hablamos de datos, España tiene un 1 % de patentes; Francia, un 6; Alemania, un 15; Estados Unidos, un 25, cuando tenemos un sistema de país que somos la novena potencia mundial en generación de conocimiento, y tenemos además publicaciones de calidad. Luego, algo está pasando, eso también hay que revisarlo.

Ha sido un placer, se me ha pasado el tiempo volando. Sé que han quedado preguntas en el tintero, a su disposición para lo que necesiten. Y, por supuesto, les haremos llegar información más detallada en el futuro.

Muchísimas gracias por invitar a AseBio una vez más a esta Comisión, porque creo que es responsabilidad de toda la población civil también el que pongamos nuestro granito de arena para estar ahí y superarlo.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias, señora Polanco. Siento que hayamos tenido que adelantar el fin de la intervención cinco minutos, pero tenemos el minuto de silencio.

- DE D. PEDRO LORENTE GARCÍA, DOCTOR EN MEDICINA POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. ESPECIALISTA EN MEDICINA INTENSIVA. PROFESOR ASOCIADO DE LA UNIVERSIDAD JAUME I (CASTELLÓN).

La señora **COORDINADORA**: Continuamos con la sesión con la comparecencia de don Pedro Lorente García, que tiene la palabra.

El señor **LORENTE GARCÍA** (doctor en Medicina, especialista en Medicina Intensiva y profesor asociado de la Universidad Jaume I): Buenos días, gracias a la presidenta de la Mesa, a sus señorías, por la invitación del grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública.

Quiero dedicar mis primeras palabras al recuerdo de los fallecidos por la pandemia de COVID-19, y, especialmente, a los profesionales sanitarios que arriesgaron y sacrificaron sus vidas para cuidar a los demás. Decía el filósofo Jean Paul Sartre que las decisiones de cada uno comprometen a los demás, y las decisiones de los profesionales sanitarios, señorías, comprometen a todos a estar a la altura del momento histórico que nos ha tocado vivir.

En mi intervención de hoy voy a realizar un análisis de fortalezas y debilidades de nuestro Sistema Nacional de Salud, con la intención de colaborar a la mejora de su funcionamiento y para que estemos mejor preparados en caso de que vuelva algún rebrote o amenaza. La respuesta a la pandemia y el refortalecimiento del Sistema Nacional de Salud no va de heroicidades, señorías, sino de política sanitaria, organización y recursos, de identificar las debilidades y de tomar medidas concretas.

Dentro de las fortalezas de nuestro Sistema Nacional de Salud está el gran reconocimiento internacional que tiene, tanto por resultados en salud como por eficiencia y control de costes, diferentes organismos como la OMS, la Agencia Bloomberg, la prestigiosa revista *The Lancet* y el Banco Iberoamericano de Desarrollo, señalan a nuestra sanidad pública en los primeros puestos de las evaluaciones internacionales. Otra de las fortalezas es el gran apoyo ciudadano que tiene, los resultados de barómetros sanitarios son muy concluyentes, los ciudadanos prefieren un centro público sobre uno privado, y la mayoría cree que la sanidad está mejor gestionada si lo hace la administración pública. Lo mismo indica la Encuesta de Estudios Fiscales,

donde la sanidad es el servicio público más apreciado por la ciudadanía. Otra de las fortalezas son los excelentes profesionales, tenemos una buena cualificación y un gran reconocimiento nacional e internacional. Y otra, sin duda, de las fortalezas de nuestro sistema es la atención primaria, como base y centro del sistema. La atención primaria, que es la base o el tronco del sistema, como se le quiera llamar, y que, a pesar de sus limitaciones debido a los bajos presupuestos, falta de recursos, recortes, poco desarrollo de la prevención y la promoción, resiste y sigue estando entre las mejores del mundo, sobre todo, y sin duda, por el empeño de sus profesionales.

¿Y, entonces, dónde radica el problema, señorías? Pues, según autores, el Sistema Nacional de Salud español, desde su comienzo en el año 1986, manifestó una contradicción, un sistema público financiado a través de los impuestos, pero, al mismo tiempo, rodeado de un sistema capitalista de libre mercado que lo observaba como una oportunidad de negocio. Estas tensiones no tardaron en manifestarse en el tiempo a través de políticas sanitarias y legislaciones como la Ley 15/97, que habilita nuevas fórmulas de gestión, y abre la puerta a la participación privada en la gestión de la asistencia sanitaria. También hay que hablar del Real Decreto 16/2012, donde se pierde la universalidad en la asistencia y se introduce el impuesto a la enfermedad, también llamado copago. Hay que comentar también que está parcialmente compensado en lo referente a lo de la universalidad en el Real Decreto 7/2018. A pesar de existir una ley de cohesión calidad del Sistema Nacional de Salud, las competencias sanitarias en nuestro Sistema Nacional de Salud están transferidas a los 17 sistemas de salud de las comunidades. Cada comunidad ha desarrollado políticas sanitarias diferentes, con mayor o menor grado de privatización de sus servicios, provocando gran heterogeneidad en los resultados y dificultando enormemente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, la relación entre el ministerio

y las comunidades parece que se fundamenta en las competencias, se echa de menos más colaboración y coordinación. Parece que el ministerio y el consejo interterritorial intentan ejercer un liderazgo efectivo, pero la falta de herramientas, como la falta de un plan integrado de salud que reequilibre la sanidad entre las diferentes regiones, lo dificulta notablemente.

Vamos a empezar describiendo las principales debilidades del Sistema Nacional de Salud. La pandemia ha puesto en evidencia algunos problemas sobre nuestro sistema sanitario que arrastraba desde hace tiempo. Uno de ellos es la financiación, el gasto sanitario público es insuficiente, y en disminución constante en el periodo de la anterior crisis económica, de 2009 a 2018. Además, el gasto sanitario público está por debajo del gasto sanitario por habitante y año, promedio de la OCDE y la Unión Europea.

Otra cuestión es la gran diferencia de los presupuestos entre las diferentes comunidades autónomas, hay una media en los presupuestos de 1487 euros por habitante y año, con un rango superior para el País Vasco, que le dedica 1809 euros por habitante y año, y unos rangos inferiores en los que están situados las comunidades de Madrid y Cataluña, lo que provoca una diferencia de los dos últimos sanitarios de, aproximadamente, unos 617 euros por habitante y 572 euros por habitante, respectivamente. Estas diferencias provocan un obstáculo presupuestario para el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones de cantidad y calidad, y parece sensato, señorías, incrementar la financiación sanitaria, asegurando el incremento por habitante y año para acercarnos, al menos, al promedio de la Unión Europea. Existen iniciativas a este respecto que intentan incrementar la financiación relacionándola con el PIB, en concreto, hay una que pretende destinar el 7 % del PIB a la sanidad, pero en el actual contexto de incertidumbre puede resultar algo insuficiente. Quizá sería más adecuado elaborar un plan integrado de salud que establezca las

necesidades de salud de la población, cuantifique presupuestariamente la misma y sea gestionado por el consejo interterritorial con criterios de equidad para complementar los presupuestos autonómicos y disminuir esas diferencias entre las comunidades.

Para que los recursos no acaben en otros menesteres, no sería menos conveniente garantizar la financiación finalista del presupuesto gestionado. Es importante también tener en cuenta que el gasto sanitario tiene un elevado efecto redistributivo de la riqueza, según el Observatorio Social de la Caixa. Conviene recordar que, en otros países donde no existe un sistema nacional de salud como el nuestro, como por ejemplo en Estados Unidos, una de las principales causas de ruina familiar es la enfermedad.

Pasemos a otra de las debilidades, las privatizaciones. Existen sobradas evidencias que el modelo de privatizaciones no resulta ni eficiente ni adecuado para gestionar la salud. En este modelo de privatización del Sistema Nacional de Salud ha pasado prácticamente de todo, sobrecostes en la construcción de hospitales, rescates con dinero público del modelo Alzira, fenómenos de puertas giratorias, irregularidades por la imbricación político-empresarial, falta de supervisión o falta de integración, reducción de camas hospitalarias, cuestiones bien documentadas en numerosos medios y publicaciones. En la revista *The Lancet* se afirma que las políticas de austeridad, recortes y privatizaciones han deteriorado el Sistema Nacional de Salud de nuestro país, y es preciso frenar ese deterioro. Otras publicaciones de importante impacto, como el *British Medical Journal* hace muchos años que ya alerta en numerosos artículos que el modelo PFI es un fracaso, pero que se exporta a otros países diferentes a Inglaterra, que es de donde surgió. No sirve para reducir gastos y son una carga que aumenta con los años. Por ello, quizá, la profesora Allyson Pollock dice que en los sistemas públicos de salud el hecho de separar la financiación, que es el que paga, de la

provisión sanitaria, que es el que realiza el servicio, es el primer paso para la privatización sanitaria total, porque permite la creación de un pseudomercado interno que, posteriormente, resulta fácil de ampliar para los intereses privados.

En definitiva, el modelo de privatización parece una política sanitaria fallida, que lastra y deteriora al Sistema Nacional de Salud, pues supone un elevado desvío de valiosos recursos sanitarios al sector privado. Parecería, pues, razonable que en el actual escenario dirijamos las políticas sanitarias a recuperar lo privatizado, incluyendo una posible derogación de la Ley 15/97, y favoreciendo la reversión de hospitales, laboratorios, servicios diagnósticos por imagen, etcétera.

Otra de las debilidades que quería comentar de nuestro sistema es la política farmacéutica. El gasto farmacéutico ha sido siempre elevado en nuestro país, siempre por encima del promedio de la Unión Europea y de la OCDE, y se ha ido incrementando en los últimos años. El incremento de gasto farmacéutico y de la comercialización desmesurada de nuevas moléculas resulta, en ocasiones, peligrosa. Por ejemplo, Estados Unidos se enfrenta a un claro problema de salud pública por el consumo excesivo de opiáceos para el tratamiento del dolor. Otro importante estudio realizado en Francia, y publicado en la revista *Prescrire*, analizaba fármacos comercializados durante más de 20 años, y arroja unas conclusiones sorprendentes, tan solo el 3,2 % de todos los medicamentos comercializados, y en total era 3096, aportaban alguna ventaja interesante para la salud. La excesiva medicalización o procedimientos que no aportan beneficios para la salud es un gran problema de los sistemas sanitarios, las prácticas clínicas y tratamientos inapropiados consumen entre el 25 y el 33 % de los presupuestos de los sistemas sanitarios de todo el mundo, según la revista *The Lancet*. A menudo se confunden las cosas, y en el caso de los

medicamentos, todavía más, la elevada variedad de remedios para la misma cuestión, en ocasiones es innecesaria e inapropiada, no obedece a necesidades de la salud de la población. Tener más medicamentos a disposición no es mejor, incluso es un gran problema para la salud, hay que tener solo los necesarios. Afortunadamente, los medicamentos necesarios, ni son muy numerosos ni son tan caros de producir y distribuir en la mayoría de las ocasiones. La última lista de medicamentos esenciales actualizada por la OMS en junio de 2017 recoge solo 433 medicamentos esenciales. Incluso admitiendo que la lista de la OMS pudiera ser algo restrictiva, no tiene sentido la producción de más de 1000 o 1500 medicamentos distintos.

Otro problema importante es el desabastecimiento de medicamentos esenciales. El número de medicamentos desabastecidos actualmente, según fuentes del Ministerio de Sanidad, es de 545, en febrero de 2020, sin contar los medicamentos huérfanos por enfermedades de poca prevalencia, que ascienden a 171. Esta situación, señorías, es inaceptable para el Sistema Nacional de Salud, pues provoca descrédito y desconfianza en el mismo. Las consecuencias sobre la salud que provoca el desabastecimiento incluyen, por un lado, el incremento de reacciones adversas, errores de medicación. Durante la epidemia de la COVID los problemas de desabastecimiento parece que se han incrementado, es imposible tener datos actualizado en este momento, pero parece que la dependencia de los mercados extranjeros en lo referente a la adquisición de medicación y de material para hacer frente a la pandemia no ha sido lo más apropiado.

Se precisa una autonomía pública y real en la producción y distribución de fármacos esenciales para el Sistema Nacional de Salud, y esto puede alcanzarse con el desarrollo, si lo consideran, de una industria pública del medicamento, orientada a garantizar la seguridad de los medicamentos, acabar con los desabastecimientos y volver a enfocar la investigación de

nuevas moléculas a las necesidades sociales y de salud, y no a las necesidades económicas. Hoy por hoy, el único laboratorio farmacéutico de titularidad pública que existe capaz de elaborar medicamentos y atender la necesidad de farmacéuticas de la población española es el Centro Militar de Farmacia de la Defensa, que podía hacer frente a los problemas de urgente desabastecimiento de fármacos. Su experiencia sería fundamental para desarrollar un modelo de industria pública del medicamento que garantice la suficiente autonomía e independencia del Sistema Nacional de Salud para conseguir sus objetivos sanitarios, y su puesta en marcha no supondría una inversión inicial adicional, pues las instalaciones están operativas y han demostrado su capacidad en recientes pandemias como la de la gripe A.

También pueden ser interesantes iniciativas políticas para reducir el gasto farmacéutico, sin reducir el beneficio de los medicamentos, porque los medicamentos son necesarios, fijación de los precios acorde con los gastos reales, promoción de los medicamentos genéricos, centrales de compras para todo el Sistema Nacional de Salud, y anular el impuesto a la enfermedad, también llamado copago sanitario del Real Decreto 16/2012.

Otra de las debilidades que afecta, quizá a la gobernanza, es la relación entre el ministerio y las comunidades autónomas, parece que hay problemas de coordinación, sobre todo manifestados por las escasas existencias de políticas comunes de salud y que intenten disminuir las desigualdades entre las diferentes comunidades. El decreto de estado de alarma ha devuelto parte de esas competencias al Ministerio de Sanidad para poder hacer frente a la pandemia, cuando este se acabe ¿qué ocurrirá? ¿volveremos a esa relación competencial entre el ministerio y las comunidades o avanzaremos en la colaboración y coordinación para acabar con la inequidad entre sistemas sanitarios dentro de un mismo país? Yo lo desconozco, señorías, es fácil predecir el pasado, pero no el futuro.

Una posibilidad, en este sentido de colaboración, pudiera ser la creación de un plan integrado de salud, como hemos comentado anteriormente, para definir necesidades comunes, gestionado por el consejo interterritorial, con un presupuesto propio, con una financiación finalista y dirigido a mejorar la equidad y coordinación entre las comunidades. Esa podría ser una herramienta.

Otra de las debilidades que tenemos en el Sistema Nacional de Salud es la política de recursos humanos. Dicen que los profesionales somos la base del funcionamiento del sistema sanitario, señorías, hasta nos han dado algún premio recientemente, pero la política de recursos humanos sanitarios en nuestro país tiene varios problemas. Los trabajadores sanitarios disminuyeron durante los recortes de manera importante y todavía no se han recuperado, según las fuentes entre 30 000 y 50 000 profesionales sanitarios. Existe un déficit también con enfermería por debajo de los ratios por habitante promedios de la OCDE y de la Unión Europea. Existe un deterioro continuado en las condiciones laborales de los profesionales sanitarios, con multitud de contratos precarios que se enlazan unos con otros, una elevada temporalidad, que en algunas categorías llega hasta el 40 %. Con estas condiciones laborales estamos invitando a los profesionales sanitarios a emigrar al extranjero, estamos exportando profesionales sanitarios a países que tienen unos ratios de profesionales por población mejor que nosotros, y se han beneficiado de ellos durante la crisis sanitaria. Esto lo considero grave. Y por ello, parece sensato responder a las necesidades de nuestras profesionales, incluyendo un plan de repatriación de los profesionales sanitarios en el extranjero, porque aquí, señorías, son necesarios.

También sería muy conveniente organizar las ratios de profesionales médicos de primaria con cupos adecuados, ratios de enfermería para atención primaria adecuada, de hospitalización, etcétera, y, por supuesto, una

periodicidad en las convocatorias de empleo público y procesos de consolidación extraordinarios a los interinos de larga duración, porque empiezan a jubilarse compañeros en situación de interinidad temporal.

Como conclusión, lecciones de esta crisis sanitaria que quiero exponerles. La pandemia ha provocado que nuestro Sistema Nacional de Salud se tense tanto que ponga en peligro su principal objetivo, que es curar y cuidar a la población. La crisis sanitaria ha supuesto un colosal reto, un enorme sacrificio y esfuerzo colectivo. Lo que está claro es que, si la amenaza ha sido colectiva, parece razonable pensar que la reconstrucción debiera ser colectiva, porque si no, no creo que sea. En un escenario con tanta incertidumbre es imposible predecir el futuro, señorías, la medicina y las epidemias, desafortunadamente, no son matemáticas. Pero, que la situación sea compleja no significa que no tengamos que estar a la altura, y no significa que no sea posible un camino adecuado a la crisis sanitaria. Si una cosa nos ha enseñado la pandemia es que debemos adelantarnos y ser proactivos con nuestros planes de contingencia. Algunos autores proponen blindar la sanidad por su importancia estratégica y nacional, una posible propuesta de custodia y blindaje sería abordarlo legislativamente a tres velocidades. En primer lugar, dando una respuesta intensa y de emergencia al Sistema Nacional de Salud, dirigida a reparar daños y grietas en su estructura y niveles asistenciales, con la producción industrial propia, mejorar las condiciones sociolaborales de sus trabajadores, revertir el proceso privatizador y no olvidar los sistemas de atención de ayuda a la dependencia. En segundo lugar, dar una respuesta dirigida a la arquitectura jurídica o de modelo, convirtiendo de manera efectiva el derecho a la protección de la salud y sus periferias en un servicio o actividad pública esencial, procediendo a la revisión de la normativa vigente, para restituir al Sistema Nacional de Salud a sus verdaderos titulares y destinatarios, que es el pueblo español.

Ello afectaría, por citar solo normas estatales, entre otras, a la Ley General de Sanidad, de 1986, a la Ley 15/97 y al Real Decreto 16/2012. También sería oportuno, señorías, articular tal intervención en forma de ley orgánica, si es posible, sobre la legislación reguladora de la contratación del sector público. Ahí puede que esté la clave. Y, en tercer lugar, tenemos que responder a estos retos históricos que se nos presentan dando una respuesta con impacto constitucional.

Lo deseable sería un pacto de Estado, con previo debate y movilización social, que active una reforma constitucional para que el artículo 43 sea incluido junto a los demás derechos fundamentales y libertades públicas que se encuentran en la Sección primera del Capítulo segundo del Título I de nuestra Constitución española, y así contar con las máximas garantías de protección que dispone nuestro ordenamiento jurídico. Pero lo deseable, señorías, no siempre es posible. Para lograr el blindaje de la sanidad pública también se podrían explorar las posibilidades judiciales que abrió la doctrina López Ostra, derivada de la importante sentencia del Tribunal de Derechos Humanos de 9 de diciembre de 1994, que aborda el problema de otro derecho débil de nuestra Constitución, que es el artículo 45, que consigue que se acepte integrarlo con los derechos fundamentales de máxima protección como sería la dignidad, la vida, la igualdad, la intimidad, etcétera. Imaginen, señorías, la aplicación de esta doctrina en el artículo 43 sobre la protección de la salud de nuestra Constitución.

Para finalizar, quisiera cerrar mi intervención con un poema que, en mi opinión consigue captar la esencia del momento histórico que estamos viviendo. Es un fragmento del escritos John Donne, mientras estaba convaleciente tras sobrevivir a la infección durante una epidemia de tifus en el siglo XVI, escuchando el redoble de campanas que tocaban por un difunto enfermo escribió: *Ninguna persona es una isla / la muerte de cualquiera me*

afecta, porque me encuentro unido a toda la humanidad / por eso, nunca preguntes por quién doblan las campanas / doblan por ti.

Muchas gracias.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias, señor Lorente.

Comenzamos el debate. Tiene la palabra la representante del Grupo Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Gracias, señor Lorente por su intervención, por las explicaciones dadas.

No compartimos el modelo que usted ha expuesto. Me costaría encontrar algún punto, estaba haciendo un repaso de sus intervenciones y hay uno en el que sí coincidimos y voy a empezar por él, es en el que los recursos humanos son estratégicos en todo sistema sanitario. Compartimos esa reflexión. A partir de ahí, poco que compartir. Usted apuesta por un modelo de sistema sanitario centralizado, nuestra apuesta es claramente por un sistema descentralizado, que es el que está vigente según el marco jurídico actual, y del que nosotros hacemos una lectura distinta a la que usted ha hecho. Usted lo presentaba prácticamente como un modelo fracasado y nosotros decimos que es un modelo que ha funcionado bien, que es un sistema potente y que tiene una valoración excelente a nivel europeo. Por tanto, lo que hay que hacer es detectar esos puntos de mejora, que, evidentemente, los tiene, pero avanzar en el desarrollo de ese modelo sanitario descentralizado.

Me gustaría saber en qué se basa para decir que no existe coordinación y colaboración entre los 17 sistemas sanitarios de las distintas comunidades autónomas y de esta con el ministerio. Ya antes de la pandemia le puedo asegurar que los distintos sistemas sanitarios, en lo que a nosotros nos toca

el sistema sanitario vasco y el navarro, entre ellos y con los sistemas sanitarios de las comunidades limítrofes, la colaboración y la coordinación es continua, partiendo de principios de solidaridad y, desde luego, de eficacia del sistema sanitario. No sé en qué se basa para decir eso.

Y en el contexto de la pandemia, le puedo asegurar que, evidentemente, estamos viviendo una situación de máximo estrés, una situación absolutamente novedosa, y en este momento se evidencian puntos que se podrían haber coordinado de otra forma, pero incluso el ministro Illa, semana tras semana, alaba y refuerza la idea de que se está colaborando, coordinando y se está trabajando de forma conjunta.

Usted planteaba que defendía un modelo estrictamente público y nuestro modelo de sistema sanitario es un modelo que apuesta por un modelo universal, un modelo gratuito, para todo el mundo, y un modelo de calidad, que busque y que encuentre la excelencia. Pero, público y gratuito no son lo mismo, nosotros lo que decimos es que nadie debe pagar por la sanidad, para nosotros es determinante en la sociedad, y tiene que pivotar fundamentalmente por un sistema sanitario público pero que, en determinadas ocasiones, puede recurrir a la prestación de servicios en el ámbito privado para desatascar, pongamos, por ejemplo, determinadas listas de espera.

En cuanto a la inversión, usted se ha referido a las desigualdades entre comunidades, y estaba diciendo que Euskadi es la primera en cuanto a inversión por persona. Pero la segunda es Asturias, quiero decir que no es solo el sistema de financiación, que nosotros tenemos un sistema de financiación particular y que hay otros que están en el régimen general, sino que Asturias, por ejemplo, apuesta por determinadas políticas públicas. Euskadi ha determinado que tiene más de 1800 euros por persona, no solo porque tenga dinero, sino porque es prioritario en sus políticas públicas. De

hecho, se destina más de un tercio del total del presupuesto del Gobierno vasco a estas políticas. Usted ha dicho que puede ser un buen indicador el porcentaje sobre el producto interior bruto que se destine a esto, pero a nosotros esto nos parece que no es una buena medida, que es mejor ver los resultados que se obtienen, el esfuerzo sobre el presupuesto público y el esfuerzo por persona. Porque, si no, nos encontramos que Euskadi es la primera por habitante, pero Andalucía es en relación al producto interior bruto, porque lo tiene menor, y, por ejemplo, en la situación que ahora vamos a vivir en los futuros años, el producto interior bruto de todos los países va a caer en picado. Por lo tanto, manteniendo constante la inversión actual resultaría que la inversión aparente sería mayor. Consideramos que es un indicador grueso, no sé qué opina usted.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el representante del Grupo Ciudadanos.

El señor **DÍAZ GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Gracias, señor Lorente.

No sé mucho qué decir a lo que nos ha planteado. Cuando yo he preparado esta parte, he leído que era usted especialista en medicina intensiva y pensaba que íbamos a orientar esta comparecencia al carácter de su especialidad en medicina intensiva. Usted la orienta como quiere, no tengo por qué decirle yo nada, pero le quería preguntar por el uso de los respiradores, por los antibióticos, por si cree usted que se ha generado resistencia al antibiótico, si se puede mejorar el paso por las UCI de los pacientes, si se puede mejorar, si nos volvemos a enfrentar a un rebrote o una pandemia, el hecho de que la muerte de las personas no se produzca en soledad, si podemos articular... yo iba a ir por ahí, pero usted ha bajado una

política concreta a un modelo sanitario, lo ha esbozado... Yo he escuchado lo que usted ha dicho de forma muy parecida a parlamentarios de un partido político. Conocemos esas tesis políticas que usted ha sostenido hoy aquí, pero claro, lo que yo quería conocer iba más orientado a su especialidad como intensivista, así que no tengo mucho más que decir.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Confederal Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Hola Pedro, bienvenido.

Hablando de desprivatización, que lo has puesto encima de la mesa, una pregunta muy concreta, el caso del hospital de Torrevieja, que empieza ese año de proceso de desprivatización en la comunidad valenciana, y que nos hemos encontrado con que, desde la Conselleria de Sanidad de Valencia se plantea una vía de desprivatización no directa a la Generalitat valenciana, sino a través de una empresa pública, pero de derecho privado. Simplemente quería plantearte qué opinas acerca de ese tipo de desprivatización.

Sobre atención primaria, yo creo que ha sido un factor clave, no solamente en esta pandemia, sino que es donde debe pivotar toda la sanidad. Quisiera que hicieras un poco más de hincapié en cómo el problema del retraso de financiación que arrastra. Es una pregunta que se hace reiteradamente a todos los ponentes, pero a ti, como miembro de Asdesa, de la Asociación en Defensa de la Sanidad Pública, miembro de la junta, con tantas publicaciones sobre el tema de desprivatización, de funcionamiento y de conocimiento de la sanidad pública española, a ver qué te parecía.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el representante del Grupo Vox.

El señor **SALVÁ VERD**: Gracias.

Nosotros creíamos que usted era un experto en medicina intensiva, que seguro que lo es, no me cabe duda ninguna. Pero lo que también es seguro es que es un especialista de un programa político, usted nos ha soltado un mitin, y además muy parecido a Podemos. No obstante, estamos con usted en que la dependencia del sistema comunista chino, en lo que concierne a la fabricación de productos sanitarios, se ha revelado claramente fatal, en el sentido de mortal para los españoles. Oiga, ¿usted cree que ha sido el sistema capitalista el que ha hecho que nuestros sanitarios no hayan tenido acceso a la protección adecuada? ¿o ha sido la improvisación de un gobierno socialista y podemita? Porque, para nosotros y para los jueces parece que ha sido por lo último.

¿Tiene usted alguna evidencia de que la mortalidad en las residencias privadas ha sido mayor que en las públicas, o en las concertadas? Si la tiene, por favor, muéstrela.

Y ahora, como intensivista, que yo pensaba que usted venía aquí a hablarnos como tal, doctor Lorente, ¿qué valoración hace del documento que publicó la Semicyuc titulado *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de la crisis por el COVID en cuidados intensivos*? En el punto 17 se dice: en las personas mayores se debe tener en cuenta la supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada. En el punto 22: tener en cuenta otros factores, como, por ejemplo, personas a cargo del paciente, para tomar decisiones, maximizando el beneficio del máximo de personas. Punto 23: tener en cuenta el valor social de la persona enferma. Se lo pregunto porque en el documento publicado por el Ministerio de Sanidad el 6 de abril de 2020 dice: Informe del Ministerio

de Sanidad sobre aspectos éticos en situaciones de pandemia, argumentos semejantes son aplicables con el fin de proscribir cualquier discriminación por motivos tales como la discapacidad en cualquiera de sus manifestaciones, o la que pueden sufrir determinados colectivos de menores de edad. Y no se menciona en ningún instante que se debía incluir el valor social de una persona. ¿No cree que tales recomendaciones por parte de la Semicyuc podrían haber contribuido a conductas cuestionables éticamente?

Por otra parte, ¿qué opina usted sobre las recomendaciones de la Generalitat de Cataluña en la que el comité ad hoc negaba la ventilación mecánica invasiva a pacientes con insuficiencia respiratoria por COVID-19 y que tuviesen más de 75 años y situación funcional controlada, vulnerable ligera o moderada?

Para finalizar, ¿cree usted que una mejor utilización de las unidades de reanimación o una mejor interconexión entre regiones podría haber mitigado la escasez de las camas UCI y haber salvado vidas? ¿cómo cree que nos debemos preparar ante un posible repunte de la epidemia?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, tiene la palabra la representante del Grupo Popular.

La señora **VELASCO MORILLO**: Gracias, presidenta. Darle la bienvenida por su presencia en esta Comisión, en nombre del Grupo Parlamentario Popular.

Me gustaría, en primer lugar, destacar el papel y la respuesta que ha dado el sistema sanitario junto a sus profesionales sanitarios ante esta terrible pandemia que hemos vivido. Profesionales que han dado respuesta ante el incremento de actividad que se ha generado en determinados servicios,

Urgencias, Intensivos, Medicina Interna, Infecciosos, Microbiología. Se han orientado los servicios sanitarios para dar respuesta al elevado número de pacientes que han acudido.

Con respecto a los protocolos, desde su experiencia en la asistencia, ¿cuándo empezaron a trabajar en protocolos específicos de atención ante el SARS-CoV-2? ¿llegaron a tiempo? Será preciso actualizar los programas de formación e incorporar cuestiones nuevas, no solo referente a lo que hacer con respecto al virus, sino con respecto a nuevas técnicas para la práctica asistencial, que conviene de vez en cuando actualizar, porque, lo que sí hemos visto es la enorme solidaridad de todas las profesiones sanitarias, independientemente de la especialidad que tenían la respuesta que han dado ante la cobertura de la asistencia a los pacientes con COVID necesita buscar actualización en determinadas técnicas, que, por la especialidad, pueden estar olvidadas, aunque fácilmente se podrán retomar.

Con respecto a los sistemas de alerta, ¿considera que han funcionado bien? Alertas con vigilancia epidemiológica, alertas en productos sanitarios, alertas en medicamentos...

Sobre el material de protección. Es una de las causas, a nuestro entender que ha llevado a tener el mayor número de profesionales sanitarios contagiados. De su experiencia en la asistencia, ¿cuáles son las propuestas con respecto a los protocolos específicos en la utilización de los EPI?

¿Se les ha trasladado opciones para hacerse test o PCR? ¿Cómo entiende que debe ser la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales, atención primaria, atención hospitalaria, atención sociosanitaria?

Hay un antes y un después del COVID-19 en la asistencia, ¿qué indicadores de actividad o de calidad debemos incorporar a la asistencia sanitaria para poder medir reconocidos y conocidos por todos? ¿cómo valora

que exista un plan de contingencia de emergencia que planifique la distribución de los pacientes entre áreas geográficas? Aparecía recogido en el documento de la Sociedad de Intensivos, que creo que conoce, dada la especialidad que tiene.

¿Considera que en España tenemos suficientes camas de UCI? En esta crisis han sido necesarias camas de UCI ante el comportamiento agresivo del SARS-CoV-2, pero tendremos que preparar nuestro sistema para disponer de servicios comunes que, en momentos determinados, podamos reorientar en función de las demandas existenciales que se puedan generar.

Señor Lorente, tenemos un gran sistema sanitario, que ha dado una gran respuesta, como hemos visto en esta crisis. El sistema de vigilancia epidemiológica requiere de una valoración y de un replanteamiento. ¿cómo es su valoración?

Como médico que es, y en representación de alguna forma de los profesionales sanitarios que con su trabajo, y prueba de ello ha sido el premio Princesa de Asturias a la Concordia concedido esta semana, felicitación por parte del Grupo Popular por ello, los profesionales sanitarios son la razón de ser de este sistema sanitario en todos los niveles de atención, ¿qué medidas específicas en materia de recursos humanos se deberían contemplar después de lo que hemos visto en esta crisis de la COVID-19? ¿cuáles deben ser sus medidas de fidelización?

Compartiendo con algún compañero suyo dice: los sanitarios hemos tenido la sensación muchas veces de remar contracorriente, y muchos se han ido sin dejar de remar por los demás. Esto, como sanitarios, creo que requiere de una maduración y que empleemos toda nuestra fortaleza en mejorar el sistema.

Nos ha trasladado su misión macro o publicadas que no comparto ni voy a entrar en ellas, pero sí me gustaría que, desde el punto de vista de

médico y de especialista en intensivo, nos dé orientaciones para que busquemos ese pacto por la sanidad, ese pacto que desde el Grupo Parlamentario Popular proponemos como el gran pacto Cajal de la sanidad que se merece este país.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra la representante del Grupo Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Gracias, presidenta. Bienvenido, doctor Pedro Lorente al Congreso de los Diputados, a este grupo de trabajo perteneciente a la Comisión de Reconstrucción Económica y Social de nuestro país.

En primer lugar, agradecerle su presencia y agradecer, ya que usted es médico, el trabajo de todas las médicas y los médicos que han realizado siempre, pero en especial durante esta pandemia. Es verdad que en este grupo de trabajo de Sanidad y Salud mi grupo viene dispuesto a trabajar por el bien común y nuestra voluntad es llegar a consenso político para luchar por esa reconstrucción económica y social de nuestro país. Porque, España ha sufrido un enorme impacto provocado por esta pandemia, con decenas de miles de fallecimiento, a los que expreso nuestro afecto en nombre de mi grupo y calor a sus familias y allegados. Es verdad que nuestra sanidad ha resistido hasta el límite, y esto ha sido posible, sobre todo, gracias a la generosidad de sus profesionales, que han dado lo máximo con dedicación plena y con un enorme esfuerzo.

Quería pedirle aclaraciones y hacerle alguna pregunta, sobre todo conocer su opinión, incluso más extensa sobre algún punto que ya nos ha trasladado inicialmente. Pero antes de hacerle unas preguntas quería hacer una observación. El gasto sanitario público en porcentaje de PIB es un

indicador aplicable a países, pero no a comunidades autónomas, donde la comparación útil es gasto/persona.

Quería conocer su opinión sobre cómo se puede asegurar una financiación suficiente y equitativa para sanidad, qué medidas nos propondría o cómo cree que puede reforzarse la atención primaria, si nos puede sugerir algunas medidas.

También, en términos de equidad, ¿cómo considera que se debe asegurar la equidad en sanidad pública? ¿qué medidas o decisiones a mayores nos puede sugerir?

Y, en su ámbito de actuación y trabajo, ¿cuáles serían las prioridades que nos puede proponer?

¿Qué medidas considera que pueden fomentar la humanización de nuestro Sistema Nacional de Salud?

Y una pregunta que le hago a todos los comparecientes, ¿qué lecciones cree usted que nos deja la COVID-19?

La última, en relación a los pacientes, ¿cómo cree que debe ser el papel de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud? ¿de qué medida se podría promover el autocuidado y la autonomía de los pacientes?

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el compareciente.

El señor **LORENTE GARCÍA** (doctor en Medicina, especialista en Medicina Intensiva y profesor asociado de la Universidad Jaume I): Gracias, presidenta. Gracias, señorías.

Voy a intentar responder a todas, o a casi todas las preguntas que sus señorías me han formulado, algunas están ya respondidas durante la

intervención.

En primer lugar, quiero explicar, sobre todo por algunas intervenciones de sus señorías, que yo soy médico especialista en medicina intensiva, soy profesor universitario, doctor en Medicina, y aquí vengo en calidad de experto, y como he remarcado al inicio de mi comparecencia, planteaba hacer un análisis de debilidades y fortalezas del Sistema Nacional de Salud, porque, aparte, yo soy también experto en calidad asistencial, y en la calidad asistencial sabemos que la única manera que tenemos para mejorar los sistemas y los procesos sanitarios es aprendiendo de los errores. No se aprende con palmaditas en la espalda, no se aprende diciéndonos a nosotros mismos que somos muy buenos, se aprende analizando, viendo las debilidades, viendo los puntos de dificultad que tienen los procesos para implementar medidas e intentar mejorarlos. Esta es la intención que tenía mi comparecencia, y eso es lo que me propuse a la hora de realizarla.

Es muy importante responder de manera adecuada, y cuando digo esto es en base a criterios de calidad, conociendo el error y aprendiendo de él. Pero, el primero paso para aprender de los errores es reconocerlos, las debilidades, no me malinterpreten, que no estoy haciendo una crítica a la mayor. Tengo que decir que no soy político, no soy parlamentario, soy clínico, y a lo mejor me han sorprendido, por inexperiencia en estas lides, algunas recriminaciones que me han realizado.

Entro ya en las preguntas que me han realizado. Entiendo perfectamente el punto de vista del Grupo Vasco, le vuelvo a decir que no era una crítica al modelo, sino una búsqueda de debilidades con intención de enmendarlas y de proponerles a sus señorías opciones que ustedes tienen que deliberar y decidir para intentar reconstruir la situación y el escenario de pandemia que nos hemos encontrado todos los ciudadanos.

Lo he explicado en la comparecencia, la relación entre el ministerio y

las comunidades se basa en un modelo de competencias, porque las competencias en sanidad están transferidas, eso es un hecho, yo no entro a valorarlo. Lo que sí se echa de menos son políticas que tiendan a redistribuir, le hablo en criterio de salud.

Respecto a lo que ha planteado el Grupo Ciudadanos, que me ha preguntado como intensivista, una de las cosas que hemos aprendido en esta pandemia en las unidades de críticos es que es muy importante adelantarse al virus, y por eso es muy importante desarrollar los planes de contingencia para evitar, en la medida de las posibilidades que tenga cada hospital, ser sobrepasados por el virus. Nosotros, afortunadamente, empezamos con los planes de contingencia en Castellón con tiempo y pudimos estar preparados, y, afortunadamente, no vivimos esa situación de colapso que no sé si ha habido en otros hospitales.

Otra de las cosas que también nos ha enseñado la pandemia es que teníamos que estar unidos por un objetivo común, y ese objetivo era el paciente y su salud, y eso, señorías, creo que es el mejor aprendizaje que los profesionales sanitarios podemos transmitirle a ustedes y al resto de la sociedad. Esta pandemia ha sido terrible, sobre todo para el que la ha sufrido y para el que ha fallecido, pero para todos los demás, porque no somos una isla, también. Y nuestra respuesta a esta pandemia nos permite aprender las claves, y son esas dos que les he comentado, y aquí ya le hablo como intensivista.

Respecto a las preguntas del Grupo Parlamentario Podemos, hablando de las privatizaciones ya lo he comentado, hay algunas experiencias de desprivatización, sobre todo en la comunidad valenciana, con el Hospital de Alzira, que ya ha sido revertido al sistema público. Lo que hay que hacer es analizar el proceso de reversión, aprender de los puntos débiles del proceso para que, si viene otro proceso de reversión, poder aprender. Está claro que

cuando se inician los procesos de reversión, y no hay un manual, son complejos y tienen sus luces y sus sombras, pero creo que, con ánimo de mejora, analizar lo que se podría mejorar para la siguiente reversión es el camino. Ahora mismo quedan por revertir los hospitales de Elche, Torrevieja, y alguno más, son procesos que están abiertos y que todavía no sabemos cómo van a concluir.

En lo referente a atención primaria, según dice la Organización Mundial de la Salud, la primaria es la base del sistema sanitario. Los médicos de primaria dicen que son el tronco, y me parece bien. Son la base porque tienen una capacidad de impactar contra las desigualdades sociales de la salud que en muy pocas especialidades tenemos, y hay que reconocerlo. Solamente con el control de los factores de riesgo cardiovasculares pueden proporcionar a su cupo muchos años de vidas ajustados a la calidad de vida. Pero, a pesar de que es la base, y por eso la OMS en la declaración de Alma-Ata recomienda que los sistemas sanitarios de salud se desarrollen pivotando sobre la atención primaria, ha sido muy debilitada a lo largo de los años. Y esas debilidades son fruto de determinadas políticas, y eso ha provocado que los cupos por médico de primaria sean muy elevados, la ratio de enfermería por médico sea baja. Y alguna de las propuestas que yo he traído aquí van en ese sentido, controlar los cupos y proporcionar personal sanitario de enfermería. Y también están sonando iniciativas de aumentar el presupuesto de sanidad a primaria, hay algunas iniciativas que lo quieren marcar hasta en el 25 % del presupuesto de sanidad. Ustedes serán los que tengan que resolver estas cuestiones, pero es un problema muy importante que exige una solución cierta.

Respecto al Grupo Parlamentario Vox, sobre el documento de limitación de tratamiento de soporte vital o de recomendaciones éticas de la Semicyuc, esas son unas recomendaciones que realiza una sociedad

científica y que, en ningún momento, pueden sustituir al criterio médico, que es el que, al final, tiene que valorar toda la complejidad del paciente, en lo clínico y en lo humano, para tomar una decisión, y le comento que son de las decisiones más difíciles que cualquier profesional sanitario y cualquier ser humano tiene que tomar.

Al Grupo Parlamentario Popular le agradezco mucho el tono. Respecto a cómo hemos vivido la epidemia en las UCI, lo que he comentado. Lo del documento de la Semicyuc que me comentaba, los planes de contingencia, a nosotros nos ha sido de mucha utilidad, y le hablo como intensivista de hospital, nos ha permitido prepararnos y estar preparados para dar una respuesta mejor a la pandemia. El documento en sí es una recomendación, todo depende de cómo se desarrollen los planes de contingencia localmente, y eso depende de los recursos que se tengan.

¿Hemos tenido -hablo en mi caso concreto- falta de EPI, equipos de protección individual? No. A veces no se conocen la complejidad de las cosas y puede llevar a equivocación. En el eslabón de la cadena desde que un EPI, por ejemplo, llega a un aeropuerto y después llega al profesional sanitario que pueda necesitarlo, hay muchos pasos, y en los procesos asistenciales, como en los procesos sanitario, algún eslabón de la cadena puede, momentáneamente, y yo no digo que no haya podido haber en algún momento algún déficit temporal y que haya podido tener algún tipo de repercusión, pero, en general, por mi experiencia en la unidad de críticos, no.

El tema de respiradores. Nosotros este tema lo hemos vivido con mucha intensidad, porque si no teníamos respiradores cómo íbamos a tratar a los pacientes. Por eso recibimos colaboración, privada también, de respiradores, colaboración de otros hospitales, de respiradores de la fábrica de Seat de Martorell. El tema de los respiradores saca a relucir la dependencia de tecnología que tenemos de los mercados extranjeros. Eso es

lo que nos dejaba a los profesionales un poco indefensos, decir cómo hemos llegado a esta situación, cómo hemos llegado a tener que depender, para algo tan importante como los respiradores para vivir, del mercado extranjero, que, a veces, incluso producían cosas extrañas, partidas de material defectuoso o tal, algo he oído, yo no soy experto en eso. Por eso la propuesta de una industria enfocada a las necesidades del sistema sanitario público.

Sobre las preguntas del Grupo Parlamentario Socialista, efectivamente es persona/año, es lo que yo pretendía decir, si en el acta de sesiones está otra cosa, hago esta rectificación.

Sobre las herramientas de equidad del sistema, yo he lanzado una propuesta, ese plan que tendría que ser organizado y gestionado por el consejo interterritorial. Señorías, lo que ustedes consideren, en esto de gestionar la sanidad se pueden lanzar opciones, pero yo lo que les recomiendo es que, en la medida de las posibilidades que tengan, háganlo, porque es muy trágico el pensar que no todas las sanidades son iguales en un mismo país, y eso es una cosa que considero importante.

Respecto a la humanización, yo, en particular, soy redactor del plan de humanización de las unidades de cuidados de críticos de la comunidad valenciana, y la humanización es fundamental. Y, además, la humanización se entiende como tener la concepción del paciente en el centro de la asistencia y su salud y seguridad por encima de todo, como han demostrado los profesionales sanitarios exponiendo su salud por detrás de la salud de los pacientes.

Nada más. Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Lorente, por acompañarnos hoy y haberse puesto a disposición de este grupo de trabajo.

El señor **LORENTE GARCÍA** (doctor en Medicina, especialista en Medicina Intensiva y profesor asociado de la Universidad Jaume I): Muchas gracias a ustedes, señorías. Un placer.

- **DE D.^a CINTA PASCUAL MONTAÑÉS, PRESIDENTA DEL CÍRCULO EMPRESARIAL DE ATENCIÓN A PERSONAS.**

La señora **PRESIDENTA**: Continuamos con la sesión. Damos la bienvenida a la siguiente compareciente, doña Cinta Pascual Montañés. Muchísimas gracias por acudir a esta llamada que le ha hecho el grupo de trabajo de Sanidad de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica.

Sin más, damos la palabra a la señora Pascual.

La señora **PASCUAL MONTAÑÉS** (Presidenta del Círculo Empresarial de Atención a Personas): Muy buenos días a todos.

Decirles que, para nosotros, desde CEAPS, es un placer poder estar hoy aquí. Estamos un poco en Sanidad, en Servicios Sociales, es como está el sector en estos momentos, que no sabemos bien, en algunos sitios ya estamos en Sanidad, en otros no, pero lo que es importante es que exista el debate de dónde y cómo tenemos que estar.

Antes de empezar, como sector, quiero dar mi sentido pésame a las casi 20 000 personas que han muerto en residencias de mayores de España, creo que por ellas hoy estamos aquí, y por todo un sector que, en este caso, son 385 000 mayores en España. CEAPS tiene más de 200 000 plazas, en todas las comunidades autónomas tenemos nuestra asociación autonómica y CEAPS es el paraguas de toda España.

Nos costó tanto entrar en esta Comisión y, aunque no estamos en la general, estamos en la sanitaria, y os damos las gracias a aquellos que habéis

hecho que nuestra voz esté hoy en el Congreso de los Diputados.

Hemos traído un informe muy bien hecho, realizado por expertos y por gente que ha estado en las trincheras durante tres meses. Hemos estado en residencias, hemos estado en toda España viviendo la situación en cada una de las comunidades autónomas, y tenemos datos de todas. Se lo enviaremos a todos los gobiernos autonómicos, porque nos interesa que esta documentación llegue a todo el mundo.

Para hacer un poco más fácil el debate hemos hecho tres infografías, como esta, que resumen muy bien lo que hoy se va a plantear aquí.

Creemos que es un momento de pasar cuentas de lo que ha pasado. Yo siempre decía, cuando hablábamos de estar en comisiones, que no se podía hablar de una comisión de reconstrucción social y económica sin tener en cuenta el sector de atención a las personas mayores. Porque, evidentemente, por el porcentaje de muertos que ha habido en este sector, algo ha fallado.

¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos? Cuidamos a personas que, como dice esta infografía, viven en una residencia. Una residencia no es un hospital, es un hogar, es un sitio donde tenemos que cuidar y mimar a la gente, son vulnerables, las zonas no están preparadas para sectorizar, ni para entradas, que ahora somos unos expertos en salidas, en infecciones, porque es lo que nos ha tocado vivir, y cuando algo tan grave te pasa, lo único que podemos hacer es aprender.

Las personas mayores son, generalmente, mujeres, de 85 años o más, que tienen como mínimo tres enfermedades y siete medicamentos diarios. Por lo tanto, insisto, la vulnerabilidad que tenemos es muy grande. ¿Por qué están en residencias de mayores? Porque, seguramente, como muchos de ustedes, y yo misma, con el trabajo, con los niños, es muy difícil cuidar un dependiente 24 horas al día, 365 días al año. El 44 % ingresa con riesgo de sufrir úlcera de presión, el 67 % padece algún tipo de incontinencia, el 17 %

insuficiencia respiratoria, el 17, por lo que dentro de una pandemia que afecta, básicamente, a la parte respiratoria, esta gente era la más vulnerable del sistema. Y el 65 % tienen algún tipo de demencia. Este es exactamente el perfil de personas que atendemos, que es una persona enferma crónica, que podría estar en cualquier hospital, en cualquier sociosanitario, pero es el que reside en nuestras residencias.

¿Quiénes somos nosotros? Yo explicaba aquí quién soy yo, yo soy Cinta Pascual, presido CEAPS, presido ACRA en Cataluña, representamos a 200 000 plazas, y tengo un grupo de residencias en este momento, pero empecé hace 25 años en una residencia de un pueblecito de 25 plazas. Me enamoré de este sector y empecé a construir este sector. Soy una empresaria. Lo digo porque se pone en duda quiénes somos, somos empresarias. Pero, fíjense ustedes, que el 67,30 % son pymes, pequeños empresarios que hemos empezado a pedalear desde hace, 15, 20, 25 años, como es mi caso. Y esta es la gente que yo me he encontrado en toda España, 67,30 % pymes, pequeños empresarios. El 15,64 % corresponde a grandes grupos, como en todos los sectores, que levante la mano el sector en el que no haya grandes grupos. Lo digo por todos aquellos que ponen en un saco que la atención a la dependencia es de grandes grupos en nuestro país, no es cierto. Y yo estoy aquí hoy para que ustedes sepan los datos de verdad, no los que corren por las redes. 67,30 % de pequeñas y medianas empresas, 15,64 % de grandes grupos, y 15 % de cooperativas, fundaciones; todos ellos también están en CEAPS. Por lo tanto, defendemos tanto el tercer sector como el sector mercantil. Yo solo digo que solo hay una vara de medir cuando la gente entra a una residencia, y es la calidad, la calidad y la calidad, no hay nada más. Por lo tanto, seas un empresario pequeño, seas un gran grupo o seas una cooperativa, créanme que lo único que nos interesa es que esto funcione y lo haga de verdad.

A partir de aquí, es importante que este debate quede claro, porque ahora ya saben quiénes somos. Pero, miren, aparte de ser empresaria, a mí me encanta la ética, cada uno tiene sus hobbies. Hace 10 años, cuando se constituyó uno de los primeros comités de ética, me llamaron, y allí estoy desde hace más de 10 años. Incluso he creado un comité desde Foment del Treball, y desde la CEOE también se va a hacer igual, para hablar de ética. Yo creo que la ética no va simplemente de personas vulnerables, no va de sanidad, no va de protocolos, va de ética, va de valores y va de que nos planteemos hoy aquí, que es lo que intentaré transmitir en estos minutos, qué ha pasado en el sector de residencias.

Tal vez estoy siendo muy dura con este discurso, pero después de vivir tres meses el infierno que he vivido personalmente, no entiendo los discursos demagogos que a veces he oído en foros, en televisiones o en el Congreso de los Diputados. No creo que este sea el discurso que necesita este país para reconstruir un futuro, en el que -les quiero advertir- va a haber el doble de gente mayor de la que hoy hay en España en 30 años. Por lo tanto, nos tenemos que plantear los servicios de larga duración de diferentes maneras, no solo en residencias, sino en todo tipo de servicios, en plataformas de servicio, atención domiciliaria... Es decir, tiene que haber unas estructuras tecnológicas que hagan que nosotros, los que estaremos dentro de 30 años en las residencias, que somos prácticamente el colectivo por edad que estamos aquí, querremos. Querremos tener aplicaciones tecnológicas que nos tengan en contacto con los médicos o con las enfermeras, y con esto podremos conseguir estar más tiempo en casa que lo que estaríamos sin estos recursos.

¿Qué ha pasado durante este tiempo? Ha fallado el derecho a la sanidad universal. Esta sanidad de la que hemos hablado hoy, que hablábamos de respiradores, todo esto son los correos electrónicos de

llamada de auxilio de este sector. Esto es lo que ha pasado durante estos tres meses. Ha sido un infierno, y lo digo de verdad, porque, realmente, alguien decidió que no había camas de hospital para todo el mundo, y esto no ha pasado en toda España, no es verdad, ha pasado donde ha habido colapso sanitario, se lo digo porque tengo diferentes residencias en diferentes partes de España, y no es cierto que ha pasado en toda España. ¿Ha pasado porque la residencia era mejor o peor? Tampoco es cierto. ¿Ha pasado porque teníamos más o menos EPI? No es cierto. Ha pasado porque donde estaba el COVID, donde había una infección comunitaria muy profunda, y cuando las puertas se cerraron el COVID estaba dentro. Y las residencias ¿qué somos? Hogares que no podemos sectorizar. Cogías un protocolo y te decían: lo que tienen que hacer es aislar a las personas con tos y fiebre. Hoy, muchas residencias, y no en toda España, que esta es una reivindicación que hago aquí hoy, ya se han hecho test. ¿Saben ustedes que tenemos un 30 % de mayores asintomáticos? ¿que aislábamos a una persona y dejábamos a la otra y esta otra también tenía el COVID? ¿cómo puede ser que ahora nos planteemos una desescalada sin haber hecho el test a todas las residencias de España y a todos los profesionales que trabajan en ella? Pues así es como estamos en estos momentos. El test es fundamental para poder tirar para adelante una desescalada con la máxima seguridad para nuestros mayores.

Cuando alguien decide si se va a derivar o no una persona, yo no creo que nadie lo haga porque quiera hacer daño a nadie, no, yo creo que hay protocolos médicos que, en un momento dado y ante un colapso, deciden que habrá 385 000 mayores que se quedarán en las residencias. ¿Eso puede ser válido en algún momento? ¿Se lo preguntamos a las personas mayores, que son una generación silenciosa, que han pasado una guerra, una postguerra y que te da las gracias y no reproches? Si se lo preguntamos a esta gente seguramente dirá: dejen estas camas para mis hijos o para mis nietos, pero

es que esto no se ha preguntado, ni a los mayores, ni a sus familias, ni al sector que trabaja y gestiona estos centros. No han preguntado a nadie. Se tomó una decisión, se tiró para delante y no nos dijeron en qué estábamos metiéndonos, y nosotros simplemente estábamos repitiendo: esto no es una crisis social, es una crisis sanitaria, nosotros tenemos personas enfermas de COVID, y, por lo tanto, si no nos dan medios, no podemos hacer nada en estas residencias. ¿Alguien no sabía que esto era así? ¿algún dirigente político, de verdad, no sabía que esto era así, que esto era un COVID, que esto era una situación con la que las residencias no podíamos? En estas infografías que les mando, que en CEAPS hemos estado trabajando para que todos ustedes lo vieran, hay una cantidad de fechas en las que se ven todas las llamadas de auxilio que CEAPS ha hecho, todas. El otro día compañeros míos me decían que habíamos trabajado mucho y yo les decía que no lo suficiente, tenemos 20 000 muertos, y esto nos ha hecho un daño reputacional horrible. ¿Y saben por qué nos ha hecho un daño reputacional? Porque nadie ha venido a nuestro lado y nos ha dicho: señores de las residencias, os necesitamos. Hay mensajes y notas de prensa que yo, personalmente, pude transmitir a algunos dirigentes políticos diciendo: estaremos a vuestro lado, somos imprescindibles en esta crisis, haremos lo que podamos, pero necesitamos herramientas, necesitamos medios. Les pido que vean lo que pasó en este cronograma, porque realmente pedimos auxilio cuando nos dimos cuenta que no venían los médicos y las enfermeras, cuando nos dimos cuenta que nuestros profesionales no tenían derecho a PCR. Se llamaba por teléfono y les daban una baja de quince días, y veíamos cómo cada día teníamos menos manos para trabajar. Una baja por teléfono. Se estaba diciendo en aquel momento que el personal sanitario podía coger bajas por teléfono, se hacían PCR, se estaba, a nuestro personal ni lo veían, quédate en casa, y esto hacía que iba restando y restando las posibilidades de

tener más manos.

Aparte de todo lo que aquí se explica, hubo un momento en el que supimos que teníamos que ser considerados por algún documento de nivel 1, de máxima prioridad, para ver si así podíamos desbloquear los PCR y los EPI. Lo intentamos, salimos en nota de prensa, hablamos con todo el mundo que pudimos, y, finalmente, creo que fue el 21 de marzo, se hizo una orden que ponía que éramos prioritarios y que, por lo tanto, teníamos derecho a lo que era ser prioritario, PCR, EPI, incluso movilidad de nuestro personal. Hay llamadas que no las he puesto aquí por ética, pero hice llamadas a casi todos los gabinetes de ministros, y no les engaño, lo conseguí, hablé con ellos, ¿y qué encontré? Algo que no espero encontrar hoy aquí, reproches entre comunidades, entre partidos políticos, y era un sector que les estaba diciendo que no queríamos reproches, que estábamos en medio de una pandemia, que las noticias eran horribles, que lo que estábamos sufriendo era inhumano, y les pedía simplemente que nos sentáramos en una mesa y que el mismo Gobierno dijera: vamos a solucionarlo. Que después se ha visto que esto es una estrategia que se ha hecho en muchas partes de Europa, y no ha funcionado en ninguna. Como dice el mismo defensor del Pueblo, que nadie le puede acusar de ser partidista o no, o como dice el informe de la OMS, que tienen aquí ustedes. No es una buena decisión. Ahora se ve que no era una buena decisión, pero en aquel momento, igual no lo veían así, pero, como mínimo, cuando alguien decide que nuestros mayores tienen que estar en las residencias, ¿qué esperábamos? Algo muy sencillo: EPI, médicos, enfermeras y test. Y, a partir de aquí, que se hiciera una valoración de cada una de estas personas, y si algunos podían salvar la vida, evidentemente, había que trasladarles a los hospitales.

Hay una imagen que no borraré en la vida de mi memoria, ver a un médico entrar en una residencia y decir: mórfico, mórfico, mórfico. Aquel

día convocamos una junta directiva y avisamos que estábamos solos, que esto no podía ser, que esto sería un drama, porque si cada vez que venían se colocaba mórfico, ustedes saben qué es esto, dos, tres días, y *exitus*. Pues mire, esto es lo que vivimos. Cuando alguien vive lo que nosotros hemos vivido, al final no es una cuestión de culpables o no culpables. Decíamos que queríamos estar en la Comisión, no por reproches, sino por decirles qué se tiene que hacer en el corto plazo, en el rebrote de noviembre, la desescalada, cómo tenemos que atender a nuestros mayores a largo plazo. Esto es a lo que nosotros hemos venido, pero, me parece que para que un problema se pueda solucionar, primero es hacer conciencia de lo que ha pasado, y si esto es humano o no. Por eso les decía que, para mí, esto es un dilema ético que la gente que formamos parte de comité de ética nos tenemos que encontrar diariamente. ¿Es normal lo que hemos hecho? ¿es así como queremos? ¿serán las personas más vulnerables del sistema los que dejaremos fuera de la sanidad si esto vuelve a pasar? Y si es así ¿prepararemos las residencias de mayores para que les podamos atender, o no, lo haremos como lo hemos hecho?

Yo a veces digo que esto ha sido un verdadero desastre, pero si algo no podría tolerar el país, ni el sector, es que esto volviera a pasar, no sería humano. E insisto, esto no va de reproches, va de buscar soluciones.

Lo que más duele de todo esto es que hace dos años CEAPS editó un proyecto, *El caos de la dependencia*, en el que dijimos cómo se tenía que solucionar, o cómo tenía que ser el modelo de atención a nuestros mayores en toda España. Hemos viajado por todo el mundo, traemos gente aquí, formamos parte de asociaciones europeas, y no ha pasado esto por un modelo diferente, ha pasado en todo el mundo, en unos sitios más y en otros menos, y ¿dónde ha estado la clave? la sanidad, los EPI y los test. No ha habido más. El modelo, pequeñas unidades, que es lo que a nosotros nos gusta, te permite

sectorizar mejor, pero no ha sido un problema de modelo, y lo podemos ver en el informe cuando vemos lo que ha pasado en diferentes partes de Europa y del mundo. No es un problema de modelo, es una enfermedad, es una pandemia que, lógicamente, afecta más a las personas más vulnerables. Y en este *El caos de la dependencia*, que ya habíamos puesto qué pasaba, queda tremendamente claro.

Cuando fallaba el acceso a la sanidad pública nos encontrábamos documentos de mil maneras, me acuerdo uno de tantos que vi de España que decía: si esta persona tiene un (¿¿EFCR??), un barthel, eran todos los de la residencia, el 95 % estaban ahí dentro. Puede ser muy políticamente correcto el documento, no pone las personas de las residencias..., menos uno que tengo aquí y que no voy a sacar por educación de quién lo hizo, que estoy segura que se equivocó. Pero, evidentemente, estaba hecho con la intención, y pone incluso en este documento lo de no colapsar más el sistema sanitario. Insisto, ni una llamada al sector para decir cómo lo vamos a hacer. Hemos decidido que se queda, pero cómo lo vamos a hacer.

Yo creo que ha habido un gran problema en esta gestión de crisis, y, para mí, no ha habido ni transparencia ni comunicación con el sector. Creo que estas personas, estas familias, estas personas que para nosotros tienen nombre y apellido, no son números, no los hemos conocido quince días de un hospital o de una semana o un mes, muchas de ellas hacía años que vivían en una residencia. Para nosotros era un drama, de hecho, estamos haciendo trabajo emocional y psicológico para que nuestros profesionales puedan. Estamos haciendo incluso despedidas con sus familias para poder cerrar el duelo de lo que estamos viviendo, y, a veces, cuando llamamos a los familiares, por ellos, pero también por nosotros. ¿Ustedes se imaginan los familiares viendo lo que salía por la televisión y teniendo a su padre o a su madre en una residencia? ¿se imaginan el dolor? Algunos nos decían: pero,

¿por qué pone sospechoso de COVID, si nadie le ha hecho un PCR, y para mí esto es muy importante, porque dependerá cómo hago el entierro? cosas que, en aquel momento, a aquella hija o a aquel hijo le parecían que eran lo más importante del mundo, porque necesitaban esta parte de la etapa de final de vida, que es la que hacemos nosotros. Nosotros ya sabemos que es la etapa final de la vida, la gente no viene a la residencia para saber que se curará como en un hospital, estamos preparados y somos expertos en final de vida. Por lo tanto, ha sido doloroso hacer finales de vida sin tener las familias a nuestro lado, porque es así como ha sido.

Decidir que los mayores se quedaban fue una decisión que tenía que contar con el sector, y esto es lo que duele más, que no hayan contado ni tampoco nos hayan comunicado.

Quiero abrir una pantalla en el tema de EPI, porque el compañero de antes, Pedro Lorente, ha dicho que no le habían faltado. En aquella junta donde todos los compañeros de toda España nos miramos a los ojos, teníamos un comité de crisis, expertos epidemiológicos a nuestro lado, que nos decían: esto es una guerra y estáis solos. Llamamos a Médicos sin Fronteras y les pedimos que nos enseñaran a hacer EPI, gracias a los miles de mascarillas que nos dejó la ciudadanía a las puertas. Esto fue así, nos dejaron mascarillas, batas hechas con bolsas de basura, los EPI no llegaron en algunas comunidades, en unas más pronto y en otras más tarde, pero, desde luego, si algo ha fallado en esta crisis es la compra conjunta de EPI. Esto ha fallado porque, al final, la administración que tienes al lado... ¿Sabes quién me solucionó en mis residencias los EPI? El alcalde del pueblo, que se fue a buscar en fábricas que estaban cerradas, esto es la verdad, y, por tanto, la administración más cercana, los pueblos, son los que en algún momento pueden reaccionar.

Las llamadas de auxilio. Cuando el Decreto ley 987/2020 dijo que

podíamos llamar a auxilio, dijimos: vamos a llamar a auxilio, vamos a documentarlo todo. Cuántas veces llamamos, cuanta documentación, a qué CAP, qué llamadas de teléfono hemos hecho, lo tenemos todo documentado. Cada día nos pedían información, a veces de dos o tres sitios diferentes, y ¿no hay datos fiables en España? ¿dónde están estos datos? Tiene que haber datos, necesitamos ver resultados. ¿Hay datos ahora que son el doble que los que había? ¿cómo puede ser esto? Mire, en función de unos u otros nosotros tenemos menos del 50 o más del 70. Miren si es importante para nosotros y para todas estas personas mayores que han causado defunción.

El test diagnóstico. Alguien ha dicho que no teníamos test. Posiblemente, no teníamos test, pero en esta población más vulnerable es donde..., los que ya estaban en el hospital tratados podían estar tratados, los que estaban en residencias sin saber qué les pasaba, no. Insisto, hay asintomáticos que no sabíamos que lo eran.

Colapso de personal. Se ha dicho mucho que había colapso de personal en las residencias. Sí, por supuesto que lo había. Bajas de quince días, ¡vete a tu casa! y después, ¡no ha sido COVID! Necesitando aquellas manos, imprescindibles para seguir. Por teléfono, sin test, enfermedades de riesgo. Miedo, es normal, he visto las caras del miedo. Venían los médicos, venía la UME, y llevaban trajes, monos hasta arriba, cascos, y nosotros con bolsas de basura. ¿Creen que esta es la imagen de los que van a cuidar a nuestros mayores en España? ¿nos merecemos los titulares? ¿de verdad nos merecemos el daño reputacional que se ha hecho? Es impresionante. Le pedimos a los dos ministros, a todos los directores de gabinete, si no pedimos nada más que lo hagamos juntos, que nos facilitéis estos medios y lo hagamos juntos, es lo que pedimos, nada más.

No puedo entender, se lo digo de verdad, que nadie nos diera una mano y saliera a nuestro lado. Hay gobiernos de Suiza y de otros países que han

salido y han dicho: igual no fue la mejor decisión, igual nos hemos equivocado dejando a la gente en las residencias, no había EPI, no había médicos, no había respiradores. ¿Esto nos va a devolver los muertos? No, para nada, pero sí va a poner una realidad, va a poner a nuestro sector donde está. Porque, como les decía antes, en este sector que cuida no somos mercenarios, no lo somos, somos empresarios, generalmente pymes, que hemos luchado mucho porque este sector llegue aquí. Por tanto, duele aún más cuando vemos esta demagogia de los que somos, ¿qué somos? ¿conocen ustedes las residencias de sus pueblos y de sus ciudades? Vayan a visitarlas y verán qué somos. En algunos pueblos somos la empresa más grande que hay, sí, pero sigue habiendo pequeñas empresas, pymes, y grandes profesionales en cada una de ellas.

¿Cómo nos lo planteamos? Miren, estamos muy preocupados por los rebrotes de noviembre, queremos que los PCR se hagan en toda España, y no uno, dos y tres, porque si algo hemos aprendido es que una persona mayor no se cura en quince días, puede estar dos meses y no salir positivo aún. Tiene todo el sentido del mundo. Nosotros necesitamos volver a saber cómo esta persona está evolucionando la enfermedad, si ha creado anticuerpos. Lo necesitamos, para empezar, por ellos, por sus familiares, por los trabajadores, y por ver que estamos haciendo las cosas bien, que no hay más infectados de los que había el día 1 o el día 20. ¿No tiene que haber test? Ahora hemos empezado a comprar.

Dentro de todo este apartado de cómo hemos hecho las compras de EPI, hicimos una compra cuando ya se nos consideró nivel 1, CEAPS hizo una compra conjunta de miles y miles de EPI. Me acuerdo que en la junta me preguntaron: y esto quién lo pagará. No sé, pero nosotros, pero los necesitamos, ya hablaremos después de esto. Nuestra compra se quedó el 1 de abril en un aeropuerto. Cada día hacíamos seguimiento de esta compra, el

9 de abril recibo el mensaje, y leo literalmente: lo siento, el material se queda confiscado, no sé qué decir, las residencias de mayores no estáis en la lista, dicen que este material tiene que ir a hospitales. Y no leo más. Yo intenté canalizar aquel correo a todo el mundo, y les pregunté qué pasaba, que por qué no estábamos en esta lista, el material era nuestro, lo habíamos pagado, no queríamos el dinero, queríamos las mascarillas, queríamos las batas. Y me contestaron que no encontraríamos en toda España un documento que dijera que no nos facilitaban esta información, y que no habría un documento oficial que dijera que esto pasaba, pero sí que hay facturas, sí que hay correos electrónicos y sí que hay información que lo demuestra.

En este rebrote necesitamos EPI, mascarillas, PCR, médicos y enfermeras. Necesitamos que se nos garantice que las personas más vulnerables irán a los hospitales cuando lo necesiten, como está pasando ahora, ahora está pasando en muchas partes de España. Se analiza la historia clínica, se decide y se traslada. Necesitamos esto, no podemos tener respiradores, CEAPS no quiere hospitales, quiere hogares, que venga el médico a la residencia. Fíjense, en este informe que hicimos hace dos años decíamos que lo que más faltaba en España era la coordinación sociosanitaria, decíamos que en muchos países de Europa la sanidad es universal, como aquí, y ¿por qué tenemos que pagar médicos y enfermeras si ellos tienen derecho a la sanidad universal? Por lo tanto, que esta sanidad viniera a las residencias y hubiera una colaboración de tú a tú. La sanidad es universal y los médicos y las enfermeras tienen que venir a las residencias. Cuando ha pasado todo esto llamabas a atención primaria y algunos te decían: ¿hay una residencia en este barrio? Esto es lo que ha pasado, y a todos les hemos contestado que cuando pase esto vamos a visitarlas todas, porque creo que es un buen trabajo.

Por tanto, pedimos, dentro de este modelo, que haya una atención

sanitaria, que seamos modelos de atención centrada en la persona, no queremos hospitales, queremos que exista un modelo de atención centrada en la persona con coordinación sanitaria pública. Los ancianos, las familias, la Administración que compre una plaza, no tienen que pagar la sanidad dos veces, porque ya existe, lo que tenemos que ver es a qué tenemos derecho, no a que nos hagan una visita si llamamos a un teléfono, no, porque son enfermos, son personas con pluripatologías, necesitamos que vengan cada día a visitarles; por eso, muchas residencias contratamos médicos o enfermeras.

Otra cosa que necesitamos es mayor financiación. Lo decía el informe de CEAPS, los países de la Unión Europea de nuestro alrededor tienen un 2 % del PIB. La dependencia va a crecer de forma desproporcionada, ¿podemos saltar del 0,56 que estamos ahora al 2? No, no podemos, pero sí podemos ir dando pasos para colocar la financiación donde está.

Necesitamos la solidaridad interterritorial, las competencias están en las comunidades autónomas, nosotros negociamos con ellas cuál es el modelo, cuál es el precio, cuáles son los requisitos. La Ley de la Dependencia lo dice muy claro, el 50 % será una aportación estatal. Y después, el famoso 33, 33, 33, por el que 33 paga el Estado, el 33 la comunidad y el 33 la propia persona usuaria con su pensión. Esto es el modelo. ¿Qué les preocupa a nuestros mayores? tener residencias de calidad, de proximidad a sus domicilios, porque esto hace que la familia venga cada día a verles o a darles la comida. Es fundamental que tengamos esto en cuenta.

Necesitamos que se incremente el precio de la plaza pública. Tanto hablar de público, pues más del 70 % son plazas concertadas, quien marca las tarifas es la Administración, quien te marca los ratios es la Administración, quien te dice quién puede entrar y salir es la Administración, y sí, hay un mercado totalmente privado, claro que lo hay, pero necesitamos

que aumente las tarifas la gran parte pública, porque tienen que incrementar los salarios de nuestros trabajadores. ¿Saben qué pasó en tres comunidades en el momento más álgido? Que hospitales se fueron a buscar los pocos sanitarios que teníamos en las residencias, cobraban el 50 % más. Nuestra cara de impotencia en aquel momento..., no es una anécdota, de verdad, es una realidad, y hay muchos casos. Esto es lo que pasó.

Necesitamos reconocimiento de estos profesionales, y no solo podemos luchar con residencias, no, yo considero que la institucionalización tiene que ser el último recurso, tenemos que tener plataformas de servicio y hacer el último recurso.

Ya acabo. Dentro de esta coordinación que tanto estamos pidiendo, por favor, quiero que quede muy claro que hay una cosa a corto plazo, que es ahora, con el posible rebrote, y una más a largo plazo, que es una coordinación sanitaria y sociosanitaria de igual a igual. El modelo, como en otros países, modelo asistencial, modelo sanitario y dentro de una misma residencia tres módulos, el asistencial, el que tenemos que cuidar más, que es el final de vida, trabajar sin contención, el cuidado de atención centrada a la persona, lo que llevamos años defendiendo desde CEAPS. Desde la sanitaria, la coordinación con la sanidad pública de este país. Y el hotelero. Miren, nuestros mayores quieren estar a gusto, quieren tener habitaciones individuales, si puede ser, que no son las que tenemos en España, pero se adaptan, pero también quieren comer bien. La parte hotelera es importante. No pueden vivir en habitaciones, y esto ha sido la segunda parte de esta pandemia, gente encerrada durante meses en habitaciones por no poder hacer test diagnósticos y saber exactamente qué les pasaba.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señora Pascual.

Comenzamos el turno de intervenciones de los grupos por el Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Gracias, señora Pascual por sus explicaciones.

Por responder a la pregunta que nos ha formulado de si conocemos las residencias de nuestros municipios, le diré que mi compañera ha sido directora, y volverá cuando deje la política, de una residencia, médico y directora. En mi caso, he estado como presidenta de una mancomunidad de nueve municipios donde teníamos una residencia pública, y en mi municipio hay dos residencias. Conocemos perfectamente cuál es el sector, y si no lo hubiéramos conocido nos preocuparíamos por tener toda la información, porque nos importa muchísimo el bienestar de todas nuestras personas.

Paso a formularle preguntas o unas reflexiones en relación a lo que usted ha planteado. Comentaba que, a su juicio, no era un problema de modelo. ¿No cree usted que hay otro tipo de modelos donde no haya tantas personas, un modelo tan institucionalizado, donde las personas estén tanto en residencias? Se me ocurre Alemania, qué modelo tiene. No he tenido oportunidad de ver el estudio que ustedes han hecho, pero sí es verdad que los datos son muy distintos, Alemania tiene una pirámide poblacional con mucha gente mayor y, sin embargo, los resultados no han sido los mismos. ¿No cree que debe potenciarse la atención sanitaria a domicilio de forma que, tal vez, ese modelo no sea tan potente? Como alternativa. Nosotros consideramos que el modelo de residencias es bueno, es importante, hay que cuidarlo y se tiene que seguir trabajando, pero tal vez se pueda trabajar la atención sanitaria a domicilio, que, al final, muchas personas también quieren estar en sus casas.

Es su línea de negocio, es su sector, y entiendo que sus respuestas estén

condicionadas también por el rol que le toca defender aquí, pero tal vez no todo el mundo defienda con los mismos valores el negocio, y ahí es donde está el problema, cuando hay un negocio en un sector como este. ¿No cree que mejoraría la situación una integración -entiendo que iba por ahí- de la coordinación de servicios sociales y sanitarios para mejorar esa atención en residencias de mayores?

Por último, a futuro y de forma gradual, ¿no cree que también mejoraría mucho la línea de intervención y de atención asistencial a las personas mayores la mejora de la cualificación profesional de las personas que están trabajando en el ámbito de las residencias? También creo que deberán mejorar las condiciones, pero también, probablemente, esa atención profesional.

No tenemos más preguntas que formularle.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **DÍAZ GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Gracias, señora Pascual por su comparecencia, bienvenida al Congreso de los Diputados.

Antes de nada, decirle que la narración que nos ha hecho hoy aquí es muy dura, lamento mucho por todos los trabajadores de las residencias, especialmente por los residentes, por supuesto, y porque hayan tenido que vivir esto. Creo que tenemos que mirar a futuro, tenemos que ver que esto no vuelva a suceder. Yo conozco bien el mundo de las residencias, mi hermana dirige una de ellas, y, afortunadamente, no pasaron esta situación.

En primer lugar, ¿están recibiendo ahora mismo EPI por parte de las administraciones? ¿les están equipando ahora mismo para un posible rebrote?

En segundo lugar, ¿les han dado instrucciones específicas a las residencias de cómo acometer la desescalada? Es decir, saben cómo abrir o no a visitas, tener unos protocolos, saber volver a la normalidad, ¿están preparados para poder recuperar cierta normalidad? ¿lo tienen claro? ¿han notado, después de todo lo que se ha ido sabiendo, un cambio de actitud en las administraciones?

Creo que una de las cosas más importantes que nos ha dicho en su comparecencia es que el 30 % de las personas a las que le han hecho un test han dado como asintomáticos, ¿a qué población de los residentes le han hecho el test?

Igual que le he preguntado por los EPI, ¿les están dotando de test? Si están haciendo tanto para el personal como para los trabajadores.

Por último, es verdad que usted ha dicho que la solución, a su juicio, para un posible rebrote es médicos, enfermeras, EPI, test. ¿Ha visto en algún otro país o ha habido alguna residencia que hayan podido gestionar esta situación con más éxito con alguna medida, aparte de estas? ¿han conocido algún modelo o alguna decisión que haya atenuado los efectos tan devastadores que ha tenido el coronavirus en las residencias? Es verdad que, como usted dice, esto ha pasado en más países, pero si ha habido algún modelo en el que pudiéramos fijarnos.

Nada más. Decirle que reconozco que ha hecho usted un relato muy duro, pero es la realidad.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por Junts per Catalunya tiene la palabra el señor Bel.

El señor **BEL ACCENSI**: Muchas gracias, coordinadora. Muchísimas

gracias, señora Pascual, *Moltes gràcies*, Cinta.

Después de la intervención que acabaos de oír, hasta hacer preguntas se hace difícil.

En primer lugar, aparte de agradecerle en nombre de Junts per Catalunya su presencia aquí, quisiera aprovechar estos primeros segundos para reconocer el trabajo que han hecho las empresas asociadas a su entidad, todas las empresas, asociaciones o administraciones públicas que han estado al frente de residencias para la gente mayor a lo largo de estos últimos meses. Y, sobre todo, un reconocimiento y un agradecimiento a todos los trabajadores, directores, directoras, enfermeras, médicos, pero, sobre todo, a cada uno de los trabajadores de sus residencias. Desde mi grupo, con todo lo que conlleva, pedirles disculpas a todos ellos.

La verdad es que su intervención es valiente, se lo debo reconocer, no es fácil hacer una intervención de estas características aquí, pero yo creo que es clarificadora, y, al menos desde nuestro grupo, agradecemos este tipo de intervenciones, no para buscar culpables ni para generar ninguna guerra política, porque sería absurdo, y seguramente faltaríamos a la memoria de todas las personas que nos han dejado, pero sí para intentar subsanar, no de cara a un futuro -ahora lo voy a hablar- sino de cara a un presente, porque la pandemia continúa aquí.

En primer lugar, ¿cómo están las residencias a fecha de hoy? ¿cuál es la situación de las residencias? ¿cómo va esta desescalada? ¿están preparados para un hipotético rebrote?

Le quería preguntar por su opinión respecto a la centralización de la compra de EPI, pero después de su intervención no hace falta, ha dejado muy claro cuál es su posición y qué es lo que se deberá corregir en un futuro.

El tema de los test, ¿tienen solventado a día de hoy la posibilidad de poder acceder a ellos? test que son fundamentales, no solo para sus residentes

sino para sus trabajadores, para sus familias. ¿Cuál es la situación que ustedes plantearían desde su óptica?

Me quedo con toda su intervención, pero quisiera destacar, y usted entenderá por qué lo hago, su reconocimiento a los alcaldes, a las alcaldesas, que ha sido la administración que, como casi siempre, está en la trinchera y que también su sector han sido los que han tenido más cercanos.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Confederal Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Bienvenida, señora Pascual.

Yo estoy segura que usted tiene las mejores intenciones del mundo y lo habrá hecho lo mejor posible, pero ustedes son empresarios, tienen una empresa privada y busca beneficio, porque si no, no sería una empresa privada, quiero decir que no son una ONG, son una empresa, y como tal estoy segura que han puesto todos los medios para evitar la muerte, la enfermedad, los contagios, todo lo que han podido, estoy segura de ello. ¿Cree usted que, previo a la pandemia, si no las que dependen de usted, en general, las residencias tenían los ratios de personal necesario, personal realmente cualificado, con salarios normales, equivalentes a otro personal de esas características? Porque no es esa la información que yo tengo, en cuanto a documentos que he leído y en cuanto a personas que conozco que trabajan en residencias. Y no digo que sean residencias que tengan que ver con usted. Eso le pregunto, si los ratios, las condiciones laborales, la cualificación del personal, ¿qué le parece a usted que era antes de la pandemia?

Otra pregunta. Dice usted que se encontraron de pronto sin personal,

¿han tenido problemas de recursos humanos para contratar a personal?

Y otra de las preguntas, ¿está de acuerdo con que la asistencia médica de las residencias dependa de la atención primaria, sean del tipo que sean, que estén asignadas a atención primaria del área que le corresponda?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidenta.

En primer lugar, agradecer a la señora Pascual su exposición, su realista exposición, y por habernos querido trasladar con tanta valentía y con tanta fuerza cómo se han vivido tres meses, que creo que han sido mucho más largos que tres meses, por la intensidad y por el contacto directo con todos y cada uno de nuestros mayores, que sus familias confían en ustedes su cuidado.

En nombre del Partido Popular, ya que usted será la única voz en este grupo de trabajo y en toda la Comisión de Reconstrucción, que nos pueda trasladar el papel que tienen que jugar las residencias de mayores y el modelo de residencias que pensamos para el futuro, queremos trasladar a todas y cada una de las personas que trabajan en su sector nuestro agradecimiento, nuestro reconocimiento y nuestro apoyo, porque no tiene que ser nada fácil lo que han vivido y lo que queda por vivir. Hay experiencias vitales que te marcan para toda una vida, y a mí no me cabe ninguna duda que todos los trabajadores del ámbito sociosanitario quedan marcados para el resto de su vida por esta pandemia, más allá de los efectos para aquellas personas que se hayan contagiado en el ejercicio de su labor. Nuestro agradecimiento y nuestro reconocimiento.

Venimos a esta Comisión con un ánimo constructivo, en la que queremos escuchar la realidad de lo que ha ocurrido y queremos impulsar medidas que permitan, con el consenso de todos, mirar hacia delante y ofrecer a los españoles una España mucho mejor. Por tanto, estamos hablando no solo de lo que hemos vivido, sino también del presente, del corto plazo, del medio plazo y del largo plazo.

Me gustaría hacerle algunas preguntas en relación a algunas propuestas que nosotros estamos planteando. Ha hablado mucho de los test y de los EPI. Estamos en un proceso de desescalada y me gustaría saber en qué situación se encuentran ustedes a la hora de tener que abordar la desescalada, que en muchos sitios no ha comenzado todavía para las residencias de mayores, y no solo la desescalada sino la posibilidad de rebrotes.

Por otro lado, una de nuestras propuestas, que nos gustaría que, al final, como conclusiones, y dentro de lo que nosotros hemos querido llamar pacto Cajal planteamos, son reservas estratégicas para que, como sociedad, nos encontremos preparados para poder afrontar estas situaciones, o nuevas pandemias, o situaciones similares que se puedan producir. Me gustaría trasladarle qué papel cree que tiene que jugar esa reserva estratégica, y cómo se podría articular con el sector de las residencias la coordinación y la centralización para que ustedes también estén incluidos en esas reservas estratégicas, tanto desde el punto de vista de la protección como de los medicamentos o de cualquier otro aspecto que pueda ser necesario.

Me ha llamado mucho la atención las referencias que ha hecho usted a la interlocución, y, en ese sentido, cómo se podría mejorar la interlocución con las instituciones para que en cualquier otro aspecto que haya que afrontar ustedes no queden fuera, o sin capacidad de poder tener una interlocución y abordar cómo relacionarse.

Dos cuestiones más. Otra de nuestras propuestas tiene que ver con fortalecer un marco sociosanitario. Lo ha dicho usted muy bien, tenemos una calidad de vida y un estado de bienestar que nos permite vivir más, y los próximos años vendrán marcados por un crecimiento de las personas que viviremos en esas residencias. ¿Qué marco plantean ustedes? Si puede precisarnos un poco más cómo nos lo plantearían ustedes, cómo coordinarían con la atención sanitaria, con los centros de día, con la ayuda a domicilio, todo lo que debiera ser ese espacio vital.

Por último, dos preguntas, si han afectado más los efectos del COVID a las residencias de titularidad pública que a las de titularidad privada, y, por tanto, el número de fallecimientos o de contagios.

Y, por último, los trabajadores y los cuidadores han estado sometidos a mucho estrés, qué estrategias de respiro creen ustedes que debieran implantarse en estos momentos.

Y, por último, en el ámbito sanitario nosotros contemplamos la posibilidad de un *pull* sanitario para hacer frente a pandemias, cómo articularía o si considera que el *pull* sanitario esté en coordinación con toda la red asistencial. Y, por otro lado, si sería una buena decisión un *pull* desde el punto de vista de personal para atención a las residencias que permitiera tener activadas personas que pudieran darles respuesta en el momento en que se produzcan bajas.

Disculpe, presidenta, por haberme alargado un poco, pero el interés de la exposición me ha hecho introducir preguntas que no tenía previstas.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Gracias, presidenta. Bienvenida doña Cinta Pascual a este grupo de trabajo en el Congreso de los Diputados sobre salud y sanidad.

Agradecer su defensa de los mayores, su compromiso con sus cuidados y también hacer extensivo ese agradecimiento a todos los trabajadores y trabajadoras de las residencias de mayores.

Le puedo decir que soy algo conocedora del sector, desde el punto de vista de las familias, es decir, tengo una tía que ha vivido en tres residencias y tengo otra tía que ha pasado el COVID en una de ellas, lo que me da cierta visión desde el punto de vista de las familias.

Decirle también que mi grupo apuesta por trabajar para conseguir una sociedad mejor, y apostamos por trabajar para las personas absolutamente y sobre todo. Y para ello es fundamental garantizar los derechos, tanto sanitarios como sociales, e invertir en mejorar los servicios que lo hacen posible. Por eso creo, y lo digo aquí, que la ideología debiera pasar a un segundo plano, porque tenemos que trasladar una imagen de trabajo conjunto, sin trasladar discrepancias, para evitar algo que podría pasar que podrían ser enfrentamientos sociales.

Quería hacerle algunas preguntas en el ánimo de pedir alguna aclaración. Lo primero, que a lo mejor lo entendí mal, pero me sorprendió el que hablase de la confiscación de material, es algo muy grave y tiene que estar documentado, no puede ser una orden verbal, y me consta que el Ministerio de Sanidad nunca ha dado una orden similar.

Quería preguntarle, desde su experiencia, qué se podría hacer desde las comunidades autónomas para evitar que fallecieran tantos mayores sin ser atendidos, cómo cree usted que se podrían evitar esas órdenes autonómicas, que estamos viendo a veces, de no trasladar a personas enfermas a los hospitales. Porque creo que es necesario aclarar, por justicia

sobre todo con nuestros mayores, todo lo ocurrido en esas residencias.

Es importante investigar el impacto del coronavirus en las residencias de mayores, porque, se lo vuelvo a decir, como familiar de una persona que ha pasado el COVID y por suerte lo ha superado, casi la mitad de las muertes en mi comunidad autónoma se han producido en residencias.

Para terminar, ¿considera usted que en nuestro país hay una adecuada atención y coordinación sociosanitaria? Ya sé que ha hablado de ello, pero me gustaría, si puede ser, que ahondara un poco más.

También quería comentarle que el Defensor del Pueblo ha propuesto valorar la viabilidad o no de residencias propiamente sociosanitarias, con atención médica y de enfermería más amplia y extensa, y me gustaría conocer su opinión al respecto como experta.

Y, si le da tiempo, qué lecciones cree que nos deja esta crisis a todas y a todos.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Le damos la palabra a la señora Pascual para responder a todas estas preguntas.

La señora **PASCUAL MONTAÑÉS** (presidenta del Círculo Empresarial de Atención a Personas): Muchas gracias.

Si les parece, iré siguiendo los puntos, aunque algunos se repiten. La diputada del País Vasco me preguntaba sobre modelos de institucionalización en Alemania, yo le tengo que decir que Alemania tenía test. Yo he visitado el modelo de Alemania personalmente, es un modelo muy igual al de aquí, pero si algo ha tenido Alemania ha sido test, test, test. Y esto lo hemos visto todos en la prensa, se ha hecho un test masivo, han

podido seleccionar a las personas que tenían COVID y no, y aquí estaba la clave en el momento de la pandemia, saber quién estaba realmente enfermo y quién se podía aislar para no transmitir el virus a los demás.

La estructura de las residencias está pensada para que sean hogares, para que haya espacios de vida donde la gente se socializa, y esto es complicado, pero yo no pienso en ninguna imagen más que las pequeñas unidades que en España ya existen, que es el modelo nórdico que muchos hemos viajado y traído aquí, que puedan ser acogedoras para un final de vida. ¿Porque hemos pasado una pandemia, que es una catástrofe mundial, tenemos que hacer hospitales en las residencias? Mi respuesta es que no. Creo que tenemos que hacer espacios de vida donde la gente pueda... Una cosa que a mí me parece fantástica son aquellas pequeñas cocinas, aunque tengas un gran comedor, unas pequeñas cocinas que uno pueda hacer una tortilla, porque los olores de la vida son los que tú recuerdas cuando tienes demencia. Por lo tanto, creo que esto sí es una tendencia, en el País Vasco tienen algunos modelos y en otras partes de España también, en Castilla y León. Hay modelos que tienden hacia aquí, y nosotros, desde CEAPS, es el modelo que defendemos. Unidades, grandes, grandes, no, más bien medianas y pequeñas, pero también es cierto que tienes que buscar el equilibrio.

Usted hacía una pregunta sobre los valores y el negocio. No creo que me pueda ganar la vida mejor que cuidando a las personas que más necesitan que les cuiden. Y creo que esto es algo que debíamos pensar y reflexionar entre todos, porque te puedes ganar la vida en otras cosas y no cuidando, ¿un médico no gana un sueldo? ¿una enfermera? ¿una trabajadora social? ¿dónde está la diferencia? Yo creo que cuidar a las personas que más lo necesitan es la forma más maravillosa de ganarte la vida si además te gusta.

Ya que usted me habla de profesionalización, el País Vasco es de los modelos que se paga más de toda España, yo, que he ido con *El caos de la*

dependencia por toda España, cuando llegué allí les decía a los compañeros del País Vasco: no les puedo explicar mucha cosa, porque, evidentemente, estamos a 1000 euros de diferencia vuestra, y, sinceramente, tenéis un convenio el 17 % más alto. Alguien me ha preguntado sobre los trabajadores, esto es lo que pedimos desde CEAPS para toda España, exactamente esto, que es lo que vale una plaza, incluso más pública, pagada por administraciones públicas. Nosotros defendemos que no hay españoles de primera y de segunda, queremos un modelo que, realmente, pueda pagar mejores salarios, que pueda atender a las personas de forma diferente, con más ratios de personal. Pero no lo pedimos ahora por la pandemia, *Caos de la dependencia*, hace dos años, que vinimos al Congreso y lo explicamos a todos los que pudimos y más.

Usted me preguntaba ¿hay modelos? sí. Yo creo en las plataformas de servicio, yo creo que una residencia no puede tener solo camas, tiene que atender a estas personas, a las personas del barrio en su casa, pero con servicios de atención domiciliaria, con una teleasistencia, y que pueda venir a comer cuando le dé la gana. Y en eso, el modelo español no es flexible, no lo permite, o eres A, o eres B, o eres C, y en eso tenemos que aprender. Porque, si algo tenemos claro lo que estamos aquí, y yo creo que cuando llegas a una edad en la que sabes que tu esperanza de vida es corta, lo que no podemos hacer es decir que ahora te institucionalizo si no consideras que estás preparado. Y como las listas de espera en España son tan largas, cuando te toca, o lo aceptas o te vas al final, y la gente lo acepta. Por lo tanto, flexibilidad del modelo, que es lo que dice *El caos de la dependencia*. No obliguemos a una persona de 90 años a aceptar una plaza si ahora resulta que su hija está en el paro y puede cuidarla unos meses, bienvenidos estos tres meses que puede estar con la hija. Necesitamos un modelo flexible. E insisto, esto lo decíamos antes de la pandemia, no ahora.

CEAPS siempre ha dicho: calidad, coordinación sanitaria, modelos de plataformas de servicio, ir hacia la profesionalización, y, por supuesto, mejores tarifas.

Yo creo que he contestado a todo lo que me pedían.

El diputado de Ciudadanos hablaba de que ha sido un relato duro. Mire, yo nunca me había tomado una pastilla para dormir, y en esta pandemia me la he tenido que tomar. A las dos de la mañana muchos compañeros nos mandábamos mensajes. Esto es lo que ha sido la pandemia para este sector, y, después, te levantabas por la mañana, ponías la televisión y te encontrabas a gente que te decía los muertos que había habido o a la UME quitando muertos, y nos parecía tan injusto lo que estábamos viviendo, que no sé si esto lo superaremos nunca. Por eso, para nosotros es tan importante que ustedes nos escuchen hoy, por eso pedimos a partidos del Gobierno que nos trajera. No queremos reproches, insisto, queremos que todos seamos conscientes que estamos hablando de personas, de nuestras mayores, de los que seremos nosotros, nuestros padres. Y por eso le digo que hablamos de futuro. Y, sí, es cierto, ha sido muy duro. Y yo creo que ha sido muy duro también para nuestros profesionales, y sin aplausos a las 8 de la noche, por muchas campañas de CEAPS que pedíamos aplausos, sabíamos que no iban para nosotros, porque incluso los padres de algunos trabajadores les decían ¿qué hacéis en las residencias? ¡Dios mío! Por eso pedíamos que saliere gente de la administración a nuestro lado diciendo que no teníamos ninguna culpa, y esto sí que es un daño reputacional y emocional muy grave.

Usted me decía que conocía un poco el mundo de las residencias, ¿Cómo estamos? Pues ha causado un 5 % de defunción de los mayores que vivían en residencias, pero el 85 % de centros no hemos tenido COVID. Yo he vivido dos realidades muy diferentes, de residencias sin nada y residencias con mucho COVID. A veces me preguntaban, medios incluso, que qué se

había hecho diferente, nada, el COVID estaba dentro cuando se cerró. En el informe verán cuándo cerraron las puertas las comunidades de las residencias, el 13, el 14, el 15, el 16, incluso CEAPS decía de cerrar antes, pero en una semana se cerraron las puertas, pero el COVID estaba dentro, pero no lo sabíamos hasta que salían los síntomas, y cuando estos salían era el momento de más infección. Había momentos en que te enterabas que su hija estaba ingresada con un COVID en el hospital y había estado el día de antes en la residencia, pero te enterabas quince días después. Me acuerdo del caso de una señora dependiente que se pasaba todo el día paseando, y cuando nos enteramos dijimos: cae toda la residencia, porque está todo el día paseando, es una persona con demencia, todo el día deambulante, pues mira, este caso no, pero otro infectó a 20. Esta era la realidad del COVID. Nadie lo sabía, ningún dirigente político lo sabíamos, ni médicos, estamos aprendiendo todos.

Por eso desde CEAPS tenemos este 30 % de asintomáticos, y hoy hemos empezado a liderar un estudio con una universidad y con un hospital para ver por qué son asintomáticos, ¿hay alguna enfermedad? ¿alguna medicación que se toman? Somos los primeros que queremos saber por qué, y creemos que es importante que se investigue, es el primer estudio que se hace en Europa sobre esto. Es muy importante. Alguien pregunta que cuándo habrá normalidad, pues en nuestros centros nunca hasta que no haya una vacuna. No se parecen en nada las residencias de hoy a las residencias de hace cuatro meses, sacamos a las personas por turnos al jardín, ¿saben lo que es para una persona con demencia? Te pones la mascarilla, le hablas y no te entiende, entre que son personas con demencias y el oído no lo tienen bien, tienes que quitarte la mascarilla para intentar que te entiendan. O tocar la mano, nosotros trabajamos con las manos, y ahora resulta que, aunque seamos residencias ya verdes, tenemos que mantener las distancias, ¿cómo

las vamos a mantener? Les he dicho antes que el 77 % tienen incontinencia, nos necesitan, más de el 30 % no comen solos, no podemos mantener la distancia de dos metros, necesitamos llevar mascarillas. Si la llevara ellos, perfecto, pero a ellos no se las podemos poner, porque se la quitan, porque se la ponen mal, porque no respiran bien. Y, aun así, les digo que podemos felicitar al personal por el trabajo hecho, pero los mayores, decir que se queden en una habitación y ver cómo están allí, aunque nos les guste. Por eso les decía que son una generación que nos ha dado una lección de vida impresionante, y además sin reproches, dándonos las gracias, que es lo que nos ha animado a continuar con lo que teníamos fuera.

¿Por qué se han gestionado algunas con éxito? Es la infección comunitaria lo que ha marcado si había o no había. Ahora sí tenemos EPI, vamos totalmente equipados, aunque es difícil, si ves una persona con síntomas pasas el test y puedes aislar. Si tenemos esto, si los médicos y enfermeras de la atención sanitaria pública vinieran cada día, esto tal vez lo podamos solucionar. Esto es lo que nos preocupa ahora, que estos medios no nos fallen.

Lo de felicitar al sector, que me decía el diputado Ferran Bel, sí, los felicitamos de verdad, porque se lo merecen, pero yo le digo a todas las comunidades que no habrá una paga doble para los sanitarios y no para el personal de atención, y les pido por favor que trasmitan esto a todo el mundo, a todos sus compañeros políticos, no podemos hacer esto. Esta paga extraordinaria de la que se está hablando para los sanitarios, también al personal asistencial de primera línea, defendemos esto en todas las comunidades.

Creo que es justo hacer este discurso valiente, aunque te pongan un nudo en la garganta y aunque pienses que es una realidad que a lo mejor no gusta oírla, pero creo que, por todas estas personas que han fallecido, por

todo este personal que hemos estado en primera línea, que ha sido un infierno, yo no podía venir aquí a explicarles a ustedes simplemente el modelo de futuro. Yo creo que ustedes tampoco sabrían la realidad de lo que ha pasado de verdad y ahora sí, yo creo que si se leen el documento verán esta realidad y no verán cortinas de humo que, a mi parecer, no tienen nada que ver con una realidad de COVID.

En estos momentos estamos luchando para que no se repita. Primero, vamos a luchar por las cuatro comunidades en las que no se ha pasado el test masivo, esto es lo primero que vamos a hacer, no pueden entrar familias sin haber hecho el test, y no podemos estar más sin que entren las familias en los centros, aunque vengan como en otras partes de España, media hora en el jardín, esto se tiene que hacer, no pueden estar más sin ver a sus familiares. Esta es una realidad que nosotros estamos defendiendo en todas partes. Y para esto necesitamos test y necesitamos EPI. Aquí es donde estamos trabajando, pero aún no estamos en esta realidad.

Me decía la diputada de Unidas Podemos que estoy aquí con las mejores intenciones, pero que, al final, somos empresarios y queremos beneficios. Mira, en la asociación hay un porcentaje muy grande de fundaciones, yo soy honesta y les digo que soy una SL, sí que lo soy, pero creo en la ética y en la honestidad, y eso es lo que tenemos que hacer todos. No vale presentarte aquí como una fundación, ¿esto qué quiere decir? Siguen siendo empresas, siguen siendo entidades, con lucro o sin lucro. Somos una entidad que hemos invertido todo nuestro beneficio en seguir haciendo residencias de mayores con modelos que nosotros consideramos óptimos. Por lo tanto, no miren la tarjeta de visita, ni la COVID la ve ni los mayores tampoco, los mayores quieren calidad. ¿Saben cómo pueden hacer un favor a los mayores y a las familias? Acabando con las listas de espera y concertando más plazas públicas. Sistemas de copago, nadie quiere pagar,

yo soy de las que defiendo un copago, ahí sí que pueden ayudar. A veces pedimos más de las pensiones de los mayores, y yo creo que como país podemos hacer un equilibrio, que es lo que la gente quiere.

La lucha de la pandemia no ha mirado las SL, ni las fundaciones, ni las ONG. Tengo datos que demuestran que hay más afectación en residencias públicas, creo que me lo preguntaba antes la diputada del Partido Popular, incluso hay más en entidades públicas. Pero no es importante si son públicas o son privadas, no lo es. Creo que hay administraciones que tienen los datos, y esto es lo que hemos pedido como sector. Lo hemos pedido públicamente y personalmente, saquen los datos, terminen ya con este cuento, no hay más afección en lo privado. Yo sí sé los datos dichos por dirigentes políticos, pero por respeto a ellos no los diré, pero los tienen que decir, porque la ciudadanía se quedaría más tranquila.

El informe del caos. Me preguntaban qué pienso de los ratios. Miren, este informe es de hace dos años y pedíamos más salarios, más ratio, mejores tarifas, lo pedíamos todo hace dos años. Por tanto ¿defendemos este modelo de más ratios? Sí. Nosotros gestionamos plazas concertadas, y de estas plazas ni ponemos el precio, ni ponemos los ratios, ni ponemos las inspecciones, ni los metros cuadrados que tienen que tener el edificio, somos tremendamente públicos. Es decir, la gestionamos privados, pero el modelo, las líneas de cómo funcionan son públicas totalmente.

La señora **PRESIDENTA**: Perdónenme, no vamos a hacer un debate. Tiene la palabra la compareciente.

La señora **PASCUAL MONTAÑÉS** (presidenta del Círculo Empresarial de Atención a Personas): Insisto, gestionamos plazas públicas, que es como funciona toda España. Si usted me pide consejo yo le tengo que

decir cómo funciona el modelo español, y así es como ha funcionado tantos años. Y, la verdad, es que esto no es un problema de éxito, se trata de estas plazas, de estas listas de espera, estos precios por debajo de la media.

Me preguntaba también si estamos de acuerdo con atención primaria. Totalmente. Una persona no puede pagar dos veces por el mismo servicio. Si es una persona que está en la red pública, hagamos que esto funcione. ¿Puede coordinarse la atención primaria? Debe coordinarse, tiene la obligación de hacerlo. Desde CEAPS lo hemos dicho siempre. Si esto se reorganiza verán cómo funciona mejor. Estas personas siguen teniendo un médico de atención primaria, que no sea por coordinación, porque no creo que sería lo justo.

A la diputada del Partido Popular, yo insistí mucho en que teníamos que estar aquí, por tanto, gracias, se lo pedí a todos los partidos de gobierno, no tengo que engañar, pero gracias por proponernos, porque yo pensaba que la voz de los mayores tenía que llegar a esta Comisión.

Experiencias vitales, ya lo he dicho, durísimas, pero yo también quiero hablar de futuro, quiero hablar de este modelo de atención centrada en las personas. No escuchen modelos de hospitales, no es donde ustedes ni sus padres quisieran vivir. Hemos visto ahora lo que es estar en una habitación. No. Pierden la motricidad, cuando tienen demencias pierden totalmente el reconocimiento de las personas, ni esto es bueno para trabajar con una persona en demencia, pero es necesario para nuestros profesionales y nosotros tenemos que hacer caso de Salud Pública. Pero el día que salga la vacuna será el día de la normalidad, ahora no lo es.

Emocionalmente ha habido un daño reputacional tremendo, lo ha habido, y os pedimos ayuda para que esto se solucione. Las tres bases, como funciona en muchas partes de Europa, el módulo sanitario, el módulo social y el módulo hotelero, es lo que tenemos que hacer que se combinen. Es muy

importante este marco que sepamos exactamente qué queremos. Ahora, en algunas partes de España nos están poniendo oxígeno, en otras vienen los médicos, en otras no, yo creo que el oxígeno es fundamental, porque hay un 17 % de personas que pueden necesitarlo en un momento de pandemia. Se trasladaron un 40 % de personas a los hospitales porque necesitaban oxígeno. Si teníamos oxígeno puntual podíamos ponérselo y no derivar al hospital. Y ahora, en cambio, estamos pidiendo no derivaciones hospitalarias, porque derivar al hospital en final de vida es un crimen, el final de vida se tiene que hacer en la residencia. Lo que sí es un crimen es no derivar cuando tienes una enfermedad. Son las dos caras, ahora mismo tenemos que ser capaces de tener oxígeno y médicos para poder, en una situación normal, atender a estas personas.

Todo lo que decía de las reservas estratégicas de futuro, nosotros queremos que se nos escuche y decir cómo y qué se puede hacer, y en eso les aseguro que les vamos a dar toda la información que necesiten. Hemos defendido desde hace muchos años que tiene que haber un pacto de país, el incremento de la población de mayores es muy grande, y, si todas las fuerzas políticas no están de acuerdo en eso, no tendremos suficientes recursos para tirar para adelante este pacto.

Garantizar el derecho sanitario es lo que nosotros queremos, agradecimientos profesionales y, evidentemente, disculpas a todas las familias que lo han visto -decía la diputada socialista- desde sus casas, y sufriendo. Evidentemente, y creo que cuando tú puedes hablar con tu familia, aunque hablar, han hablado, pero ¿cómo podemos mejorar esto? Hemos hecho videoconferencias, piensen en personas que a veces no ven, que no oyen, hemos hecho un máster en esto, hemos encontrado sistemas tecnológicos para poner pantallas y que se vean, pero no es lo mismo. Llamé a todas las familias con las que tenía contacto y una me dijo: venía todos los

días, Cinta, y cierran las puertas y se muere. Y es cierto, era una familia que venía todos los días, esto es muy duro, porque nunca sabrán si se ha muerto del COVID o de pena, como decía ella. No podemos más que estar a su lado en estos momentos.

¿Cómo pensamos que tiene que ser el modelo? Insisto, plataformas de servicios, no institucionalicemos a todo el mundo, ni hay bastantes plazas ni nuestro país se puede permitir el coste que esto significa.

Respecto a lo que me decía usted de las órdenes autonómicas, creo que las comunidades autónomas han hecho protocolos incorrectos.

Me preguntaba si cuando se confiscaron los EPI había mando único. Esto también ha sido incorrecto, porque es cierto que hay una orden ministerial que dice que hay una compra unitaria, esta orden la he visto yo, y ahí no pone que a las residencias no se venda, pero existe. Es igual quien los compre, pero que nos llegue a las residencias, que es lo que nosotros pedíamos: hagan compras y tráigalas a las residencias. Pero, en el momento más duro, teníamos la sensación de que ni unos ni otros, que no llegaban. ¿Creen que para nosotros es importante quién nos lo mande? No, lo importante es que tengamos los EPI para poder proteger a nuestros trabajadores.

Cuando les decía al empezar mi discurso que era un tema ético para reflexionar sobre lo que ha pasado, yo sigo pensando que es eso, tenemos que seguir pensando que, si hay un rebrote en el mes de noviembre, ¿habrá? ¿estaremos mejor preparados?, si no estamos realmente preparados para atender no nos lo permitiría nadie, ni las familias, ni el sector.

Sobre la coordinación sociosanitaria, en Cataluña es la única comunidad que tenemos 2500 plazas sociosanitaria. Es un modelo que existe y hace mucho tiempo que decimos que no acaba de convivir con el modelo de residencias. Hay 2500 de 57 000, no es un modelo. Pero, cuando tú vas a

visitar un sociosanitario, parece un hospital, es un hospital, las camas, ahora han hecho un poco de comedores, pero no son hogares donde viven las personas. ¿Podemos hacer compatible esto? Sí, podemos.

La diputada hablaba de Alemania, recuerdo a una directora de una residencia que nos explicaba en Berlín cómo era la residencia y cómo trabajaban, y, ante una persona al final de la vida, le pregunté cómo lo hacían con los médicos, y me dijo: no te preocupes, Cinta, yo tengo el servicio de atención primaria y esta noche ha dormido aquí la enfermera. Esto es coordinación, esto es entender que si yo tengo ahí unos usuarios que me necesitan más, los atiende. ¿Cómo ha funcionado a lo largo de todos estos años? Pues para que vengan médicos y enfermeras a veces tienes que pedirlo casi de rodillas.

Esta es la coordinación que deseamos todos, pero yo creo que estamos lejos. Pero, igual esta pandemia nos ha traído cosas buenas, a lo mejor nos ha hecho ver que esta coordinación es necesaria para el futuro. Fundamental. Y yo creo que esta pandemia nos ha traído estos valores, nos ha traído ver cómo tienen que envejecer nuestros mayores, en hogares, pero con el servicio sanitario. Porque, al final, la parte médica, la parte sanitaria, relaja a la familia, y las personas mayores, aunque estén en el final de vida, se sienten mejor atendidas si saben que van a tener estos servicios sanitarios.

Siento si me he alargado mucho. No soy capaz de ver la hora que es.

La señora **PRESIDENTA**: Lo ha cumplido perfecta. Muchas gracias.

La señora **PASCUAL MONTAÑÉS** (presidenta del Círculo Empresarial de Atención a Personas): Terminar diciendo que sirva de algo nuestra mala experiencia, que sirva de algo lo que hemos pasado, no por el sector, porque nosotros tenemos que remontar, tenemos que preparar a

nuestros profesionales, trabajar sus miedos, que hemos tenido todos, pero sí por todos estos mayores, que no piensen que estar en una residencia es no tener este servicio que se merecen. Esto no lo dicen cada día, el rebrote está aquí, así vivimos ahora esta falsa normalidad.

CEAPS ha hecho documentos de desescalada con todos los expertos de residencias y de centros de día, los hemos mandado a todas las comunidades autónomas y al Gobierno de España. Si alguien los quiere, nos encantará que los tengan, hemos trabajado horas, fines de semana y noches para que haya un documento de desescalada, que es una versión 1, habrá una 2 y una 3, porque es cambiante. Una desescalada que la tenemos que hacer con mucho miedo y mucha prevención.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias por haber venido a este grupo de trabajo, se lo agradecemos mucho. Espero que todos hayamos aprendido.

- DE D.^a **MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA**, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. VICEPRESIDENTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SEMFYC).

La señora **PRESIDENTA**: Buenas tardes, seguimos con el orden del día, con la comparecencia de doña María Fernández García. Nos va a hacer su presentación en la pantalla.

Muchas gracias por haber acudido. Le damos la bienvenida.

La señora **FERNÁNDEZ GARCÍA** (especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC): Las gracias se las quiero dar yo, en nombre de mi sociedad y en el mío propio, por esta gran oportunidad que se da a la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria para poder comparecer en este grupo de trabajo para poder intentar cambiar lo que, hasta ahora, ha sido la atención primaria.

La presentación va a ser de apoyo, no les voy a aburrir con diapositivas, simplemente recogen algunos datos que creo que quedan mejor como imagen que dichos verbalmente.

Lo primero que me gustaría es poner en valor el entorno en el que llevo trabajando más de 20 años, y lo que me hace estar enormemente orgullosa de ser médica de familia, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Y es para mí, y para la sociedad que represento, como he dicho, un privilegio poder compartir con todos ustedes nuestra visión de la situación de la atención primaria en nuestro país. La grave situación en la que se encuentra actualmente la atención primaria nos obliga a evolucionar, y a pensar que

tenemos que darle la vuelta a la situación en la que ahora nos encontramos. Son bien conocidas por todos ustedes las numerosas movilizaciones que se produjeron en todo el territorio en el año 2019, y que desembocaron en la celebración de un consejo interterritorial monográfico y en la elaboración de un marco estratégico cuyo desarrollo debería haberse producido a lo largo de este año, pero, lamentablemente, la pandemia ha frenado en seco todas estas iniciativas. La atención primaria muestra signos importantes de agotamiento, y cada día que pasa sin hacer nada se agravan más.

Creo que estamos todos, pero muy especialmente ustedes, ante una oportunidad para revertir y reparar todos los errores del pasado. Podemos decir que hemos tenido gran talento para improvisar y pésimo para planificar. Sin duda alguna, la atención primaria es importante, lo pueden ver en esta diapositiva, tanto por el número de profesionales que lo conforman, el número de centros y la actividad que se hace. En atención primaria, como pueden ver, hay 13 000 centros de atención primaria, de los cuales 3000 son centros de salud, 10 000 son consultorios, 2000 son puntos de atención de urgencias hospitalarias, y donde el año pasado se realizaron 233 millones de consultas médicas, 132 millones de consultas de enfermería, 13 millones de visitas domiciliarias y 30 millones de urgencias. Una enorme actividad, pero lo importante no es lo que hacemos, sino el valor de lo que hacemos. Las políticas sanitarias de la última década, marcadas por una constante caída de la financiación pública en la sanidad y el avance de modelos privatizadores, han debilitado notablemente la capacidad de resistencia de nuestro sistema sanitario. Solo una atención primaria adecuadamente financiada y dotada de recursos humanos y materiales, de protocolos y capacidad en la toma de decisiones, podrá evitar que volvamos a encontrarnos ante un nuevo colapso del sistema en futuros rebrotes o crisis locales o generales.

Habrà que corregir también la falta de coordinación, como antes

hablaba la compañera que me ha precedido, entre los diferentes actores y ámbitos de responsabilidad de gestión, y, en especial, entre los sistemas sanitarios y el sistema de servicios sociales y salud pública.

Si preguntamos en el extranjero qué tres características destacarían del sistema sanitario español es muy probable que señalaran, por un lado, el programa de trasplantes, por otro lado, nuestra joya MIR, y, por otro lado, la atención primaria. Como destacaba el último ranking del informe *Bloomberg*, en septiembre de 2018, como pueden ver en la diapositiva, que analiza más de 200 economías, España tiene la sanidad más eficiente de Europa, decía en aquel momento, y la tercera del mundo. Y en febrero de 2019 España es el país más saludable del mundo por sus indicadores de salud, esperanza de vida, mortalidad, también por su alimentación, y muy especialmente la calidad de la atención primaria.

En el mundo hacia el que vamos, con un 80 % de las consultas de atención primaria y el 60 % de los ingresos hospitalarios por patologías crónicas, la mejor opción de atención a estos pacientes es una atención longitudinal, coordinada y con una visión generalista, según un reciente estudio publicado por la American Medical Association, que revela que un médico de familia más en atención primaria por cada 10 000 habitantes se asocia a reducciones de mortalidad cardiovascular, por cáncer y por dolencias respiratoria, y al aumento de casi dos meses de expectativa de vida. Esto hace que todo el sistema sanitario sea más eficiente. Por cada euro que se invierta en atención primaria, se ahorrarían ustedes -y también nosotros- diez euros en atención hospitalaria, y, por tanto, nueve euros en el cómputo global. Diversos estudios han demostrado que los países con una atención primaria más consolidada y robusta y con recursos suficientes tienen menos costes y poblaciones más sanas, así como menores desigualdades en relación a la salud de sus poblaciones.

La atención primaria debe coordinar la respuesta integral en todos los niveles, y decidir el lugar del sistema sanitario donde se debe realizar la atención a un problema de salud, desarrollando los atributos claves de la atención primaria, que son la longitudinalidad, la integralidad, la accesibilidad y la coordinación de la atención.

Sin embargo, en España, en los últimos 10 años, hemos asistido al abandono paulatino de la atención primaria en favor de una política cada vez más hospitalocentrista, se puede ver en la diapositiva cómo ha ido evolucionando el gasto de personal hospitalario *versus* la atención primaria entre los años 2009 y 2016, deslumbrados quizás por la alta tecnología en los diagnósticos y tratamientos, un hecho que hemos podido volver a comprobar en esta era COVID. La atención primaria ha sido invisible durante gran parte de la pandemia, ausente en el foco de interés mediático, ausente en las estadísticas, y prácticamente apartada, aunque existen diferencias según comunidades autónomas, por los gestores y por la administración sanitaria. Incluso en el momento actual de la pandemia, cuando el papel de la atención primaria es reconocida como esencial por los expertos, gestores y políticos, he de decirles que prácticamente no se ha incorporado ningún recurso en este ámbito asistencial, o, por lo menos, no los que deseamos.

En las primeras semanas de pandemia, especialmente en las comunidades con más impacto, y mientras todos los focos se centraban en hospitalizaciones, en camas de UCI y en fallecimientos, una invisible atención primaria demostró, una vez más, su competencia y su compromiso con los pacientes. Los equipos directivos de los centros de salud tomamos decisiones y se organizaron sin esperar instrucciones y recursos que tardaron semanas en llegar. Y acertaron. Se tomaron decisiones ante nuevas necesidades y escenarios, se adecuaron espacios físicos, se flexibilizaron los

horarios de los profesionales, se improvisaron equipos de protección porque escaseaban, se resolvieron trabas burocráticas, se recondujeron los pacientes crónicos a espacios seguros. Porque sí, hemos seguido atendiendo a los pacientes crónicos, no como hubiésemos querido, pero hemos seguido y seguimos abiertos, no como dicen los medios de comunicación. Todo esto para evitar contagios, y, de repente, resurgió el talento, resurgió el espíritu de solidaridad, el trabajo en equipo, y desapareció ese manido *burnout*, dando la razón a aquellos que defienden que el *burnout* no es una patología individual, sino que es un problema estructural del sistema sanitario cuando este deja al profesional al margen de la toma de decisiones.

En una encuesta realizada por mi sociedad, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, durante la semana del 23 al 27 de marzo, que ustedes recordarán en pleno auge de la pandemia, 1063 especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria que ejercen en atención primaria ponían de manifiesto el extraordinario papel de contención, base del Sistema Nacional de Salud y puerta de entrada a la sanidad que realiza la atención primaria y los profesionales que trabajamos en esta. La proyección de estos datos estimaba que se habían atendido y seguido más de 900 000 pacientes con cuadro clínico probable de COVID. La mayoría de los casos no había precisado atención hospitalaria, presentaban sintomatología leve y no se realizaron estudios de confirmación. Los casos confirmados en esas mismas fechas, del 27 de marzo, rondaban los 65 000. El estudio poblacional realizado por el ministerio, cuyos resultados están publicándose ahora, vienen a corroborar estas cifras, con menos de 300 000 casos confirmados y una estimación de más de 2 millones de infectados en todo el territorio nacional. Una vez más, acertamos.

Podría seguir contando infinitas ventajas de invertir, potenciar y cuidar la atención primaria, pero quiero dedicar el resto de mi comparecencia a

compartir con ustedes el modelo de atención primaria que desde esta sociedad de medicina familiar y comunitaria les proponemos. En la documentación que les he hecho llegar, hay algunos otros informes como unas recomendaciones que, conjuntamente con otras doce organizaciones, acabamos de firmar, una alianza para luchar porque el sistema sanitario sea público y universal, y también un documento que acabamos de elaborar, entre la ingente actividad que hemos hecho desde la sociedad, sobre la fase de transición, cómo proponemos que se pueda empezar a trabajar en los centros de atención primaria, si bien, como ha dicho la compañera anterior, todo esto va cambiando día a día.

El documento que tienen ustedes, que se ha trabajado conjuntamente en semFYC con el grupo asesor, la junta directiva y expertos de la sociedad, es fruto de una jornada de reflexión y se organiza en cuatro puntos: organización, población, calidad, y financiación y sostenibilidad del sistema sanitario.

Con respecto a la organización, la atención primaria es un nivel asistencial, pero es también un bien social. Una atención primaria universal y fuerte reduce sustancialmente las diferencias de salud debidas al nivel de renta, y esto ya lo demostró la atención primaria durante la crisis del año 2009. Necesitamos una atención primaria orientada, no solo a lo asistencial, sino también hacia los determinantes sociales de la salud. Es preciso apostar por un modelo que incluya la atención comunitaria y los aspectos sociales, como hemos visto anteriormente. La atención comunitaria es una actividad prioritaria en atención primaria, que precisa de recursos y también de formación, así como contar con la alianza y el soporte de salud pública y los servicios sociales; debemos coordinarnos más y mejor. Es necesario poner en valor la gestión de la cronicidad y de la complejidad de la atención primaria y comunitaria. No debemos renunciar a la atención domiciliaria.

Debemos fomentar el modelo de equipos multiprofesionales, con integración real y orientación comunitaria. Lo que ha sucedido en las residencias de este país no se puede volver a repetir, tenemos que trabajar más coordinadamente con las consejerías de Asuntos Sociales para que nuestros mayores no tengan que ser institucionalizados y que puedan vivir en su comunidad, aumentando los recursos sociales, hacer que la Ley de Dependencia se cumpla realmente. Debemos tejer redes en las comunidades con el centro de salud imbricado, tanto en los domicilios como en el caso de que el mayor deba ser institucionalizado, que no es lo más recomendable si no se necesita, eso sí, de hacerlo debería ser en instituciones de menor tamaño e insertadas en la comunidad, y a poder ser públicas, como el modelo nórdico.

Los profesionales han de tener autonomía para gestionar sus propias agendas y poder acceder a la información que facilite las tomas de decisiones clínicas. Tenemos que desarrollar un modelo organizativo multidisciplinario, real en atención primaria, y llevar al máximo el nivel de competencia de cada perfil profesional, lo que sería la Ley de Subsidiariedad, para modificar la legislación actual y así reorganizar las competencias de cada uno de los actores, medicina, enfermería y también el personal administrativo para que resulte más coste-efectivo. Para poder conseguir todo esto tenemos que redefinir la cartera de servicios de enfermería y de auxiliares de enfermería, definir la demanda y su asignación a los diferentes profesionales. Tenemos que retomar la gestión compartida de la demanda. Y también tenemos que formar y capacitar a los administrativos sanitarios. Nosotros proponemos la creación de administrativos de familia, o de familia y comunitaria, con sus competencias. La labor que los administrativos de los centros de salud han hecho en esta pandemia ha sido encomiable, y sigue siéndolo.

Tenemos que mejorar la eficiencia del sistema sanitario, porque todo esto presupone que cada nivel debe alcanzar su máximo nivel de resolución,

y para que esto ocurra el médico de familia tiene que tener acceso a un catálogo de pruebas diagnósticas en las mismas condiciones que el resto de especialidades. Tenemos que promover la innovación en atención primaria y el uso de las tecnologías de la información, las TIC. Tenemos que facilitar la intercomunicación con otros ámbitos asistenciales, pero también con la población. Nos sería de muchísima ayuda el poder contar con telemedicina, y en esto son muy pocas las comunidades que tienen grandes avances. También tenemos que desarrollar la *mHealth*, soportes móviles, asistentes digitales, lo que nos permitiría reducir la ingente carga burocrática y de actividades que no nos aportan valor. Sepan ustedes que pueden constituir un 30 o un 40 % del tiempo de consulta, algo nada eficiente y poco acorde a nuestra formación profesional y especializada. Se ha hecho durante la COVID y debería quedarse con nosotros.

También tenemos que fomentar el mantenimiento de los mayores en su entorno, con estructuras mucho más pequeñas y amigables, lo que conlleva ineludiblemente a un incremento de la demanda de la atención domiciliaria. Y ese ámbito, el de la atención domiciliaria, es competencia de atención primaria, del equipo de medicina y de enfermería. Y para dar respuesta a esta necesidad, se hace obligado dimensionar adecuadamente las plantillas para mantener las competencias y garantizar que el equipo de atención primaria y comunitaria pueda realizar y dar un servicio de alta calidad. También la atención continuada, que incumbe a la atención primaria y a la Gerencia de Atención Primaria. Los ciudadanos deben disponer de dispositivos de urgencias los siete días de la semana, 24 horas y 365 días del año. Los dispositivos de atención continuada han de estar coordinados con los equipos de atención primaria para asegurar esa longitudinalidad y capacidad resolutoria que tenemos en atención primaria.

¿Qué decir del modelo organizativo? El modelo organizativo de los

equipos de atención primaria ha de ser flexible y contar con distintas fórmulas que se adapten a las características sociodemográficas de la población a la que tenemos que asistir. Así mismo, tenemos que disponer de las estructuras y de los recursos pertinentes. El director de equipo debe ser un miembro del equipo, que tenga capacidad directiva, categoría de jefe de servicio, estar adecuadamente retribuido y tener también carga asistencial, si no, no tenemos los pies en el suelo. Un directivo, si no asiste, no tiene esa capacidad, perdemos bastante la realidad. Se propone que el acceso al cargo se realice por convocatoria pública con presentación de proyecto y con evaluación periódica. Debe estar acotado en el tiempo y contar con opciones de renovación.

Las plantillas, como he dicho antes, se deben dimensionar adecuadamente, pero no solamente en base al número de tarjetas y el grado de dispersión, sino también que tendremos que incorporar a nuevos profesionales en las plantillas de forma estable y retribuyéndolas en base a unas características de la población, qué necesidades socioeconómicas, complejidad, envejecimiento y demás. Cartera de servicios del equipo, hay centros de salud que tienen unas carteras y otros que no. Y actividades no asistenciales, si es un centro docente, si se realiza actividad comunitaria, si se hace investigación. Todo esto es lo que determinará qué tipo de plantilla deberemos tener.

Y en defensa de la longitudinalidad, valor esencial en la atención primaria, como he repetido varias veces, se propone que las contrataciones de los profesionales sean prolongadas y estables, qué menos que un año de contrato, y a poder ser dos, como mínimo, con asignación permanente a un equipo, o, si no queda más remedio, a dos.

Hay que asegurar también la conciliación laboral y familiar, y considerarla en los modelos de gestión.

Con respecto a la población, el nosotros entendemos por sistema sanitario público la universalidad como elemento esencial para una mayor eficiencia. La cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. La universalidad es un derecho, la salud es un derecho, y así lo reconoce la OMS. La semFYC y otras muchas organizaciones firmantes recientemente de una alianza por la sanidad pública defendemos una atención sanitaria pública, con cobertura universal para toda persona que resida y viva en España, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar sanitario y social. Y, además, abogamos por una asistencia equitativa en el acceso, en el trato y disposición de recursos eficiente en el uso de estos y de carácter solidario. Las leyes deben garantizar la universalidad, y tenemos que recordar leyes como el Real Decreto 16/2012, o el 7/2018, que aún no ha conseguido paliar del todo lo que había hecho el anterior. La idea de la universalidad implica también que en el sistema se incluya toda la ciudadanía, que el régimen de asistencia sea el mismo para toda la población, algo que ya recogía nuestra Ley General de Sanidad en 1986. Se debe propiciar la integración de las mutualidades públicas en el sistema público, con su dotación presupuestaria, lógicamente, respetando los derechos de los que ya están incorporando las nuevas altas al sistema sanitario público. El doble aseguramiento conlleva amenazas.

La población asignada a un centro de salud se debe hacer en base a una distribución territorial en zonas básicas de salud, lo que garantiza la equidad, favorece la incorporación e integración de otros valores (comunitarios, culturales, educativos). Y es que, la proximidad de las personas posibilita el trabajo en comunidad, y eso lo hemos visto ahora que ha faltado ese trabajo comunitario.

Hay que ampliar la cartera de servicios en atención primaria en

función de las necesidades reales de la población. Se propone una cartera de servicios óptima, no básica, para todo el territorio español.

Y qué decir de las gerencias únicas. Las gerencias únicas, entendidas como aquellas estructuras que integran la atención primaria y la atención hospitalaria en áreas sanitarias grandes, han demostrado ser un elemento que tiene un impacto extraordinariamente negativo a la atención primaria, porque ha generado innumerables dificultades de gestión, ha relegado la atención primaria, ha distanciado enormemente la toma de decisiones con los equipos directivos de los centros, donde se producen realmente los problemas del día a día. Y, sobre todo, porque se ha acompañado de grandes reducciones, drásticas en muchas ocasiones, en el presupuesto para atención primaria y comunitaria. A día de hoy, nadie ha demostrado que estas gerencias únicas hayan conseguido los objetivos para los que fueron creadas, se trata de una ilusión sin evidencia. Es necesario dotar a la atención primaria de estructuras propias y, por supuesto, de un presupuesto propio.

Si pasamos a financiación y sostenibilidad, se debería de aumentar de forma progresiva la dotación presupuestaria destinada en atención primaria hasta alcanzar un 25 % del gasto sanitario en un plazo máximo de cuatro años. Pero, según semFYC, los presupuestos de atención primaria deberían ser finalistas, estar blindados y, como medida urgente, se hace necesario corregir la infrafinanciación de la atención primaria. De acuerdo con la evaluación presupuestaria del último decenio, estimamos que debería ser necesario invertir 2500 millones de euros en el Capítulo I, que, como saben ustedes, es el de Personal, en atención primaria en los próximos cuatro años, lo que supone incrementar estimativamente un 25 % el presupuesto actual. 1250 millones de euros en inversión de infraestructuras, tenemos que remodelar, y mucho más ahora -lo estamos viendo creando zonas de limpio, sucio, etcétera a partir del COVID- necesitamos reestructurar muchos de

nuestros centros de salud, algunos de los cuales no van a poder atender a población COVID. Proponemos 50 millones de euros al año en los próximos cuatro años para la adquisición de equipamiento y tecnología. Proponemos entre 15 000 y 20 000 euros al año por centro de salud.

Por otro lado, el especialista en medicina familiar y comunitaria debe trabajar en las plazas de medicina de familia. Ante la falta de médicos, los médicos de familia deben ocupar sus plazas prioritariamente, y si con el fin de dar respuesta a otras necesidades sanitarias hay que cubrir con plazas de médicos de familia esas plazas, por ejemplo, Pediatría, se propone que, además de informar a la población, deberíamos cambiar la denominación de dichas plazas, o valorar otras alternativas.

Por razones de legalidad y de seguridad del paciente y reconocimiento de la especialidad, se debe garantizar que las plazas de medicina familiar y comunitaria y enfermería familiar y comunitaria no sean ocupadas por profesionales sin esta especialidad. No se debe contratar a médicos sin especialidad para trabajar en atención primaria o servicios de urgencias. Hemos trabajado mucho en este país para que ahora... Sabemos que es una situación muy crítica y faltan profesionales, pero la contratación de gente que solamente está homologada, pero no ha accedido al sistema por la vía MIR, entendemos que es un peligro y una merma para nuestro sistema sanitario, sobre todo para la atención primaria. ¿Se dejarían operar por un cirujano sin titulación? Piénsenlo.

Solicitamos que los gestores y las administraciones sanitarias hagan gestión y no cojan atajos. Desde un punto de vista de seguridad del paciente, este tipo de contrataciones son inaceptables. Nuestro MIR es una joya. Y aprovecho para reclamar que los aspirantes que en breve van a elegir su plaza pueden realizarlo sin inferioridad de condiciones ante el nuevo modelo planteado por la COVID, si pasamos ya a Fase 3 no tiene ningún sentido que

lo tengan que hacer telemáticamente.

Debe profesionalizarse la gestión de las gerencias de atención primarias y de mandos intermedios con asignación de cargo mediante concurso público. Es necesario avanzar en la elaboración de presupuestos capitativos para asignación presupuestaria de las gerencias de atención primaria y de atención hospitalaria como instrumento esencial para promover la eficiencia. Y todas las facultades de Medicina, que es otra de nuestras grandes lagunas, deben ofrecer la asignatura de Medicina de Familia, la cual, lógicamente, ha de ser impartida por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, con profesores asociados y acreditados por la ANECA, cuyo currículum ha de ser adaptado a la realidad, nosotros somos clínicos que enseñamos a clínicos.

Como último punto, y no por ser el último es el menos importante, en atención primaria tenemos que trabajar con calidad, debemos dar la mejor atención, con el mejor conocimiento disponible y la máxima seguridad para nuestros pacientes. Se debe dotar a la atención primaria de los recursos necesarios para que podamos investigar, la atención primaria ha de responder a preguntas sobre la asistencia o sobre la práctica clínica, sin perder los objetivos de la especialidad, que es la efectividad y la eficiencia. Es preciso que el Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social y todas las comunidades autónomas trabajen en la implementación de la cultura del no hacer, ojo, el no hacer no es que dejemos de hacer, es dejar de hacer para hacer mejor. La seguridad del paciente y la prevención cuaternaria para que se extienda por todos los dispositivos asistenciales y todas las especialidades. Las actividades innecesarias o nocivas, además de consumir recursos que no se dedican a otras actividades necesarias, ponen a los pacientes en situación de riesgo. Tenemos que promover la cultura de evaluación como tecnología sanitaria, evaluar modelos de atención primaria para no incorporarlos si se

ha probado ya que no funcionan.

Y, finalmente, es imprescindible trabajar con otros actores. Los centros de salud tratamos necesidades individuales y poblacionales, pero en ocasiones se concibe más como un bien de consumo. La medicalización de la sociedad comporta que, a veces, en atención primaria se desempeña un rol social que no nos corresponde. Es necesario trabajar con los agentes sociales, con las asociaciones de vecinos, con los ayuntamientos, y aprender a colaborar en red, es fundamental, vuelvo a insistir, en la acción comunitaria. Y también con la farmacia comunitaria, y otras posibles profesiones que pueden ser complementarias y que pueden favorecer una mejor labor asistencial. Se propone que se integren a los centros de salud especialistas que se precisen mediante contratos externos, en función de las necesidades, pero siempre reevaluando las experiencias previas.

A modo de resumen, la atención primaria es hoy más necesaria que nunca, ustedes, como políticos, deben decidir dónde, cómo y a qué destinar los presupuestos. El COVID ha sesgado muchas vidas y ha causado daño a muchos miles, y entre ellos a muchos sanitarios, aproximadamente el 60 % de los fallecidos eran médicos de familia. Para ellos y para todos, nuestro recuerdo. Lo que demuestra que, desde el inicio, los médicos de familia y la atención primaria estábamos en el centro de la pandemia, y en muchos casos sin la adecuada protección.

Una atención primaria adecuadamente financiada, con autonomía de gestión, con una cartera de servicios óptima y que cuente con la confianza de gestores y políticos, evitará el colapso sanitario, disminuirá la mortalidad y reducirá las desigualdades sociales. Ustedes pueden decidir si destinan sus presupuestos a lo importante, la atención primaria, o a lo urgente, camas de UCI, hospitalización y demás.

Muchísimas gracias por su atención.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señora Fernández.

Comenzamos la intervención de los grupos políticos. Tiene la palabra el Grupo Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Gracias, señora Fernández por las explicaciones dadas.

Desde las instituciones que estamos gobernando nosotros, y con las competencias exclusivas en materia sanitaria, no compartimos el modelo de gestión que usted está planteando y no es el que estamos poniendo en marcha. Usted critica el modelo de gerencia única, nosotros le llamamos OSI, Organizaciones Sanitarias Integradas, donde conviven, y nosotros entendemos que con buenos resultados. Usted decía que no ha habido evidencia de que ese modelo esté funcionando bien y nosotros defendemos que el sistema sanitario vasco tiene unos buenos resultados, que estamos continuamente implementando medidas, acciones y propuestas de mejora para que siga siendo mejor aún, hasta lograr siempre la excelencia. Pero, esa convivencia entre la atención primaria, la hospitalaria y la especializada, entendemos que es un buen sistema y estamos satisfechos con los resultados que está dando.

Planteaba las características destacables del sistema sanitario, se refería a tres de ellas, el programa de trasplantes, el programa MIR y la atención primaria. En este resumen que nos ha puesto de las propuestas que hacía, se refería a la especialidad pendiente en el sistema de formación MIR, y hay otras también. En ese sentido, le pregunto si no le parece que es una urgencia reclamar al Ministerio de Sanidad, que ya lleva mucho tiempo y siempre se queda en puertas del Boletín Oficial del Estado el reconocimiento de algunas de las especialidades para entrar en ese programa de formación

MIR, que, efectivamente, es bueno, que compete al Estado y entendemos que la suya y otras especialidades deberían ver cumplida esa reclamación, que es justa a nuestro juicio.

En cuanto al programa de trasplantes, me gustaría preguntarle cómo se coordina y el sistema de coordinación de trasplantes, si nos puede servir también para modelo de coordinación en otros ámbitos sanitarios.

En cuanto a la contratación, usted decía que los contratos tendrían que ser, como mínimo de un año, o de dos años continuos. Yo tengo dificultades para poder ver, desde una óptica de la gestión, cómo se puede responder a eso. Por ejemplo, ¿cómo cubriría usted bajas de un día para otro, licencias, vacaciones, todo ese tipo de servicios sin recurrir a contratos de una duración inferior a ese tiempo, como en otros servicios profesionales, sin tener recursos ociosos? Otra cosa es la temporalidad que pueda haber excesiva, porque la tasa de reposición, como todos sabemos, como consecuencia de las medidas de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera que se tuvieron que tomar en un momento, es cierto que la tasa de reposición establecida condicionó la temporalidad de los contratos. Pero, en condiciones normales, una vez que se hagan las pertinentes OPE y con bolsas de trabajo, ¿cómo pretenden resolver esto?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **DÍAZ GÓMEZ**: Gracias. Gracias señora Fernández por su exposición, por estar aquí, por la documentación que nos ha enviado y felicidades por el premio Princesa de Asturias que le han dado a todos los

sanitarios, que han ido mucho más allá de lo exigible durante toda esta pandemia, que todavía continua. Mi agradecimiento por todo el trabajo que están haciendo, que han hecho y que van a hacer. A ver si molestamos nosotros menos en algunas cuestiones.

Le quiero hacer algunas preguntas reflexionando algunas de las cuestiones que ha dicho y que he leído en el informe. No van en orden de importancia, sino como las he ido anotando, empieza, incluso, por la menos importante.

Ha hecho usted una valoración de la carga burocrática. Pasa en muchos ámbitos de la administración y en muchos sectores que hay duplicidades, que tienen que hacer mucho papeleo, que pierden mucho tiempo en las cargas burocráticas, ¿han analizado ese punto? Lo ha mencionado, pero ¿han visto qué trámites podrían eliminarse de la atención primaria? Porque estoy convencido que podrían ganar un porcentaje de su tiempo para dedicarlo los pacientes mucho más elevado de lo que nos podemos imaginar.

Por otra parte, hay una constante que nos está sucediendo en este grupo de trabajo, y es que quien está al frente de alguna unidad o de gestión sanitaria denuncia falta de coordinación. Esto viene siendo una constante en todos los que nos visitan. Yo sí comparto con usted la idea de que la gerencia única puede descoordinar, por un viejo principio que es el de que “quien mucho abarca, poco aprieta”, y es mucho mejor, en muchos sectores, dotar de una cabeza ligeramente autónoma que pueda coordinarse con otra. Incluso se lo diría como experiencia personal del ámbito privado.

Completamente de acuerdo en que las plazas de Medicina Comunitaria, si hacemos un esfuerzo en crear las especialidades, en formar y en que existan, tenemos que hacer un esfuerzo en que esas plazas estén ocupadas por personas con esa especialidad.

Ha dicho usted que tendría que estar ya en las facultades de Medicina la asignatura de Medicina Comunitaria, no ha hecho referencia, a lo mejor porque se le ha pasado, o porque no lo considera necesario, ¿en las de enfermería también? Y, a raíz de esto, ¿cree usted que puede tener más papel la enfermería en la atención primaria, que puede asumir más competencias de las que tiene ahora mismo, en vista de la formación que tienen y la alta cualificación que tiene la enfermería en España? Puede dar la sensación a veces de que podrían hacer más funciones de las que vienen realizando.

Con respecto a la atención domiciliaria, y sobre todo por la pandemia que estamos pasando, ¿cómo cree usted, aparte de con la dotación de más medios, que podría mejorar la asistencia de la atención primaria en las residencias de ancianos? Si pudiese volver al pasado y viera la que viene encima ¿qué cambiaría usted? Si hay algo que cree usted que podríamos mejorar en este sentido.

Por último, en este periodo, que han tenido que inventar muchas veces en centros de atención primaria, que han tenido que improvisar a veces muchas cosas, incluso organizarse para la teleasistencia y hacer de forma telemática mucha de la atención, ¿cómo ha sido esa experiencia? Si han aprendido algo en ese sentido y si creen que estamos en condiciones de hacer un elevado volumen de atención primaria de forma telemática.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene la palabra la representante del Grupo Parlamentario Confederal Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Bienvenida.

Has planteado que la atención primaria es la parte más eficiente del

Sistema Nacional de Salud, luego abarata el coste total del sistema, simplemente por esa eficiencia. Pero, al mismo tiempo, has dicho en la exposición que la atención primaria estaba claramente deteriorada. Es decir, hemos tenido un sistema que hace años era considerado como muy bueno, incluida la atención primaria, y, poco a poco, durante estos últimos diez años se ha ido deteriorando progresivamente. ¿Crees que si hubiera tenido una calidad mayor en este momento hubiéramos paliado los efectos de la pandemia de otra manera?

Otra pregunta es que la ponente anterior, la señora Cinta Pascual, ha puesto de manifiesto el déficit de la atención sanitaria en las residencias, ¿crees que la opción más adecuada es que la atención primaria cubra las residencias? Es una pregunta que también le he hecho a ella.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Tiene la palabra la representante del Grupo Popular.

La señora **RIOLOBOS REGADERA**: Gracias, presidenta.

Doctora Fernández, me va a permitir que empiece mi primera intervención dando las condolencias a los familiares de los fallecidos en esta pandemia del COVID, y en especial a los sanitarios de atención primaria que sé que hay muchos afectados, bien fallecidos o bien por contagio. Quiero demostrar también un recuerdo a todos los que están todavía en este momento en los hospitales y en las UCI luchando por su vida, y quiero darle las gracias por las interesantes aportaciones que ha hecho usted esta tarde, por los documentos que nos ha remitido, y que hemos podido estudiar con detalle, y, sobre todo, por el trabajo que ustedes han hecho como sociedad, la semFYC, a través de todos estos meses para sus asociados y las sociedades

científicas que forman parte del conjunto.

Quiero decirle también que el excelente trabajo que han hecho los profesionales de atención primaria merece la felicitación de todos los que estamos en esta Comisión y de todos los españoles. Solamente hay que ver que han hecho ustedes una atención de más de 1 millón de, o bien personas que han recibido el alta en el hospital, o bien pacientes que han sido asintomáticos o con síntomas leves, y alrededor de 4 millones de llamadas de teléfono o de asistencia telefónica, es espectacular. Quiero felicitarles también por el premio Princesa de Asturias, me parece que es un acierto.

Y decirle que, en las prioridades en materia de salud estamos de acuerdo todos los que estamos aquí, hay que proteger la salud de los ciudadanos, hay que recuperar la salud de aquellas personas que lo han perdido y hay que hacer que la calidad de vida de los enfermos crónicos sea lo mejor posible. Quizás no coincidamos en cómo llevar a cabo esto, pero en lo que queremos sí.

Lo comentábamos antes, de las grandes crisis sanitarias siempre han surgido grandes mejoras en aquellos apartados en los que ha habido problemas. En ese sentido, tengo que decirles que ojalá consigamos con un gran pacto de Estado por la Sanidad, lo que nosotros llamamos el gran pacto de Estado Cajal, que la salud pública y el Sistema Nacional de Salud de nuestro país salga reforzado, porque, sin ninguna duda, tenemos que conseguir tener el mejor sistema sanitario posible, con los mejores recursos humanos y materiales posibles, teniendo en cuenta que la seguridad de la población y la seguridad de los pacientes, especialmente de aquellos más vulnerables como pueden ser los mayores, es para nosotros una prioridad, y, sobre todo, potenciar la investigación y la industria nacional.

Del documento que nos han mandado, nos ha gustado que, aparte de defender también un pacto por la Sanidad, defiendan la creación de una

agencia nacional, que nosotros llamamos de Salud Pública y Calidad Asistencial, donde haya una unidad de seguimiento de pandemias. Si hay algo en lo que se ha fallado de una forma importante, y todos convenimos en ello, ha sido en la prevención y en lo que ha sido todo el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. En ese sentido, crear esta agencia nacional creo que es una de las grandes soluciones y aportaciones que podemos hacer; eso sí, contando con todas las comunidades autónomas y todas las sociedades científicas.

Nosotros coincidimos totalmente con ustedes en que hay que reforzar la atención primaria y comunitaria, y, en ese sentido, todo lo que han hecho de atención telefónica, telemática, atención domiciliaria, es fundamental, no solamente en lo que han hecho en toda la fase de la epidemia, sino también en la parte de desconfinamiento, donde el trabajo de la atención primaria es fundamental.

Compartimos con ustedes también, y es fundamental, el que hay que hacer un depósito de reserva de material, porque no nos puede volver a pasar lo que nos ha pasado de falta de EPI, de test diagnósticos o de falta del material necesario para las UCI. Nosotros creemos, y es una de las preguntas que le íbamos a hacer después, que en la fase de desconfinamiento en la que estamos en este momento ustedes deben tener un acceso inmediato a las pruebas de diagnóstico PCR y a los test serológicos para poder hacer una detección temprana de los casos, aislarlos, establecer las cuarentenas de los contactos, y prevenir los rebrotes. En ese sentido, estamos de acuerdo con ustedes en que es importante tener los mejores profesionales de atención primaria y los necesarios, los médicos de familia, enfermeros, auxiliares y auxiliares administrativos, como parte de este equipo de control.

Nosotros pensamos que esta es la mayor crisis sanitaria de España en los últimos cien años. Pensamos que ha habido un notable fallo de

prevención, un retraso en la toma de decisiones, no se ha aplicado desde el principio el principio de precaución, y, en ese sentido, lo que nos hemos encontrado en el mes de marzo ha sido un tsunami de casos enormes que ha colapsado y estresado el sistema sanitario, y solo hay que ver que hemos tenido 30 000 fallecidos y casi 240 000 contagiados.

A lo largo de los documentos que he podido estudiar ustedes se han quejado y han considerado que era un error el apostar, casi exclusivamente, por el ámbito hospitalario, en lugar de haber apostado, como se está haciendo en la fase de desconfinamiento, por el ámbito de la atención primaria, ya que es el primer nivel asistencial y ustedes conocen a sus pacientes con nombres y apellidos. ¿Se han sentido ustedes infrautilizados? ¿cómo cree usted que ha influido la falta de protección de los profesionales y la falta de EPI en los resultados de esos más de 50 000 profesionales contagiados y 77 fallecidos? ¿cómo cree que debería haber sido, o ha sido, el papel a jugar por los médicos centinela, que, de alguna manera son los que tienen capacidad para la detección precoz y luego, a través de los servicios de vigilancia epidemiológica hacer el seguimiento de los contactos?

En el área de prevención, tener una experta de sus características, que además está en ejercicio creo que es una oportunidad para preguntarle, ¿considera usted que el uso de mascarillas se debería haber generalizado desde el primer momento, desde el 14 de marzo en que se declaró el estado de alarma? ¿considera que debería ser un producto sanitario más que recibieran gratuitamente, al menos los mayores de 65 años y los colectivos más vulnerables? ¿considera que hubiera sido importante hacer lo que se está haciendo ahora en los centros de salud del control de temperatura en la entrada de los recintos y de los centros de salud? ¿cómo cree que hubieran sido los resultados si, como recomendó la Organización Mundial de la Salud el 14 de febrero, se hubiera hecho...?

La señora **PRESIDENTA**: Señora Riobos, por favor.

La señora **(RIOLOBOS REGADERA)**: Voy a terminar ya, presidenta.

...se hubiera hecho la evaluación de los eventos masivos que se han llevado a cabo? Por ejemplo, ¿cuántos eventos científicos suspendieron ustedes como sociedades científicas?

Para terminar, ¿estamos en este momento preparados en el ámbito de la atención primaria y tienen ustedes todos los materiales necesarios para llevar a cabo de una forma exitosa la prevención de los rebrotes y lo que pueda ocurrir a partir del verano, en el mes de octubre o noviembre?

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra la representante del Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias, presidenta.

Bienvenida a este grupo de trabajo perteneciente a la Comisión de Reconstrucción Económica y Social de nuestro país, doctora María Fernández.

Antes de nada, agradecerle el compromiso de los profesionales de la atención primaria y hospitalaria con la salud, y mucho más en esta pandemia mundial que hemos sufrido y estamos sufriendo. Y son, desde luego, justamente merecedores de ese premio Princesa de Asturias junto al resto de los profesionales sanitarios.

Quería sumarme a su agradecimiento al compromiso de todas las personas que han sufrido y respetado el confinamiento. También a la

entereza de los pacientes que han sufrido esta enfermedad, y nuestras condolencias por todos los fallecidos.

Tengo muchas preguntas, pero algunas de ellas las voy a transformar, porque las ha ido respondiendo según la he ido escuchando. Tenía dos que las voy a reconvertir en una petición, y, si le parece oportuno, si nos podría ofrecer un listado de propuestas que usted quiera que atendamos, incluso recopilando alguna que ya se haya trasladado en su intervención, sobre todo con respecto a la atención primaria y a la financiación.

Con respecto a las residencias, cómo ve el papel de la primaria en cuanto a las residencias, a la coordinación, y cómo cree que va a cambiar la atención primaria a partir de la COVID. Y, relacionada con esta, cómo cree que se debería abordar la atención a las personas en los domicilios.

Siguiendo con más preguntas, cambiando de tema a las condiciones laborales, ¿de qué manera cree usted que se podrían mejorar las condiciones laborales de nuestros profesionales? Es decir, ¿tienen algunas aportaciones o reformas que puedan aportarse para regular el régimen estatutario del profesional sanitario?

Respecto a la equidad, me gustaría preguntarle cómo considera que debe asegurarse la equidad en la sanidad pública, qué medidas o decisiones nos sugiere.

También mencionó la telemedicina, ¿de qué manera cree que se debe impulsar la telemedicina? ¿cómo se pueden ver beneficiados los pacientes? Es decir ¿cómo cree que se debe promover el autocuidado y la autonomía de los pacientes, en relación a las ventajas que nos plantean las nuevas tecnologías en este asunto?

Por cambiar de tema, cada vez somos más conscientes de la importancia de los determinantes sociales y ambientales en la salud de las personas, me gustaría saber cómo considera que debe abordarse la incidencia

del cambio climático sobre nuestra salud y si tienen alguna propuesta al respecto.

Para terminar, una pregunta que me gusta hacerle a todos los comparecientes, ¿qué lecciones cree usted que nos deja esta pandemia mundial provocada por el virus COVID-19.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias.

Doctora Fernández.

La señora **FERNÁNDEZ GARCÍA** (Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC): Muchas preguntas, a ver si puedo dar respuesta a todas, porque, según me las iban haciendo, tenía en la cabeza un montón de cosas para decir, pero vamos a ver.

Con respecto a la representante del Partido Nacionalista Vasco, haciendo referencia al tema de las OSI. La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria es una sociedad federada y tenemos una sociedad en cada una de las comunidades autónomas, de manera que somos 17 sociedades las que conforman semFYC. Y estos son debates que hemos tenido en todas nuestras juntas directivas, que seguimos haciéndolas por videoconferencias, y muchas veces tenemos el sentir de cómo se está funcionando en estas comunidades autónomas, y de ahí el posicionamiento que hemos hecho. Yo trabajo aquí en Madrid, y es una de las pocas comunidades autónomas donde no existe esta gerencia única, y aun así también tenemos problemas. Pero, lo que está clarísimo es que la atención primaria en las gerencias únicas ha perdido presupuesto, que se ha visto muy disminuido en cuanto a recursos humanos y recursos en general. ¿Cómo

podemos subsanar esto? Evidentemente, creo que se deberían establecer estudios, tendríamos que ver los resultados. Tiene que haber transparencia en los resultados de cada una de esas formas de gestión para que podamos comparar, y, a lo mejor, tenemos que crear una nueva manera de gestionar nuestro sistema sanitario y ver qué ofrece una gestión hospitalaria y una gestión primaria con gestiones separadas frente a esa gestión única que, nosotros, lo que hemos vivido de momento, comparativamente hablando dentro de las comunidades autónomas, no hemos visto que ofrezca grandes ventajas, sino al revés, hemos visto que hemos perdido mucho a lo largo de los años en aquellas comunidades donde la gerencia única estaba establecida. ¿Que tiene sus ventajas? Puede. También depende mucho de las personas que dirigen los servicios sanitarios, porque eso lo hemos podido comprobar.

Con respecto a la especialidad de urgencias y de infecciosas, que son las dos especialidades, que en estos últimos días se está comentando la posibilidad de la creación de urgencias, nosotros estamos de acuerdo en el generalismo, que es fundamental tanto en la atención primaria como en los hospitales. Las especialidades generalistas son las que han dado una respuesta muy contundente frente al COVID; es más, a los médicos de familia se nos ha hecho ir -en Madrid, en concreto- al hospital de Ifema, sacándonos de nuestro entorno habitual y hemos dado el do de pecho. Los internistas, de hecho, son los que han dirigido ese hospital. Nosotros entendemos que con la formación de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria estamos perfectamente capacitados para poder trabajar en Urgencias, para poder hacer medicina paliativa, para poder trabajar en distintos ámbitos de la gestión. Estamos en contra de la especialidad como tal, de cómo se accede a esa titulación, nosotros proponemos un área de capacitación específica, una persona, un médico de familia, realiza la especial de Medicina de Familia, pero no pensamos que tenga que existir esa

especialidad de Urgencias, sino que cuando uno termina tiene la posibilidad de hacer, a través de un área de capacitación específica, poder acceder a esa titulación, pero no vía especialidad MIR. Pensamos que estamos totalmente capacitados y que nuestras competencias pueden dar salida a todo esto.

Ponía el ejemplo de las tres grandes joyas del sistema sanitario. Evidentemente, nos encantaría poder llegar a tener una coordinación como existe entre todos los hospitales de España y los distintos que intervienen en los trasplantes, y, a lo mejor, tenemos que copiar de ese sistema de coordinación para que la atención primaria se coordine con los hospitales, la continuidad asistencial, y, también en este caso, con Salud Pública y con los Servicios Sociales. Sería fundamental ver cuáles son los mecanismos que ellos utilizan para poder imitarlos y tener una buena coordinación con Salud Pública y con Servicios Sociales, que ha fallado totalmente y que, probablemente, lleve fallando desde hace muchos años.

Tema de las contrataciones. Es complicado porque tenemos 17 comunidades autónomas, con 17 administraciones que no funcionan todas de la misma manera, pero lo que no podemos permitir es que estemos formando profesionales para que luego se marchen. Durante este año pasado, creo que 2500 especialistas han pedido la documentación pertinente para poder homologarse en otros países y poder irse a trabajar a otros países donde las condiciones laborales son muchísimo mejores que aquí. Es una pena que estemos formando a muchos profesionales con una excelente calidad para que se vayan. ¿Por qué? Porque se están dando unas contrataciones pésimas. Pongo el ejemplo de Madrid, solamente el 10 % de los residentes de Medicina de Familia que acaban de terminar han accedido a los contratos que se están haciendo, contratos COVID, de refuerzo. Hablamos de contratos de un año como mínimo, y no estar hilando unos contratos con otros, y una cosa es la contratación para procesos cortos, o de larga duración. Por

ejemplo, cuando una persona empieza una baja laboral no sabemos si va a ser corta o larga, a veces se dilata en el tiempo, pero, evidentemente, deberíamos establecer algún mecanismo, como puede ser ligar determinados profesionales a un área determinada, pero no que esté rotando de centro en centro, sino que forme parte de la plantilla. Porque la longitudinalidad es muy importante para nosotros, hay que intentar que esa persona tenga un cupo que pueda mantener en el tiempo. Para eso no podemos tenerlos rotando de un centro a otro, he dicho que, como mucho, se ligue a dos centros, pero que forme parte de la plantilla de ese centro de salud, y que sea un contrato dilatado en el tiempo. Para ello, necesitamos que haya OPE que tengan una cierta periodicidad, no podemos estar esperando cinco años para que se convoque una oposición, o que se convoque y no se resuelva, como acaba de ocurrir. Entendemos todos que con el COVID se ha paralizado todo, pero las oposiciones se deberían realizar con una cierta periodicidad para que todos nos podamos ir organizando.

Con respecto al representante de Ciudadanos, gracias por sus palabras y por el premio que, sin embargo, está teniendo diversas opiniones en las redes sociales. Nosotros no queremos aplausos, queremos un reconocimiento en todo lo que estamos aquí comentando, queremos más recursos humanos. No somos héroes, estamos haciendo nuestro trabajo, queremos que se nos reconozca y que se dé valor a lo que hacemos. Todo premio viene muy bien, bienvenido sea, pero queremos que se nos reconozca fuera de esos aplausos y fuera de esos premios simbólicos, aunque tengan un monto económico detrás de ellos, no es eso lo que venimos buscando.

La carga burocrática. Los médicos de familia llevamos muchos años en los centros de salud exigiendo que tiene que ser retirada, y supone un 30 o un 40 % de nuestra actividad diaria, y nosotros no somos especialistas para dedicarnos a hacer justificantes, para estar dando papelitos de baja, que,

aunque ha cambiado el sistema de información de las bajas, de la ILT, del sistema de incapacidad, ha mejorado algo, pero no lo que quisiéramos, y hemos podido comprobar con esta pandemia, que hay muchas cosas que se han podido hacer, y que tenemos que mantener, han venido para quedarse. Por ejemplo, el tema de las bajas, no puede ser que tengamos que estar todas las semanas, o ahora cada quince días, o en función de la duración del proceso de baja del trabajador, emitiendo informes y tienen que venir a las consultas para que les confirmemos y reconfirmemos que continúan de baja. Sabemos que existe una comunicación a través de los sistemas informáticos entre el Ministerio de Trabajo y las mutuas, de manera que han podido conocer que esos trabajadores estaban de baja y no había que emitir los partes de baja. Es cierto que para poder iniciar un proceso de incapacidad tenemos que tener algo que acredite que esa persona realmente necesita estar de baja, bien a través de un informe o bien presencialmente, porque tendremos que seguir atendiendo a los pacientes de manera presencial, en contra de todo lo que se está diciendo de que estamos cerrados y parapetados detrás de los centros como si fuera un castillo. Los justificantes para guarderías, porque me he puesto malo y faltó un día, para acreditar los carnets de conducir, etcétera, tendrá que ser el organismo pertinente el que lo tenga que realizar. En el caso, por ejemplo, de Pediatría, son los padres o tutores legales de esos niños los que tendrán que justificar si esos niños están malos y no han ido al colegio o a la guardería. Nosotros ahora no tenemos por qué realizar todo ese tipo de papeleo, esa burocracia, se debería de realizar de manera telemática, es posible, e implicar a los organismos pertinentes para que puedan dotarnos de las herramientas para que podamos dejar de realizar todo eso.

Con respecto a enfermería, por supuesto que tenemos que trabajar con enfermería, la gestión compartida de la demanda. Yo soy asturiana -con lo cual el premio Princesa de Asturias me toca mucho más- y cuando empecé a trabajar

en Madrid se trabajaba de una manera completamente diferente, se trabajaba en miniequipos de medicina y enfermería, en donde compartíamos el paciente. El paciente no es de la enfermera o enfermero, ni es del médico o de la médica. Evidentemente, tenemos que contar con enfermería, esta es una profesión que está muy bien valorada, pero necesitamos más dotación numérica y tenemos que redistribuir toda esta carga asistencial dentro de los centros de salud. Se tiene que trabajar más en equipo y compartiendo esa demanda. Y en Enfermería sí que existe la asignatura de Medicina de Familia contemplada, pero, sin embargo, nosotros hemos conseguido que exista la asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria, excepto en el País Vasco, que nos cuesta mucho entrar en la universidad, y a través del convenio que tenemos con la Confederación Estatal de Estudiantes estamos intentando que estén presentes, pero no está como una asignatura como tal, está incluida en algunos departamentos como Salud Pública o Preventiva, y eso no es lo que nosotros queremos. Queremos que figure como una asignatura más. Es lo que pedimos en nuestro documento. Si se conoce desde el principio qué es la medicina de familia, cuando llegue el día de la elección de las plazas MIR no van a abuchear cuando alguien elija la medicina de familia con el número 50. Entendemos que eso no puede ser así, no se elige lo que no se conoce, por eso necesitamos que la Medicina de Familia esté presente en las universidades.

Que todos los que han pasado por aquí dicen que ha habido falta de coordinación, pues es claro. Es evidente que nos encontramos en una situación que nunca antes habíamos vivido, y creo que lo he comentado antes con la representante del Partido Popular antes de empezar, lo que vivíamos hoy y decidíamos hacer hoy, al día siguiente había cambiado por completo. Yo tengo la sensación de haber estado trabajando, corriendo de un lado para otro sin saber qué es lo que tenía que hacer a continuación, sin protocolos ni nada. Y no nos coordinábamos porque no daba tiempo. A veces nos llegaban informes y protocolos de nuestra gerencia y todo lo que venía en ese protocolo ya lo

habíamos puesto en marcha nosotros quince días antes, porque los que estamos a pie de calle somos los profesionales y somos los que tenemos que tomar decisiones para poder sacar adelante el trabajo. Pero sí que hemos notado que ha habido una falta de coordinación con Salud Pública, con los Servicios Sociales. Al principio había un cuello de botella, lo primero que hicimos fue separar los espacios de una sala COVID frente al circuito de limpio, que llamábamos, pero cuando una persona era atendida por sospecha de COVID no podíamos hacerle PCR, en primer lugar, porque no las hemos tenido hasta hace muy poco, y para poder realizarse esa prueba teníamos que llamar por teléfono a Salud Pública, que era quien decidía si nosotros podíamos hacer esa prueba o teníamos que indicar ese test. Aquí, en Madrid, hay más personal trabajando por las tardes que por las mañanas, hay un alto número de centros de salud en horario de tarde, con lo cual la conciliación familiar es imposible, la feminización de la profesión sanitaria en general es cada vez mayor, y era imposible. Yo una vez estuve dos horas al teléfono esperando que me pasasen con Salud Pública, me pasaban con una persona, tenía que contar el caso, dos horas, eso no podía ser. Ha habido una falta de coordinación y de recursos importante. Y ya, con el tema de las residencias, tres cuartos de lo mismo. Necesitamos que exista una mejor coordinación, porque no se puede repetir esto, y en octubre o noviembre, cuando nos venga la segunda embestida esto deberíamos preverlo desde ya. Se están tomando medidas y luego podré dar respuesta a esto a raíz de otra de las preguntas que me han hecho.

La atención domiciliaria es un entorno de atención primaria, y nosotros hemos solicitado que sea reconocido como un entorno de alta contagiosidad, no es lo mismo entrar en una sala, una habitación de un hospital, o, por supuesto, en la UCI, donde existen unas condiciones de higiene y donde está todo muy ordenado, que ir a un domicilio de una persona, de un paciente, que a veces nos encontrábamos que toda la familia tenía síntomas, nos encontrábamos con un foco de contagiosidad increíble. Teníamos unos equipos, que en alguno de los

centros podían haberse gestionado un poco mejor, pero era el material que teníamos, nos llegaba a cuentagotas, se había priorizado en los hospitales, por lo que teníamos que ir con lo que podíamos. Los buzos llegaron al mes de haber empezado la pandemia, incluso pacientes nos traían pantallas y trajes muy apañados hechos con bolsas de basura, y las farmacias de la zona también nos daban material, que era de agradecer, pero no tiene porqué ser así. La solidaridad se ha vivido de una manera muy intensa, me preguntaban por las cosas que he aprendido, pues la solidaridad de la gente es uno de los aspectos que más tengo que agradecer en esta situación.

Los domicilios son un espacio de alto riesgo, de alta contagiosidad y deberían ser considerados como tal.

Sobre las residencias de ancianos, les voy a contar la iniciativa que se ha tomado en la dirección asistencial a la que yo pertenezco a raíz de todo el análisis de la situación en las residencias de ancianos, y es la creación de unidades de atención residencial, que están formadas por personal de atención primaria, médicos, enfermeros y un técnico, que puede ser un conductor, para poder trasladarlo. La dirección asistencial en la que yo trabajo, en concreto, es la que tiene mayor número de residencias, abarca toda la zona de Majadahonda, Pozuelo, toda la zona de la sierra, y hay un montón de residencias. La creación de esas unidades conlleva dotación de personal, necesitamos dotar de recursos humanos de nuevo, y, por supuesto de recursos económicos.

Las residencias están asignadas a los centros de salud, de hecho, ahora nos están informando periódicamente mediante documentos semanales, en los que se nos indica las residencias que están asignadas a los centros de salud, qué profesional es el que los lleva, de qué dotación consta esa residencia, si existe o no médico, si existen técnicos auxiliares de enfermería. Necesitamos dotación presupuestaria y humana para todo esto, porque es imposible, yo no puedo estar atendiendo mi consulta. Los cupos de los médicos de familia y enfermería para nada están en las 1400 o 1500 cartillas deseables, sino que en algunas ocasiones

superan las 2000, y no podemos trabajar en esas condiciones, necesitamos adecuar esas plantillas y los ratios de los cupos que tenemos, y, para ello, necesitamos personal. ¿De dónde lo vamos a sacar? Pues habrá que ingeniárselas de alguna manera, y por eso lo de los contratos dignos. Tenemos que hacer atractiva la atención primaria, tenemos que hacer atractiva nuestra sanidad para que no se vayan fuera.

Las herramientas telemáticas. En la mayor parte de las comunidades autónomas ha sido por teléfono, en alguna sí que existe la posibilidad de poder conectar con nuestros pacientes a través de videoconferencias, pero casi todo ha sido telefónico. Es un entorno que no es muy seguro, tenemos querer la seguridad jurídica y normativa que nos ampare para que todo eso no se nos vuelva en contra, que no nos graben las comunicaciones, que yo sepa que estoy hablando con la persona de la que realmente tengo la historia clínica delante. En estas circunstancias en las que hemos estado trabajando no estábamos cada uno atendiendo a nuestro cupo, porque teníamos el 50 % de la plantilla de baja, luego hemos tenido que elaborar agendas únicas en las que todo el mundo tiraba de lista -por decirlo coloquialmente- y nos poníamos a llamar a los pacientes, pero tenemos que tener una formación de cómo podemos protegernos a nosotros mismos, qué herramientas hay que utilizar y la comunicación que tenemos que tener, esas frases adecuadas para poder reconocer que la persona con la que estamos hablando es realmente es la persona que dice ser.

Necesitamos herramientas telemáticas, videoconferencias, poder hacer consultas a través de videoconferencias es totalmente posible siempre y cuando yo sea el profesional que tiene asignado a ese paciente, porque le conozco, porque lo sé, y si no es posible que pueda resolver esa consulta o esa atención a través de esas herramientas tendré que darle una cita presencial y tendré que ver a ese paciente. La consulta presencial tiene que seguir existiendo, pero no puede seguir con unas listas delante de nuestras puertas de una hora de espera y con aglomeraciones de personas, lo que va totalmente en contra de lo que

estamos viviendo. Pero, para todo ello necesitamos recursos, tenemos que invertir y, posiblemente, haya que hacer obras en muchos centros de salud para poder dotar de las necesidades estructurales necesarias.

Con respecto a la representante de Unidas Podemos, la atención primaria podía haber sido más eficiente si hubiéramos tenido los recursos necesarios, pero, vuelvo a decir que esto nos ha pillado por sorpresa a todos, es muy difícil echarle las culpas a una administración o a otra, porque parecía una competición para ver qué comunidad autónoma se llevaba más material, quién tenía más PCR, más EPI, más mascarillas.

Lo de la centralización. Hace muchos años ya que el ministerio no se dedica a hacer estas compras centralizadas y ha perdido fuelle, pero eso no quita para que las cosas no se hayan hecho bien, evidentemente. ¿Dónde se ha ido todo el material y todos los recursos inicialmente? A lo prioritario, que entonces se pensó que era la atención de los que estaban más malitos, de los que acudían a los hospitales, de los que necesitaban respiradores, de los que tenían que ser ingresados en las UCI, y ahí los EPI era más necesarios. Yo tengo compañeros que trabajan en hospitales, trabajan en las puertas de Urgencias, y ha sido dantesco lo que han vivido, y también ellos estaban escasos de todo ese material. Por lo tanto, deberemos mirar si esa eficiencia es real o no en la siguiente embestida, para la que tendremos que estar más preparados y nuestras armaduras deberían ser otras y deberíamos dejar de pelearnos entre nosotros, hablando desde el punto de vista político. Yo soy sanitaria, vengo aquí con la intención de que se mejoren mis condiciones de trabajo y las de mis compañeros para poder intentar conseguir dar la mejor atención a nuestros pacientes que, a fin de cuentas, es para los que trabajamos.

¿Está muy deteriorada? Por supuesto. Lo podríamos haber hecho mejor si hubiéramos partido de una situación mejor de la que estábamos, porque como ya lo he dicho, a lo largo de los últimos años la atención primaria ha visto reducido el porcentaje de gasto sanitario público, había empezado a remontar

ligeramente en estos últimos años, después de la crisis de 2008, pero prácticamente de manera irrisoria, un 0,4 % me parece. En Madrid, en concreto, estamos muy lejos, pero a nivel nacional también estamos muy lejos de ese 25 % que pedimos de gasto sanitario público.

Creo que he comentado de sobra el déficit sanitario en las residencias. Es atención primaria la que tiene que coordinarse con las residencias, que también va imbricado con la atención hospitalaria cuando haya que trasladar a esos ancianos de la residencia al hospital. Pero, fundamentalmente, tenemos que crear un tejido social, unas redes sociales, para intentar evitar que nuestros mayores..., cuando algún día nos toque a nosotros, a mí me gustaría quedarme en mi entorno, en mi comunidad, donde esté la gente que conozco, si tengo una cierta independencia, porque habrá gente a la que no le quede más remedio que ser institucionalizado, pero tendríamos que crear estructuras para no tener que institucionalizar a la población mayor, y, si lo hacemos, que sea en entornos mucho más agradables y que no sean sitios donde estén mucho más lejos de donde tienen a sus familiares. Pero, debemos coordinarnos adecuadamente para que la atención sanitaria que se les dé sea la adecuada, donde podamos trabajar con los ayuntamientos, podamos trabajar con todos los colectivos alrededor, que cada vez hay más. Nosotros tenemos el programa de actividades comunitarias, que hace mapeos de la red social que existe en las comunidades en las que se trabaja para poder ver si, por ejemplo, y o tengo una abuelita de 80 años que se dedica a dar clases de ganchillo a otras personas que no tienen nada que hacer y eso les da la vida, los dos días de la semana que van a la clase de ganchillo se relacionan con otras personas. Pues, si ese abuelo está solo y sale dos o tres veces a la semana para determinadas clases, mejor, pero para eso necesitamos saber de qué recursos comunitarios disponemos en los centros de salud, y eso se puede hacer y se está haciendo en Asturias y en Aragón, que son las comunidades que más evolucionado tienen este aspecto del mapeo de las comunidades que existen asociadas a los centros de salud.

Me queda todavía contestar al PP que, además, me había hecho muchas preguntas.

Evidentemente, necesitamos que se haga un pacto de Estado, llevamos tiempo luchando porque eso sea así. Coincidimos en el qué, pero no en el cómo, como comentaba antes, pero sí es cierto que necesitamos una mayor coordinación con Salud Pública. Hemos propuesto una Agencia Nacional de Salud Pública.

Depósito de reserva de material. Lo he dicho también, creo que es fundamental que nos coordinemos y que empecemos a hacer acopio de ese material y de las PCR, que ahora sí tenemos para poder detectar realmente cuáles son los casos reales. No estamos a favor de los test masivos, ya se está haciendo un estudio de seroprevalencia poblacional para que se vea la realidad de nuestro país, de las comunidades autónomas, y no tiene ningún sentido que hagamos test masivos a la población, porque va a ser un gasto de unos recursos que vamos a necesitar a posteriori. Creemos que eso no es necesario, pero sí que en atención primaria debemos ser los que hagamos las pruebas, hagamos los test PCR para poder detectar cuáles son realmente las personas a las que tenemos que aislar. Y el rastreo lo tendría que hacer Salud Pública, no tenemos ahora mismo ni las PCR suficientes en algunos sitios, en mi centro, por ejemplo, sí que hay bastantes para poder hacer, pero no tenemos los rastreadores. Tenemos que formar a la gente, y serían fantásticos rastreadores todas las personas sanitarias que están de baja, y, sobre todo, las adaptaciones de puesto laboral, que se han multiplicado, serían unos rastreadores fantásticos. Salud Pública tampoco tiene recursos ahora mismo para poder llevar a cabo todo el tema de los rastreos. Acceso inmediato, por supuesto, de PCR.

Recursos humanos. Es conocido por todo lo que he dicho, que necesitamos más dotación.

La relación con los hospitales. La continuidad asistencial es fundamental. Tenemos que tener protocolos para las altas domiciliarias consensuados con

atención primaria, no como se hacían en un principio, que eran protocolos que se estaban estableciendo exclusivamente con los hospitales. Y, sobre todo, porque nosotros tampoco tenemos acceso a un catálogo de pruebas, no podemos pedir test serológicos, no tenemos esa posibilidad y no entendemos muy bien el porqué.

El médico centinela es una figura que se sigue utilizando, pero la desconoce mucha gente. Somos conocedores de que en la información que se había ido dando los médicos centinela ya habían ido avisando que había un pico, que no se nos avisó hasta más adelante, pero es cierto que se tiene que potenciar la figura de los médicos centinela, y nos tendrán que avisar del siguiente rebrote. Los centros de salud se han tenido que reinventar, lo tienen en el documento de la fase de transición que ha elaborado semFYC, tenemos que reestructurar por completo los centros de salud, los triajes, que con el tiempo tendremos que valorar si tienen que persistir o no, van a requerir más personal sanitario, pero implica hacer una selección de las personas que acuden a los centros de salud, y, sobre todo, ahora que estamos todavía en estado de alarma, por seguridad del propio paciente y para seguridad de los profesionales que trabajan dentro de los centros de salud. Tenemos que reestructurar el centro, y, de hecho, vamos a empezar a trabajar con las direcciones técnicas de Infraestructura para poder hacer un estudio en terreno para ver qué es lo que se debería hacer. La respuesta no puede sí, si no tenemos recursos económicos, será mucha teoría, pero no la vamos a llevar a la práctica, y eso es lo que necesitamos ahora mismo. Hemos demostrado de una manera exagerada cómo podemos frenar el que los pacientes no ingresen en los hospitales, no pasen a esa situación de tener que entrar en la UCI y que no tengan un respirador. Atención primaria tiene que ser el freno en esta pandemia y en los brotes sucesivos.

Respecto al PSOE, lo de las residencias y lo de la telemedicina ya lo he comentado.

¿Qué es lo que me deja a mí como experiencia? Como directora del centro de salud, yo trabajo aquí al lado, en el Centro de Salud de Las Cortes -al que les invito cuando quieran para ver cómo funciona un centro de salud y ver qué carencias tenemos- y he sufrido mucho, por los compañeros que se han puesto malos, he sufrido mucho por todo lo que he tenido que organizar, junto con el resto de mi equipo directivo, y, lo que decía antes, empezábamos a organizar algo hoy y mañana no nos servía, la impotencia al decir a nuestro pacientes que no teníamos test para poder hacer la PCR, que los síntomas son de sospecha y así tratarle, y llamarle por teléfono o que le llamasen y te dijese que se había ido al hospital y que se había muerto. Creo que la solidaridad de la gente y el cómo ha dado el do de pecho todo mi equipo, eso es lo que me queda, y quiero agradecerse aquí. Sobre todo, a la población, la santa paciencia que han tenido de estar encerrados en sus casas. Necesitamos que ahora también nos apoyen, porque tenemos que reducir a un tercio la asistencia presencial en nuestros centros de salud y queremos que lo entiendan, pero que vamos a intentar seguir dándoles la mejor atención posible.

Sé que me han quedado muchas preguntas, si quiere ahora se las respondo. Quiero agradecer esta oportunidad para que la voz de la atención primaria se oiga y para que la atención primaria no sea la que teníamos antes de la era COVID.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctora Fernández. Siento que tengamos el tiempo tan limitado. Muchas gracias por su asistencia.

- DE D. FLORENTINO PÉREZ RAYA, PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA.

La señora **PRESIDENTA**: Bienvenido, señor Pérez.

Señorías, seguimos con la comparecencia de don Florentino Pérez. Muchas gracias por haber acudido a la convocatoria que le hemos hecho, y por todo lo que va a aportar a este grupo de trabajo.

El señor **PÉREZ RAYA** (presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España): Encantado. Muchas gracias.

Permítanme que, antes que nada, exprese mi más sincero pésame a todas las personas que han perdido algún ser querido durante esta terrible pandemia. Un recuerdo para todos los ciudadanos que han fallecido y que no han conseguido superar esta enfermedad, así como para sus familiares, que no los han podido acompañar ni despedirse de ellos. En especial, quisiera recordar a todos los profesionales sanitarios que han fallecido por culpa de este virus y que, según las cifras oficiales, serían más de 60 profesionales, y entre ellos 5 enfermeras y enfermeros. Ellos han sido un claro ejemplo de servicio hacia la sociedad. Todos deseáramos no tener que lamentar más pérdidas humanas. Quiero agradecerles muy sinceramente su amable invitación para que, en mi calidad de presidente del Consejo de Enfermería de España, en representación de las ya más de 316 000 enfermeras y enfermeros de nuestro país, me pueda dirigir a todas y todos ustedes para trasladarle nuestra visión, y contribuir con propuestas concretas ante este grupo de trabajo.

Nuestro compromiso en estos últimos meses, con motivo de la grave crisis que estamos viviendo a consecuencia de la pandemia por la COVI-19, ha sido ponernos, como siempre, al servicio de la sociedad, tratando de velar por la salud y la seguridad de todos los profesionales sanitarios, y, por supuesto, de la población en general. Es en este sentido, en el que hemos defendido nuestras posturas y exigencias hacia las diferentes autoridades y responsables políticos sobre la mejor gestión de la citada crisis, que está teniendo un importante coste desde el punto de vista humano, sanitario, económico y social. Resulta

innegable, por tanto, todo lo que como profesión aportamos al sistema sanitario español y a la salud de los ciudadanos y ciudadanas. Nuestro compromiso ha estado por encima de los problemas y las carencias que la profesión viene sufriendo y, precisamente por ello, la reconstrucción social y económica no puede hacerse de espaldas a todo lo que en el ámbito de la profesión de enfermera es preciso corregir y modificar. No se trata de meras cuestiones corporativas, sino de propuestas en beneficio de los pacientes y del mejor funcionamiento del sistema sanitario. Ni la profesión enfermera ni la ciudadanía entenderíamos que esta Comisión no tuviera en cuenta todas las deficiencias que venimos sufriendo y denunciando desde años para comenzar el largo camino hacia la nueva normalidad.

Como les decía, vengo a esta Comisión con el firme propósito de mostrarles nuestra visión enfermera ante la situación padecida durante esta pandemia y con propuestas que puedan contribuir a mejorar nuestro sistema sanitario y sociosanitario. Un sistema de salud que, recordemos, debe dirigir prioritariamente sus medios y actuaciones a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, y que debe, además, sustentarse en los principios de universalidad, gratuidad, equidad y calidad, con participación ciudadana, con descentralización, y de carácter eminentemente público. Un sistema sanitario y sociosanitario en el que venimos hace tiempo diciendo que es preciso cambiar de paradigma, para pasar del curar al cuidar.

Y es que, señorías, el modelo actual, bajo nuestro punto de vista, está agotado y es insostenible, siendo necesario un cambio de modelo hacia la atención de los pacientes crónicos, potenciando la educación y prevención sanitaria, y la educación en hábitos de vida saludable. Contamos con una población cada vez más envejecida, con una mayor esperanza de vida, de las más altas a nivel mundial, a pesar de que, con la pandemia, hemos sufrido un retroceso, una gran pluripatología y un aumento de la cronicidad, lo que nos lleva a mayores costes sanitarios. Sobre la cronicidad, decir que, en España,

genera en torno al 50 % de los ingresos hospitalarios y el 40 % de las visitas de atención primaria. Incluso, se estima que los pacientes crónicos consumen cerca del 80 % del gasto sanitario.

Por tanto, estamos ante una situación de gran magnitud que puede generar grandes problemas si no los abordamos con medidas eficientes. Si a todo ello sumamos los aspectos vinculados con la COVID-19, observamos que las personas más vulnerables debido a la letalidad del virus son los mayores de 70 años, ya que, del número total de fallecidos, los mayores de esta edad representan el 86 % del total. Además, en torno a 19 000 personas han fallecido en alguna de las cerca de 5500 residencias de mayores y ancianos que hay en nuestro país. Por tanto, como veníamos apelando en los últimos años, nos encontramos en un momento en el que la sociedad cada vez más tiene que convivir con la cronicidad. A ello, tenemos que sumar la atención sanitaria ante una enfermedad de la que no tenemos un tratamiento efectivo o una vacuna y, por lo tanto, hoy más que nunca son necesarios los cuidados, es decir, los cuidados de enfermería. Cuidados que deben ser prestados de una forma especial en el ámbito sociosanitario, por lo que se hace preciso analizar y replantear cómo debemos llevar a cabo el cuidado a nuestros mayores, ya sea en centros residenciales o cualquier otro recurso sociosanitario, pero, bajo nuestro punto de vista, con una gran coordinación entre los servicios sanitarios, garantizando la continuidad asistencial entre la atención primaria y la atención hospitalaria, así como la atención sociosanitaria.

Paso a hablar algo de la profesión enfermera. Me van a permitir que les recuerde, con todo el respeto al resto de compañeros de las diferentes profesiones sanitarias, que, según tenemos establecido y reconocido en nuestra legislación, las enfermeras y enfermeros somos los expertos y los responsables de los cuidados. Unos cuidados dirigidos a potenciar la prevención, la educación sanitaria, el fomento de los autocuidados y el empoderamiento de los pacientes y sus cuidadores principales. Y así lo recoge la ley de ordenación de

las profesiones sanitarias del año 2003, en la que se establece que nuestra responsabilidad como enfermeras y enfermeros es la dirección, la evaluación y la prestación de los cuidados. Y las competencias en este ámbito que desarrollamos tienen que ser con plena autonomía técnica y científica, respetando, como no puede ser de otra manera, el ámbito competencial del resto de las profesiones sanitarias, con quienes nos sentimos muy orgullosos de formar parte de sus equipos multidisciplinares.

Tenemos que hablar forzosamente de ratios y de los recursos humanos que tenemos. La profesión enfermera, como he dicho al comienzo de mi intervención, sumamos ya más de 316 000 enfermeras y enfermeros, de los que el 84 % son mujeres, y, por cierto, la profesión sanitaria más numerosa de nuestro sistema sanitario. En términos globales, en España tenemos una ratio de 6 enfermeras por cada 1000 habitantes, es uno de los países de nuestro entorno con la ratio más baja. En Europa nos encontramos estadísticas que sitúan la ratio media en 8 o 9 enfermeras por cada 1000 habitantes. Y no solo eso, sino que, analizando la situación interna de nuestro país, detectamos que las diferencias entre comunidades son incomprensibles, es evidente, compartimos que el número de enfermeras y enfermeros, así como del resto de profesionales, debe adecuarse algo más que a un número de pacientes o habitantes. Debemos considerar las características de la población, como hemos visto antes, o la dispersión geográfica. Pero es evidente que hace falta una auténtica política y planificación de recursos humanos en nuestro sistema sanitario, con una apuesta firme por incrementar el número de enfermeras. Si analizamos someramente lo que ha ocurrido y está ocurriendo durante esta pandemia, entenderemos mejor lo que ha estado sucediendo en los últimos años respecto de las políticas y planificaciones de recursos humanos, y me referiré a mi ámbito, es decir, al de las enfermeras y enfermeros.

Desde el comienzo del estado de alarma fue el propio Ministerio de Sanidad el que trasladó la necesidad de contratar más personal sanitario, porque

no solo iba a consistir en trasladar a personal de unos centros o unidades a otras, o, como popularmente solemos decir, desvestir a un santo para vestir a otro. Incluso se nos instaba a propiciar la contratación de profesionales jubilados o estudiantes de los últimos cursos de Enfermería o Medicina. Nuestro sistema sanitario, como he referido, ya estaba en precario en número de profesionales, sobre todo a enfermeras y enfermeros, y, junto a otros aspectos, se ha visto gravemente comprometido entre la gran demanda de asistencia sanitaria y de cuidados por la COVID-19. Pero no solo es una cuestión cuantitativa, sino cualitativa. Nuestras enfermeras y enfermeros tienen un gran compromiso con la sociedad y están comprometidos para prestar una atención sanitaria del más alto nivel gracias a su alta cualificación, lo que nos sitúa como líderes a nivel mundial, somos la envidia para muchos países, y esto ha llegado a provocar en los últimos años un preocupante éxodo a países extranjeros, debido, en gran medida a la alta tasa de paro que sufrimos como consecuencia de la anterior crisis, frente a otros colectivos sanitarios, a los que no se les ha castigado de igual manera que a la enfermería.

Contamos, como deben saber, con una formación básica universitaria de cuatro años, el Grado de Enfermería, que puede continuar sus estudios de máster y doctorado, rompiendo así el techo académico que hemos tenido hasta hace escasos años, a lo que hay que sumar la posibilidad de una formación especializada por la vía de residencia EIR, igual que la formación MIR, o del resto de profesionales sanitarios que la tienen desarrollada. En nuestro caso, desde 2005 tenemos un real decreto que permite una formación especializada en siete ámbitos, de los que seis se han podido desarrollar, pero no plenamente. Por ello, permítanme que les diga que, a día de hoy, esto es un fraude, porque ya son más de 48 000 profesionales los que cuentan con un título de enfermero especialista, pero en la mayoría de los territorios del Estado aún no se han creado las categorías profesionales o no se han definido los puestos de trabajo para que estos profesionales ocupen unas plazas de especialistas, y ya les digo,

desde el año 2005. A eso sumamos que actualmente solo hay 48 plazas en toda España para formarse como enfermero especialista en Geriatría, la especialidad con menos número de plazas, y ya hemos visto la gran necesidad de profesionalización de cuidados en ámbitos como el sociosanitario durante esta pandemia. Es evidente que algo no estamos haciendo bien.

No somos unos profesionales multiusos, por mucho que respetemos el papel de nuestra naturaleza como enfermeros generalistas. Durante la pandemia hemos vivido situaciones preocupantes en las que se instaba a la reconversión o apertura de nuevos espacios, como por ejemplo las unidades de cuidados intensivos, reclamando material, como puede ser los respiradores, olvidándose de que quien tiene que atender a estos pacientes en estas unidades requiere de una formación específica. Se necesitaban enfermeras con formación y experiencia en cuidados críticos, y no podemos someter a nuestros profesionales de enfermería a este estrés de movilidad entre unidades sin tiempo de reacción ni capacidad de adaptación. Esto requiere de una adecuada planificación y revisión de las especialidades de enfermería adaptadas a las necesidades de la población.

Por todo ello, una de nuestras propuestas urgentes y prioritarias es llevar a cabo una adecuada planificación de recursos humanos, tanto a nivel de ratios como a nivel de perfiles profesionales. Señorías, permítanme recordarles que tienen una oportunidad de legislar en este sentido, ya que seguramente conocen que se ha presentado en este Congreso de los Diputados una iniciativa legislativa popular por parte de nuestros compañeros de viaje, el sindicato de Enfermería SATSE, iniciativa que apoyamos totalmente. Tengan voluntad política de acuerdo y legislen a favor de esta propuesta.

Hablamos sobre perfiles profesionales. No obstante, si es preciso, habrá que hacer una importante reflexión todos juntos, el Estado, las comunidades autónomas y los propios profesionales, para ver cuál es la mejor vía para desarrollar un ámbito concreto como es la especialización. Es decir, plantearnos

si es necesario analizar el desarrollo de nuevas especialidades de Enfermería, sin caer en los errores del pasado, además de implementar los diplomas de acreditación o acreditación avanzada, ya regulado por real decreto. Dar una respuesta real, factible y sostenible a las necesidades del sistema sanitario, pero siempre respetando nuestra esencia, que es la dirección de los cuidados de enfermería, a los que no renunciamos ni renunciaremos, y sobre los que somos los únicos responsables. Es preciso potenciar el primer nivel de atención sanitaria, es decir, la atención primaria de salud. En esta fase de desescalada que estamos viviendo ya se ha puesto de manifiesto que se requiere de profesionales que realicen una detección precoz, una atención y un seguimiento a través de nuestros centros de salud, y, en su caso, a través de la visita domiciliaria.

En cuanto a la coordinación sanitaria, abogamos por dotar de las herramientas suficientes para que estructuras que ya existen, como es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, tenga una capacidad más ejecutiva, y que sus decisiones sean vinculantes, y no sea un mero órgano consultivo. Así mismo, una coordinación sanitaria que permita establecer mecanismos para un adecuado intercambio de información sanitaria. No podemos seguir escuchando que los problemas de los sistemas de información son cuestión de las comunidades autónomas, es una cuestión de todos.

Es preciso implementar muchas ideas y resultados de investigaciones de enfermeras que ponen en valor el uso de las nuevas tecnologías, lo que llamamos la transformación digital. Porque hoy ya la evidencia científica corrobora los buenos resultados en salud que se pueden obtener, y si la hubiésemos tenido implementada la atención sanitaria en esta pandemia hubiese sido mucho más eficaz. Hay que implementar la investigación cuanto antes, y, sí, todo ello es fruto de la posibilidad que tenemos para que enfermeras y enfermeros puedan desarrollar investigación, y es que no toda la investigación se debe a descubrimientos de nuevas moléculas, fármacos o vacunas, que, por

supuesto, son muy importantes, sino que debemos poner a disposición de la enfermería recursos económicos para fomentar la investigación en materia de cuidados. Con ello, estamos convencidos de que podremos contribuir a una mejora de la calidad asistencial. Una calidad asistencial que durante esta pandemia hemos podido constatar que se ha visto mermada en parte por las condiciones en las que han tenido que trabajar todos los profesionales sanitarios, y, especialmente, nuestras compañeras enfermeras y enfermeros.

Señorías, no creo que haga falta que les recuerde que, ante la falta de material, se han tenido que fabricar en muchos casos sus propios equipos de seguridad o reciclar el existente más allá de lo que las especificaciones técnicas recomendaban. Es cierto que a nivel mundial ha habido una rotura de stock en un determinado momento, pero no es menos cierto que ha habido una absoluta falta e previsión, de todos, no de uno solo. Como saben, según las cifras oficiales, unos 52 000 profesionales sanitarios están ahora mismo contagiados o se han contagiado, y, evidentemente, algo habrá tenido que ver esta falta de material.

Debemos aprender de los errores. Por ello instamos a que las diferentes administraciones realicen un aprovisionamiento de material de protección suficiente y que exista una reserva estratégica y, por supuesto, que sea material de calidad. En este sentido, sería deseable también una unificación a nivel estatal. Consideramos que habría que estudiar la posibilidad de establecer una agencia estatal que, entre otros aspectos, velara por estas cuestiones. Debemos prepararnos ante cualquier amenaza o circunstancia en la que, previsiblemente, se pueda poner en riesgo nuestro sistema sanitario. Nuestros profesionales están formados y preparados para asumir los riesgos y la capacidad de respuesta ante catástrofes, epidemias, diferentes situaciones críticas, pero no podemos enviarlos, como ha sido en esta ocasión, al suicidio. Creo que hemos demostrado con creces que tenemos unos profesionales sanitarios que saben estar a la altura de las circunstancias, pero dotémosles de lo que necesitan o

necesiten en un futuro para prestar esa atención sanitaria que nuestros ciudadanos se merecen sin poner en riesgo la vida y la salud de nuestros profesionales.

En este sentido, es preciso desarrollar la Ley de Salud Pública, es preciso que nos adelantemos a los acontecimientos, y que se establezcan mecanismos de tensión y respuesta rápida ante las emergencias que podamos tener en un futuro. Hagamos provisión de material y de recursos humanos para hacer frente a estos eventos, y nuevamente apelamos al desarrollo y potenciación de los profesionales de enfermería en esta materia, ya que pueden jugar un papel fundamental, no solo en materia de prevención, sino en la vigilancia epidemiológica, contribuyendo en la detección precoz y en el seguimiento de casos. Durante largos años hemos venido reclamando la posibilidad de que las enfermeras puedan llevar a cabo competencias en materia de prescripción, logramos el acuerdo profesional y político para iniciar este camino, pero, señorías, debemos culminarlo de una vez para siempre, y debemos propiciar y facilitar que las enfermeras puedan llevarla a cabo con plena autonomía, evidentemente, dentro de su marco competencial. Estamos en un momento en el que se hace más que necesario que se implemente de forma real.

Tengo que hablar algo de la gestión enfermera. En cuanto al ámbito de la gestión, nuevamente tengo que apelar al necesario acuerdo político para legislar y desarrollar aspectos normativos que permitan que las enfermeras y enfermeros podamos ocupar cargos de gestión. Para ello es necesario que se profesionalice la gestión, basándonos en criterios actuales y no obsoletos, como los que imperan en las normas en vigor. Les instamos a la actualización de un marco normativo, que permita que las enfermeras puedan acceder sin cortapisas a determinados puestos, y que en los organigramas del Ministerio de Sanidad y las consejerías de Salud se cuente con directoras enfermeras, y tengan posibilidad de aportar su conocimiento y experiencia en las políticas sanitarias de primer nivel. Y es necesario que en el ministerio haya simplemente una

figura enfermera para que pueda llevar a cabo tareas de coordinación. Y esto no es una petición solo nuestra, lo dice la propia Organización Mundial de la Salud. Este mismo organismo insta a los gobiernos de todo el mundo a que potencien el liderazgo enfermero.

Seguramente conocen que este año 2020 es el Año Internacional de las Enfermeras y las Matronas, así está declarado por la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas. Muchos eran los actos y celebraciones programadas que, evidentemente, hemos tenido que aplazar. No obstante, hemos podido constatar que nuestra ciudadanía ha sabido reconocer nuestro trabajo con unos aplausos que nos alentaban cada día, aunque ya sabemos que no solo los aplausos son suficientes.

Es evidente que con mi breve exposición no podremos dar respuesta a todas las problemáticas, de hecho, también les vamos a hacer llegar a través de la Secretaría de este grupo un documento base con las aportaciones que hoy he tenido el honor de presentar, y del que ya le hemos adelantado este resumen ejecutivo.

Para concluir, decirles que considero que, tanto profesionales, como políticos, como representantes de instituciones y de las administraciones, tienen que poner encima de la mesa soluciones reales a toda esta problemática, y por ello espero y deseo que a través de nuestras aportaciones se puedan obtener unas conclusiones en esta Comisión que den un gran paso en beneficio de los pacientes, de nuestro sistema sanitario y de todos los profesionales sanitarios, y, en particular, de las enfermeras y enfermeros. Hemos de ser valientes, pero todos, imaginativos, alejándonos de viejos corporativismos ajenos a los intereses de los pacientes, porque solo así podremos atender a las necesidades reales de la comunidad a la que ustedes y nosotros servimos. Permítanme que utilice para concluir una frase de don Miguel de Unamuno, invitándoles a mirar hacia delante, y es que “deberíamos tratar de ser los padres de nuestro futuro en lugar de los descendientes de nuestro pasado”.

Ustedes y nosotros estamos al servicio de la sociedad, procuremos no defraudarles.

Muchas gracias. Quedo a disposición de todos ustedes para sus preguntas o consideraciones.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Pérez.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **GUTIÉRREZ VIVAS**: Gracias, presidenta.

Muchas gracias, señor Pérez Raya por su comparecencia en esta casa, que es la de todos. Antes de comenzar mi intervención, me gustaría dar unas breves palabras de reconocimiento a la labor de todo el colectivo que usted representa, el colectivo de la enfermería, que yo creo que han sido, junto al resto del colectivo sanitario, los grandes héroes de esta crisis. Le hago extensiva esta enhorabuena de parte de todo mi grupo parlamentario.

Voy a hacer unas consideraciones rápidas sobre lo que usted ha comentado y unas cuantas preguntas para ahondar en algunas de las cosas que usted ha puesto encima de la mesa.

Nosotros creemos que el perfil de enfermería tiene un perfil propio y singular dentro de los equipos de atención sanitaria, no son los auxiliares del médico que estábamos acostumbrados a ver en el siglo pasado, estamos en este siglo XXI y hay que adaptarse a él. Creemos que desempeñar una labor de dirección en ámbitos de actuación como los cuidados, la continuidad asistencial, la adherencia terapéutica y la educación de la salud. En este sentido, usted ya lo ha comentado, pero creo que es muy destacable que la ratio de enfermería por cada 1000 habitantes es inferior a la media europea, estos 6 que ha comentado usted en España versus los 8 o 9 que es la media de la Unión Europea. La proporción de personal médico y enfermero es del 42 % y el 58 %, mientras que la media se aproxima más bien al 30-70, en el caso español.

Creemos que la escasa autonomía y sustancialidad, que al final que confiara al personal de la enfermería en España, en ocasiones, así como la ausencia de delegación de competencias que siguen ejerciendo los médicos, hace que nuestro modelo no es tan eficiente como debería. Sin embargo, como usted ha mencionado, tenemos los mejores profesionales, así están reconocidos en el mundo entero, y creo que parte de ese éxito ha sido ese éxodo de muchos profesionales, tan bien reconocidos fuera de España y que, sin embargo, dentro de nuestras fronteras han pasado prácticamente desapercibidos, y creo que esto es muy lamentable.

¿Cuál considera usted que debería ser el ratio de enfermería en España? ¿qué incremento de plantillas supondría ajustarse a ese ratio? ¿tienen ustedes calculado esto? ¿cuánto supone esta adaptación en términos de incremento del esfuerzo presupuestario? Por si tiene usted alguna valoración que podamos llevar también, porque esto es muy importante.

En materia de cuidados, ha hablado usted de la necesidad de replantear el modelo, sobre todo en el tema de los mayores y de los crónicos, ¿en qué sentido creen ustedes que deben replantearse estos cuidados? Pensando específicamente en estos cuidados a mayores, ¿hacia dónde cree usted que debe avanzar este modelo? ¿cree conveniente apostar por una medicalización de las residencias de personas mayores, de modo que cuenten con personal médico y/o enfermero de forma permanente? ¿encajaría aquí la figura del enfermero geriátrico de la que usted ha hablado antes? ¿de quién debe depender este personal médico y enfermero en estas residencias, del servicio de salud o bien de la propia residencia bajo la supervisión del servicio de la residencia? ¿qué medida cree que son necesarias para potenciar la atención sanitaria domiciliaria y la telemedicina? ¿qué papel puede desempeñar el personal de enfermería en la telemedicina, que seguramente en este siglo será el gran avance de los servicios médicos? ¿cuál es su postura sobre el debate de la introducción de la

figura del enfermero escolar? ¿cree usted que tendría ventajas la implementación de este servicio en nuestros colegios?

Finalmente, en relación con las tareas que podían ser desempeñadas por el personal enfermero, una de sus reivindicaciones es la de la prescripción de medicamentos, ¿cuál es la situación actual? ¿la normativa actual reconoce al personal de enfermería capacidad para prescribir medicamentos o depende del desarrollo de cada comunidad autónoma? Lo digo por saber si es un problema exclusivamente de legislación autonómica, ¿piensan ustedes que debe haber algo a nivel genérico nacional? ¿sabe usted qué comunidades autónomas permiten la prescripción del personal de enfermería y cuáles no? ¿a qué se debe que no se haya desarrollado esta facultad de prescripción?

Para finalizar, ¿cree usted que el personal de enfermería está adecuadamente protegido frente al COVID durante esta crisis? ¿hasta dónde entiende usted que han contado con equipos de protección individual adecuados, suficientes, y con número de test y PCR en número suficiente?

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señor Gutiérrez.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Confederal Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenas tardes. Bienvenido señor Florentino Pérez.

Ha dicho usted que tiene que haber un cambio de modelo sanitario hacia la prevención, y ese trabajo de prevención de la enfermedad haría hincapié en un cambio en los hábitos de vida. En la primera comparecencia, la señora Carmen Ferrer ha hecho hincapié en esto, pero hacer hincapié en el cambio en el cambio en los hábitos de vida no se hace diciéndole al paciente “cambie usted de hábitos de vida”. ¿Cree usted que este sería uno de los papeles importantes

de la enfermería? ¿sería una especie de tratamiento que haría la enfermería al paciente y al entorno familiar del paciente, porque no está aislado, está con un entorno familiar que le condiciona mucho? ¿cree usted que la enfermería sería el vehículo adecuado para ese cambio de mentalidad, esa prevención que haría que se consolidara ese nuevo modelo sanitario?

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra la representante del Grupo Popular.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidenta.

En primer lugar, presidente del Consejo General de Enfermería, darle la bienvenida a esta Subcomisión de Sanidad y Salud Pública en nombre del Grupo Popular, y felicitar a toda la profesión por el premio Princesa de Asturias de la Concordia a todos los profesionales sanitarios, y, entre ellos, la enfermería. Agradecer el trabajo del Consejo en la defensa de la profesión enfermera, todos los días y, en especial, en la pandemia del COVID-19. Se han ofrecido a arrimar el hombro ante los efectos que estaba ocasionando esta terrible crisis sanitaria, desde la máxima lealtad con las instituciones.

Me gustaría preguntarle si le han dado participación al Consejo a través de los órganos legales establecidos durante la pandemia. Han estado del lado de las enfermeras advirtiendo de normas a través de órdenes ministeriales que, durante este periodo se publicaban y era necesario modificar, por ejemplo, en lo referente a los especialistas que terminaban este año, a los EIR, o en las funciones que deberían realizar los estudiantes de los grados de Enfermería y de Medicina. Su implicación en que todas las enfermeras tuvieran el material de protección adecuado y con las garantías de seguridad, como han manifestado tanto de forma individual o junto al resto de organizaciones profesionales sanitarias. Es de destacar que este ha sido uno de los temas que requiere de una gran mejora.

Hablando del material, nos ha trasladado la importancia de contar con un depósito de material de protección centralizado, de unas reservas estratégicas, en definitiva. Pero si tenemos que velar por la salud y seguridad de la población en general, y de los profesionales sanitario, esta pandemia nos deja muestras de que tenemos que gestionar mejor crisis como esta, o futuras que puedan venir. Y este es uno de los motivos que nos lleva a estar aquí, en el Congreso de los Diputados, escuchando a todos los organismos y personas que tienen mucho que aportarnos para fijar unas conclusiones claras en lo que debe ser la reconstrucción social y económica de este país.

Nos plantean un cambio de enfoque en el Sistema Nacional de Salud para pasar de estar centrado en la enfermedad a orientarse hacia las personas, y que la atención sea integral y continua, con enfoques como la cronicidad, la atención sociosanitaria o la atención a los pacientes que han pasado el COVID-19. Centrándonos en los profesionales sanitarios, y en concreto en dar respuesta a pandemias o a contingencias en el Sistema Nacional de Salud, ¿cómo valora que se creen equipos profesionales para atender o reforzar situaciones extraordinarias como las que hemos vivido? ¿cómo ve nuestro marco normativo, no solo en los aspectos profesionales, sino de salud pública o de cohesión territorial? Nos lo ha dicho en parte en su intervención, pero si puede ahondar en algún tema más.

La respuesta a la presión asistencial ha sido todo un ejemplo, independientemente de cual fuera su sitio habitual de trabajo, respuesta sin poder tener previamente una formación adecuada a la atención al COVID y que en múltiples ocasiones les ha generado angustia, estrés y desesperación. Desde el ámbito de la salud pública, la vigilancia epidemiológica, ¿qué propuestas de cambio nos pueden trasladar desde su organización?

La atención primaria es tremendamente importante en la atención sanitaria, se está hablando de reformas, pero no acaban de llegar. ¿Qué propuestas nos puede trasladar para mejorar la atención primaria? El desarrollo

de las competencias que tienen las enfermeras especialistas en familia y comunitarias pueden ser una de las medidas, o las gestoras de casos, o enfermeras de enlace que, dependiendo en el sitio que estemos, tendremos que unificar para saber de qué estamos hablando. La coordinación en los diferentes niveles asistenciales, la atención primaria respecto al área sociosanitaria, ¿Cómo considera que debemos hacer más eficaz esta coordinación? ¿compartiendo historia clínica? ¿fomentando las plazas de enfermeras en Geriatría? Porque, con las 48 plazas que nos ha anunciado son claramente insuficientes. Pueden ser algunas de las opciones o los perfiles profesionales. Vieron venir la gravedad de esta pandemia anulando todos los encuentros, jornadas y congresos, ¿qué alertas tenían?

El trabajo de esta Subcomisión, con sus aportaciones, desde este grupo queremos ser constructivos para lograr este gran pacto que necesita la sanidad española, y que se enmarca dentro de este gran pacto que desde el Partido Popular llamamos el pacto Cajal.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Velasco.

Tiene la palabra la representante del Grupo Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias. Bienvenido don Florentino Pérez Raya a este grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública, perteneciente a la Comisión de Reconstrucción Económica y Social de España.

Mi agradecimiento por su presencia aquí, por la documentación que nos ha hecho llegar, y expresar de parte de mi grupo ese agradecimiento también por el trabajo de las enfermeras y de los enfermeros de este país, sobre todo en estos meses que estamos sufriendo una pandemia mundial, por su esfuerzo y por su posicionamiento en primera línea, arriesgando incluso sus vidas. Les hace merecedores de un premio, más que justificado, el premio Princesa de

Asturias, por el que le queremos dar la enhorabuena. La verdad es que estamos en una pandemia mundial con muchos profesionales sanitarios afectados, entre ellos la profesión enfermera, con muchas víctimas, muchos fallecidos, entre ellos profesionales, a los que, desde aquí, queremos hacer llegar nuestra tristeza, nuestro pésame y una palabra de aliento a todas y a todos los afectados.

Me gustaría hacerle algunas preguntas, la primera sería ¿cuál sería su propuesta para la financiación de la sanidad pública, para asegurar una financiación suficiente y equitativa? ¿qué medidas nos propondría? También querría preguntarle si nos puede sugerir algunas medidas para reforzar la atención primaria, especialmente cómo debería ser el papel de la enfermería y de qué manera podría reforzarse el papel de la profesión enfermera.

Con respecto a la equidad, cómo considera que se debe asegurar la equidad en la sanidad pública y qué medidas o decisiones nos sugiere. En su ámbito de actuación, ¿cuáles serían algunas prioridades que nos podría proponer usted? ¿cómo cree que debe ser el papel de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud?

Para finalizar, me gustaría que nos dijera -y se lo digo desde el punto de vista de que fui presidenta de un colegio profesional y siento empatía con usted- cómo debería evolucionar el Consejo General de Enfermería para ser un organismo acorde con estos nuevos tiempos.

Y, para finalizar, cómo cree que los poderes públicos puedan ayudar en esta evolución que usted nos proponga.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

El señor Pérez tiene la palabra para contestar esta multitud de preguntas que le han planteado.

El señor **PÉREZ RAYA** (presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España): No sé si la han recibido, pero hemos enviado una ampliación de toda la intervención, desarrollando punto por punto. Lo íbamos a mandar por correo.

Me decía el portavoz de Ciudadanos el tema de las ratios y de que antiguamente eran las auxiliares de los médicos. En la ley de ordenación de las profesiones sanitarias, como saben, se recoge que debemos hacer nuestro cometido, las funciones profesionales de la enfermería sin ninguna interferencia de nadie, y que tenemos atribuciones para hacerlo sin necesidad de consultar con ningún otro colectivo, y, por supuesto, somos responsables, como no puede ser de otra forma, de nuestros actos. Si te dan esas atribuciones te tendrás que hacer responsable de los actos. Desde luego, eso es una variación importante de lo que antes existía, como bien dijo, referente al auxiliar del médico, eran los tiempos antiguos del practicante y del ATS, pero también tenía el practicante muchas cosas de independencia total. Pero cambió mucho la normativa y llegamos a ser esto.

Yo, con todo el respeto a mis compañeros médicos y a los que puedan estar aquí, decir que aquello era de vergüenza. Cuando yo terminé en el año 1970 mis estudios de ayudante técnico sanitario, que era entonces, me daban vergüenza mis compañeros de las consultas, veía que cuando el médico terminaba le daba su bata y ellas se la colocaban en su armario correspondiente, no salían de la habitación mientras ellas no cogieran un paño con alcohol y le dieran al pomo que habían tocado los enfermos. Yo lo viví. El cambio es brutal cuando comienza la nueva normativa.

Sobre las ratios, ponía ese ejemplo de la media europea y la que hay aquí, que es de 6 enfermeras por cada 100 000 habitantes, pero la realidad es que dentro del territorio nacional la disparidad es enorme, porque si nos vamos a Navarra, tiene aproximadamente el 8 %, prácticamente igual que la media europea, y si nos vamos a Murcia o a mi tierra de Andalucía estamos en cuatro

y pico, la mitad que Navarra. O sea, que, dentro del propio territorio nacional, es inconcebible que exista eso. La atención que se puede dar a unos enfermos no puede ser con la mitad de profesionales, eso es un hecho. Y si recordamos la anterior crisis sanitaria, donde se recortó, como ya he dicho también, sin mencionar por qué hubo ese déficit de profesionales, perdimos 10 000 profesionales después de esta situación que digo que tenemos de ratio. Perdimos 10 000, lo que no perdió ningún colectivo. Y todo siempre ha sido ahorrar de las nóminas de nuestros profesionales, no hablo que se gane más o menos, porque sabemos que nunca estamos conformes con eso, pero algunas veces el sueldo es de 1000 euros y de 1100 euros. No creo que un profesional, capacitado como está un enfermero, ... Hablo de lo mínimo, luego ya haces guardias y otras actividades en atención primaria o en hospitales y sube el sueldo, lo que no quiere decir que los médicos sí ganen lo suficiente, pues no, tampoco lo ganan. La verdad es que la sanidad está muy mal pagada.

Hablo en general, porque hay cosas que son similares. ¿Cómo se puede solucionar? Pues, algunas veces, en esa organización donde estamos, los consejos generales de las profesiones sanitarias, que somos seis o siete y en alguna ocasión hemos mandado algunas notas de prensa, somos 800 000 profesionales sanitarios en total. Ahí hemos dicho claramente lo que hay que hacer, lo hemos oído de los políticos y del propio presidente del Gobierno, que de una vez por todas esto tiene que arreglarse, que no se puede llevar una pandemia en las circunstancias que la hemos vivido, con esa escasez de profesionales que están cobrando miserias. Y, por desgracia, si encima, como se ha mencionado por algunos, la situación es tan calamitosa que ni siquiera teníamos material para poder luchar contra esta barbaridad que hemos tenido. Yo no hablo aquí de temas políticos, porque sé que cosas que han pasado a nivel nacional han pasado también en comunidades autónomas, eso ha sido una realidad, y a mí me han llegado denuncias de toda España y de los 52 colegios. Ha sido terrible la situación, que estés con una mascarilla puesta cuatro o cinco

días y que vengan a decir que las mascarillas eran defectuosas, eso es algo horrible. Personas que han estado con esas mascarillas y después se han ido a sus casas con el temor de que sus propias familias hayan sido contagiadas por ellos mismos. Terminaron por irse a pisos y a hoteles, pusieron determinados habitáculos para que no se mezclaran. Ha sido penoso, son para vivir las situaciones que nos contaban.

También en las unidades de cuidados intensivos, donde sobre la marcha, como saben, hemos tenido que habilitar unidades en cualquier lugar, en un gimnasio, en una cafetería, y como no había personal me escribían algunos alumnos diciendo que los habían colocado allí, en una unidad de cuidados intensivos, que quizá no es capaz de hacerlo un profesional que lleva 20 años, ni esos son capaces de llevar bien una unidad de cuidados intensivos, es una cosa muy especializada, ¿cómo vas a poner a un alumno? Pues hasta eso se ha hecho, lo tengo por escrito. Es terrible cómo se han llevado las cosas, pero comprendo también la angustia de quien está en los centros y no tiene a nadie que poner, pues mira, por lo menos habrá alguien que consuele al enfermo y pueda tocar la mano.

Y, desde luego, recalcar la gran humanidad que han demostrado los profesionales sanitarios, porque cuando se veían esas imágenes poniéndoles a los familiares delante a través de los medios telemáticos para que, por lo menos, pudieran hablar algo, porque no podían salir de sus casas ni se les permitía visitar en los centros sociosanitarios... Ya digo, tiene que servirnos de experiencia. Y por eso decía que tiene que haber unos centros pensando en lo que tanto se habla, y ojalá no sea verdad, que para el mes de octubre o noviembre puede haber un rebrote, es para echarse a temblar.

No quiero hablar de cosas políticas, pero no puedo dejar de decir que yo sí cumplí con las llamadas que me hicieron desde determinados departamentos sanitarios, donde nos dijeron el día 29 de febrero que me pusiera de acuerdo con el doctor Serafín, del Consejo de Médicos, para que anuláramos todo tipo

de congresos, cursos y todos. Inmediatamente lo hicimos y suspendimos todo. Terrible cuando vemos que se celebran partidos de fútbol y que se celebran concentraciones, cantantes, pero bueno, y eso qué era ¿para nosotros nada más? Había un peligro enorme, que nos asustamos más de la cuenta, o no, porque al final era verdad, pero cuando vimos eso dijimos, pero por qué hemos suspendido, si ahora resulta que hay esas concentraciones tan enormes de campos enteros de fútbol, y nosotros suspendemos unos congresos que algunos tenían nada más que 70 o 80 personas. De locos. Así ha sido la situación, terrible, pero no nos ha quedado más remedio que aguantar, sobrellevarlo lo mejor posible y no fiarnos de los materiales. Y digo esto porque nosotros hemos hecho grandes pedidos de materiales, y cuando hemos visto que había que devolver las mascarillas y que también había algún EPI defectuoso, pues nos aguantamos y no dimos el material que venía de China hasta que no lo pasamos por un laboratorio, y nos ha costado más dinero de lo que ya valía traer el material, pero hemos tenido la certeza de que nada de lo que hemos repartido estaba deteriorado, no filtraba lo suficiente las moléculas, porque no era de la calidad que determinaba el sello con el que venía, no sé si ha sido falsificado o lo que ha sido, pero desde luego ha sido un problema importante.

Hemos sufrido todo eso y hemos intentado por todos los medios ayudar a la población. Ustedes han preguntado que qué ha hecho la organización colegial. Hemos hecho decenas de infografías, que hemos publicado en prensa y en todos los lados, sobre cómo lavarse las manos, porque lavarse las manos salva vidas, intentando que fueran lo más amenas posibles, y ya digo, decenas y decenas; medidas de aislamiento domiciliario para el que por desgracia ha tenido algún contagio en su casa y había que tenerlo aislado en una habitación, dando todas las normas; limpieza y desinfección del domicilio cuando había un afectado; atención al paciente dependiente en aislamiento domiciliario; hábitos saludables durante el estado de alarma; guías para trabajar en casa, porque después de tantas horas sufrían lesiones cervicales y cuestiones en las piernas

como coágulos, por estar tanto tiempo sentados; hasta para los autistas hemos hecho también. Volcados totalmente enfermeras y salud mental durante la pandemia del COVID. Hemos contratado psicólogos para que atiendan a nuestros profesionales. Tenemos la conciencia tranquila de que hemos hecho todo lo posible, pero la realidad es la realidad. Y ayer me dicen que hay confirmados por PCR 240 660, 124 000 hospitalizados todavía, 11 426 en la UCI y 27 113 fallecidos.

Yo creo que con esto se dice todo. Hablan que somos la nación que tiene más sanitarios contagiados, más de 52 000, eso no lo tiene prácticamente nadie, bueno, lo tiene Estados Unidos, pero de los países de nuestro entorno somos los primeros. ¿Por qué ha sido eso? ¿somos nosotros los más torpes? No, algo tiene que ser, ha habido algún motivo y es por todas estas cosas que estoy contando. De todas formas, como siempre hemos hecho, nosotros estamos al servicio del Ministerio de Sanidad, de las consejerías de Salud de las comunidades autónomas y no nos queda más remedio que seguir en la lucha.

La enfermería escolar. Hemos estado visitando centros, he estado en un centro de un pueblo de Madrid de niños con minusvalía y estaban indignados, decían: ¿cómo puede ser que haya por ahí centros en los que los profesores estén administrando medicamentos porque no hay nadie que los asista? Que tengan cualquier problema algún alumno y tienen que estar esperando a que venga una ambulancia. Es un atraso, cuando hay tantos países que eso lo tienen perfectamente experimentado.

La atención primaria. Como siempre, las disputas que podamos tener con las administraciones son con todas, y estamos todos los días protestando. No puede ser de otra forma. Nos quejamos una y otra vez que llevamos diez años con 40 000 profesionales especialistas esperando que les revisen la documentación para hacerlos especialistas, pero qué más da, si luego no les están dando los puestos de trabajo. Por eso decía que es un fraude, estamos

formando especialistas, dos años enteros pagándoles una nómina y luego se van al extranjero, porque aquí no hay trabajo ni hay puestos como especialistas.

Yo creo que hay mucho que arreglar en la sanidad de España. No se trata de ningún partido político, yo creo que la situación es general y el que más cargo tenga, tiene más responsabilidad, no es lo mismo un ministerio que una consejería, es de lógica. Pero vaya, que es increíble que tengamos un consejo interterritorial que sea un mero consultor y que no tome decisiones como se tienen que tomar. Yo no sé de quién es la culpa, pero alguien debería imponerse y decir cómo se tienen que hacer las cosas.

Gestoras de casos. Indudablemente, desde que se creó ese puesto las gestoras de casos hacen una labor fenomenal, y, por supuesto, no solo en relación con la enfermedad, si van a un domicilio y detectan que hay determinadas carencias, es una labor fundamental que le puedan solucionar parte de los problemas que tengan a las personas mayores y crónicas.

Yo creo que el cambio de sistema que decimos tiene que ser una realidad y si no se hace así, lamentablemente, nos vamos a encontrar en el futuro con muchos más problemas de los que ahora tenemos.

Lo he hecho en general, porque como son tantas preguntas era imposible contestarlas una por una. Les agradezco mucho su interés, como no puede ser de otra forma. Me gustaría que algo haya quedado y que, si pueden, ayuden no solo a la enfermería, que a mí me corresponde reivindicar, sino a todo el sistema sanitario, porque ayudando al sistema sanitario, se ayuda también a nuestros conciudadanos.

Muchas gracias.

La señora **COORDINADORA**: Muchas gracias por haber acudido a nuestra llamada. Se lo agradecemos mucho.

Se levanta la sesión.