TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO SANIDAD Y SALUD PÚBLICA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA SESIÓN N.º 4, CELEBRADA EL LUNES 8 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. JESÚS AGUILAR SANTAMARÍA, PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS.

La señora **PRESIDENTA:** Buenos días.

Se abre la sesión. El orden del día de la sesión de hoy cuenta con la celebración de siete comparecencias, y, sin más, empezamos con la primera. Don Jesús Aguilar Santamaría, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

La señora **SABANÉS NADAL**: Presidenta, una cuestión de orden por favor. Simplemente para informar, para disculparme, que no podemos estar presentes porque tengo otras comisiones y decir que Mas País sí está presente, hay una experta, sabemos que no puede hablar, pero para que conste que sí estamos presentes, nada más, gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias al señor Santamaría, dar un emotivo recuerdo, como lo estamos haciendo últimamente a todas las personas fallecidas por motivo de esta pandemia y a todas las personas afectadas.

A continuación, cedo la palabra al señor Aguilar, para que siga con su comparecencia y le agradecemos mucho su presencia aquí.

El señor **AGUILAR SANTAMARÍA** (presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos): Muy buenos días.

En primer lugar, quiero expresar mi máximo reconocimiento a todas las víctimas de esta pandemia y al magnífico trabajo de todos los profesionales sanitarios que están luchando para acabar con este virus, y, dentro de estos profesionales sanitarios, me van a permitir un reconocimiento especial a los 74 000 farmacéuticos que trabajan en los hospitales, en la industria, en la distribución, en los laboratorios clínicos, en la investigación, en la salud pública, y, por supuesto, en las farmacias, en las oficinas de farmacias, en las que han fallecido a causa de este virus 19 profesionales, de los cuales 17 eran farmacéuticos y 2 ayudantes de farmacia. También quiero agradecer la oportunidad de comparecer aquí a todos los miembros de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados, y, en especial, a este grupo, al grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública. Gracias por haberme facilitado esta comparecencia en representación de

todos los farmacéuticos españoles, como presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, con el fin de exponerles nuestro importante papel para reforzar el sistema sanitario y la salud pública, bases fundamentales de nuestro estado del bienestar.

Señorías, con mis palabras en esta tribuna quiero que todos lleguen a una conclusión muy clara, no se puede reconstruir el sistema sanitario ni la salud pública sin los farmacéuticos y sin la farmacia; esta es la certeza con la que comparezco ante ustedes y, créanme, no estamos solos en esta certeza, junto con nosotros están los millones de españoles que cada día cruzan las puertas de nuestras oficinas de farmacia, porque en los momentos de mayor dificultad de esta crisis los farmacéuticos, como profesionales sanitarios, y las farmacias, como establecimientos sanitarios, han demostrado que somos un pilar básico de nuestro sistema nacional de salud y de nuestro sistema de protección social un recurso que es esencial y que ha sido esencial en la lucha contra el COVID-19.

En el primer mes de confinamiento, la farmacia ha prestado asistencia a más de 30 000 000 millones de personas y más de 2 000 000 de personas han recibido atención farmacéutica por parte de su farmacéutico, además, 850 000 personas, en su mayoría personas mayores y vulnerables, han sido atendidas por el farmacéutico en su domicilio. Hemos sido fuente de certidumbre, cuando todo eran dudas, tristeza, miedo y dolor, hemos dispensado medicamentos, para los que no hay receta posible, ni están en ninguna cartera de servicios, como la empatía, la cercanía o la dedicación. Señorías, la farmacia y los farmacéuticos españoles, liderados por nuestra organización colegial, hemos actuado con prontitud, con responsabilidad y con solidaridad.

Hemos sido conscientes desde el primer momento de que estábamos ante una situación excepcional que requería medidas excepcionales y

urgentes para garantizar la continuidad asistencial y la prestación farmacéutica a toda la población; y les puedo asegurar que no hemos abandonado a nadie, porque nuestra máxima obsesión ha sido que ningún paciente se quedase sin su medicación. Hemos actuado muchas veces por delante de nuestros propios compañeros farmacéuticos en Europa, hemos evitado el colapso y la sobrecarga de los hospitales y de los centros de salud, hemos cumplido con nuestro compromiso sanitario y, sobre todo, hemos estado siempre al lado de los pacientes, con esa cruz verde que nunca se apaga y que en los peores momentos ha estado más encendida que nunca. Pero nada de esto es casual ni es fruto del azar o del mero ejercicio de una buena voluntad, esta excelente actuación es el resultado directo de tener el mejor sistema farmacéutico de Europa, hemos podido estar con todos los españoles porque estamos en todos los rincones de España.

Señorías, durante esta emergencia, los farmacéuticos apenas hemos pedido nada para nosotros mismos, nada que no hayan sido medidas de protección, si algo hemos hecho es ponernos a disposición, ofrecernos, haciendo numerosas propuestas a las autoridades sanitarias, siendo inmensamente proactivos para dar soluciones en esta pandemia. Pero, hoy quiero pedirles algo en nombre de todos los farmacéuticos, que reflexionen sobre un hecho de primera magnitud, piensen que, vivan donde vivan, los españoles siempre tienen una farmacia cerca, y cuentan con un profesional sanitario cualificado en continua formación. Piensen que cuando alguno de ustedes acude a una farmacia, aquí mismo, al salir de esta sesión, en el centro de Madrid, va a encontrar exactamente el mismo servicio y los mismos medicamentos, con el mismo precio, que cualquier otro ciudadano que pueda vivir o que pueda residir en cualquier pueblo de lo más recóndito de nuestra geografía española. Y esto solo es posible porque contamos, además, con una distribución farmacéutica cooperativa y solidaria. Háganlo, piénselo por

favor. Ahora que se pretende reforzar el sistema sanitario y la salud pública, ¿sería lógico hacer esta reconstrucción sin contar con la red de las más de 22 000 farmacias y de los 52 000 farmacéuticos españoles? Creo que hay una cosa clara señorías, si no se cuenta con la farmacia esta reconstrucción será incompleta.

Algún consejero de Sanidad ha dicho que la mayor revelación de éxito de esta pandemia ha sido la farmacia. Lamentablemente, hemos tenido que esperar a esta gran crisis para darnos cuenta de todo lo que puede hacer la farmacia, de su potencial sanitario, de su potencial asistencial y de su potencial social, cuando parecía que nada funcionaba, cuando todo estaba cerrado, solo la farmacia ha estado al lado de la sociedad, actuando como un reloj de precisión. Siempre hemos estado ahí, con firme vocación de servicio público, no hemos aparecido ahora por arte de magia, y les digo más, nunca nos hemos ido y nunca nos vamos a ir. Los ciudadanos lo saben y nos lo han reconocido, también los medios de comunicación, y, sin ir más lejos, la semana pasada la Organización Mundial de la Salud, en su informe de las recomendaciones para reforzar la respuesta de los sistemas sanitarios al COVID-19, en el que reclama potenciar a los farmacéuticos comunitarios en su labor preventiva y la dispensación a domicilio para reducir el riesgo de transmisión del virus. Y nos hubiera gustado que el protagonismo que hemos adquirido en estos meses no hubiera sido por una situación tan trágica, pero las circunstancias, las circunstancias han sido las que han sido ¿no?, y espero que cuando termine esta comparecencia y salga por la puerta pueda llevarles a todos mis compañeros el reconocimiento expreso de sus señorías, sinceramente creo que se lo merecen. Un reconocimiento que les pido yo, en su nombre, y que, insisto, será lo único que hayamos pedido desde que comenzó esta crisis. Y dicho lo anterior, señorías, que creo que era de justicia decirlo, paso al contenido propio de mi intervención en esta comisión.

Como les decía, vengo en representación de todos los farmacéuticos españoles a presentarles nuestras propuestas para la mejora del sistema sanitario y de la salud pública. No son reivindicaciones, son respuestas a las necesidades de los pacientes, que también son esenciales para reconstruir el sistema sanitario y tenemos que escucharlos e integrarlos en la toma de decisiones. Los farmacéuticos queremos servirles de altavoz en esta tribuna y por eso hemos hecho una alianza con ellos, con todos los pacientes, con una declaración que les hemos enviado en la documentación hecha con todas las asociaciones de pacientes. Nuestra voz es también la voz de los ciudadanos que nos han manifestado en una reciente encuesta realizada por GAD3, que apoyan de forma unánime nuestra actuación profesional, asistencial y social que paso a explicarles.

Son propuestas muy claras que se estructuran en cuatro ejes fundamentales:

En primer lugar, en reafirmar a los farmacéuticos de oficina de farmacia como la farmacia de la atención primaria, mejorando el marco estratégico para la atención primaria de salud. En segundo lugar, integrar plenamente a los farmacéuticos y la farmacia en las políticas de salud pública. En tercer lugar, incluir a la farmacia en la transformación digital de la sanidad para mejorar la eficiencia y de la calidad del sistema nacional de salud. Y, en cuarto lugar, garantizar la viabilidad de las farmacias por su labor sanitaria y social, en especial las situadas en las zonas más frágiles, despobladas y deprimidas.

El primero de estos ejes es la integración asistencial real de la farmacia en la atención primaria de salud, porque la atención primaria del futuro debe ser capaz de asegurar más cooperación entre los profesionales en beneficio del paciente. Y, en ese futuro, la farmacia comunitaria es imprescindible, no lo decimos solo nosotros, lo dicen numerosos organismos internacionales y

el último, y también más reciente, el de la OCDE en su informe 2020 sobre el potencial de la atención primaria. En él se destaca el importante papel que deben tener los farmacéuticos para satisfacer las necesidades de los pacientes, educando en salud, realizando detección precoz y prevención y contribuyendo a hacer un mejor uso de los medicamentos. Y para conseguir esta integración de la farmacia en la atención primaria tenemos propuestas concretas. En primer lugar, prestar servicios asistenciales coordinados con los equipos de atención primaria, para mejorar el uso de los medicamentos. En segundo lugar, desarrollar la atención farmacéutica domiciliaria para pacientes vulnerables. En tercer lugar, dispensar en la farmacia esos medicamentos de diagnóstico hospitalarios que toman los pacientes en sus hogares, medicamentos que, por sus características técnicas, condiciones de uso y criterio clínico deben de estar en las farmacias y que no lo están, exclusivamente por un criterio puramente económico. Y, en cuarto lugar, integrar a los farmacéuticos en los protocolos sociosanitarios con programas de atención farmacéutica.

Para llevar a cabo estas propuestas contamos con la mayor red de farmacias que hay en toda Europa, cuánto más podremos hacer si trabajamos directamente, en equipo, con médicos, con enfermeras y con otros profesionales sanitarios de los centros de atención primaria, cómo mejoraría la atención sanitaria que reciben los españoles. Los farmacéuticos no somos meros dispensadores, señorías, somos los profesionales sanitarios expertos en el medicamento en base a nuestra formación científico-técnica, tenemos estudios y evidencias científicas que demuestran que cuando el farmacéutico participa en la adherencia de los tratamientos mejora en un 50 % el cumplimiento por parte de los pacientes. Y, como saben, no hay gasto más superfluo que el medicamento que es prescrito y no se toma. Cuando el farmacéutico colabora en la conciliación de la medicación tras el alta

hospitalaria de los ciudadanos se evitan la mayor parte de los errores, si el farmacéutico realizara seguimiento de los tratamientos a los pacientes se podrían ahorrar, por los estudios que hay en estos momentos, hasta 2272 millones de euros al Sistema Nacional de Salud. Señorías, esto es más del 3 % del gasto sanitario público total o cerca del 20 % del gasto ambulatorio en medicamentos, un ahorro que deriva de que haciendo seguimiento fármaco-terapéutico en las farmacias se reduce en más de un 54 % los problemas de salud no controlados, en más de un 53 % los pacientes que acuden a urgencias y en casi un 60 % los pacientes hospitalizados, y, además, mejora la calidad de vida en 6,6 puntos.

Señorías, llevamos años poniendo sobre la mesa que para poder dotar de eficiencia al uso de los medicamentos y para mejorar los resultados en salud es muy importante concertar con las farmacias estos servicios que han demostrado, sobradamente, que mejoran el uso de los medicamentos y la salud pública; servicios, como digo, que tienen un gran potencial para mejorar el manejo de la enfermedad crónica de nuestros pacientes. Así se ha demostrado ya con experiencias muy concretas en algunas comunidades autónomas, como por ejemplo en el País Vasco, con el piloto de seguimiento fármaco-terapéutico integral a pacientes crónicos y polimedicados. Pero, además, esta crisis nos ha demostrado que los ciudadanos necesitan que mantengamos la atención farmacéutica domiciliaría, esta atención farmacéutica domiciliaria puesta en marcha, de manera urgente, durante el estado de alarma. Más de un 96 % de los ciudadanos nos han pedido, en la encuesta que les decía antes, que esto sea de esta manera. Con este servicio hemos asegurado que ningún ciudadano se quedase sin su medicamento, evitando miles de desplazamientos, y reduciendo así el riesgo de contagio. Cuando todos estábamos con cuidado los farmacéuticos ahí estaban yendo a los hogares de los pacientes, asegurándose que no tenían problemas con su

medicación. Y, a su vez, teniendo la plena garantía sanitaria de la dispensación por el farmacéutico, que es absolutamente esencial, ya que la atención domiciliaria tiene que asegurar siempre ese binomio medicamento farmacéutico, o, dicho de otra manera, y, parafraseando a un eminente político español, tenemos que hacer jurídicamente normal lo que en la calle ya es normal, que el farmacéutico pueda prestar atención domiciliaria. Esto requiere de desarrollos normativos, para garantizar el acceso seguro y de calidad a los medicamentos para los pacientes frágiles y vulnerables y para los pacientes crónicos complejos, desarrollos normativos en los que queremos participar para conseguir la mejor atención farmacéutica. Otra de las necesidades de los pacientes, que antes ya les mencionaba, es poder acceder a su medicación en la farmacia sin tener que desplazarse sin sentido al hospital cuando se trata de un medicamento que no requiere un control clínico, hablamos de esos medicamentos para la artritis reumatoide, para la psoriasis, para el lupus, para la colitis ulcerosa, para tantas y tantas enfermedades que se encuentran en esta situación. En los últimos años los españoles han perdido, hemos perdido, accesibilidad a estos medicamentos y, con ello, igualdad sanitaria efectiva. Y esto ocurre porque, señorías, 3 de cada 4 principios activos, es decir, el 72 % de los nuevos medicamentos, los más innovadores se dispensan en los hospitales por razones económicas, y no clínicas, como debieran ser según la legislación que tenemos. Busquen las fórmulas que tengan que buscar, pero no hagan desplazarse inútilmente a los ciudadanos. Hay estudios que analizan cómo perjudica esta situación a los pacientes en su vida diaria, penalizándoles con desplazamientos innecesarios cuando tienen una farmacia debajo de su casa, medicamentos que, si están en las farmacias para la dispensación fuera del Sistema Nacional de Salud, no tiene sentido, señorías, esto no ocurre en ningún otro país europeo.

En esta pandemia ha sido necesario poner solución rápida a este problema y lo hicimos, y lo hicimos dotando de un protocolo para la coordinación entre los farmacéuticos de los hospitales y los farmacéuticos de farmacia, consiguiendo que los pacientes se beneficiasen en ciertas comunidades autónomas que los pusieron en marcha. Hemos evitado desplazamientos, contagios, presión hospitalaria, costes añadidos al Sistema Nacional de Salud, pero, lo más importante, hemos garantizado que el medicamento llega siempre a través de un farmacéutico, porque el medicamento no es un bien de consumo es un bien esencial para la salud que no puede ser tratado como cualquier mercancía, mandándole por transportes que se puedan romper, por ejemplo, tan sencillo, la propia cadena del frio, y, además, es un bien sanitario que requiere de una atención farmacéutica en su dispensación, así durante esta pandemia ya se han beneficiado 7000 pacientes teniendo estos medicamentos en sus farmacias.

Pues piensen, ¿se podrían imaginar la cantidad de pacientes que se podrían beneficiar de este servicio si esto lo normalizásemos? Y otro ámbito de actuación importante es la atención en los centros sociosanitarios a los que tanto ha afectado esta crisis, es muy importante integrar a los farmacéuticos en los protocolos sociosanitarios con programas de atención farmacéutica, con acciones muy concretas, con servicios a los pacientes que están en estos centros, en su mayoría pacientes crónicos y pacientes complejos y que verían enormemente mejorada su calidad de vida con esos seguimientos fármaco-terapéuticos de sus tratamientos y con la revisión de sus medicaciones y, por supuesto, todo esto de la mano de los pacientes con programas específicos, en los que actuemos de forma coordinada profesionales de la primaria, de la especializada y de los servicios sociales. En definitiva, señorías, si se integran las farmacias con las estructuras de atención primaria daremos más capacidad asistencial al sistema sanitario en

todo su conjunto, un sistema que será más ágil, más eficiente y más eficaz; tanto económicamente como sanitariamente.

Y un segundo eje, que es la integración de la farmacia en las políticas de salud pública, como les decía anteriormente. Un eje en el que proponemos en primer lugar, participar en ese desarrollo de la ley de salud pública. En segundo lugar, incluir a los farmacéuticos en los estudios epidemiológicos y en los sistemas de vigilancia epidemiológica. En tercer lugar, integrar a los farmacéuticos en las estrategias de salud pública. Y, en cuarto lugar, integrar a la farmacia en las estrategias de vacunación.

No sé cuántas personas pasaran por este Congreso de los Diputados cada día, pero sí sé que las farmacias atienden a 2 300 000 personas todos los días, esto es tanto como si, cada día, toda la población de Albacete, Ávila, Badajoz, Burgos y Cáceres, por ejemplo, entraran por la puerta de las oficinas de farmacia, ¿hay algún otro establecimiento sanitario que tenga esta capacidad de llegar a la población? Yo creo que no, señorías, diría que no lo hay, las farmacias son polos de información, sensores sanitarios, que, al igual que realizan una labor fundamental en la farmacovigilancia, pueden hacer mucho más en la vigilancia epidemiológica.

Por eso es esencial nuestra participación en el desarrollo de la Ley General de Salud Pública, porque, como red de inteligencia sanitaria, podemos hacer una labor muy importante siempre, y especialmente ahora. Por ejemplo, incluir a las farmacias en el sistema de vigilancia epidemiológica, a través de la creación de una red nacional de farmacias centinela, multiplicaría de esta manera su capacidad actual. O la integración en las estrategias de salud pública, como venimos pidiendo desde hace años. La inclusión de la farmacia en estas estrategias dotaría a España de una de las redes sanitarias más importantes de Europa, como aliados en todos los

que son los programas de cribados, de detección precoz o de educación sanitaria.

Y pasamos a un tercer eje, en el que integramos a la farmacia en la transformación digital de la sanidad y en él, con una serie de propuestas concretas. En primer lugar, conseguir un modelo de trabajo más innovador que permita trabajar de forma coordinada y de forma integral. En segundo lugar, disponer de un historial fármaco-terapéutico completo y único. Integrar a los farmacéuticos y las farmacias en las estrategias de transformación digital de la sanidad. Y, en cuarto lugar, promover un plan nacional para la seguridad del paciente en internet.

Y, para todo ello, debemos pasar de la actual conexión de las farmacias al sistema sanitario a un modelo de digitalización que nos permita trabajar de forma coordinada dentro de los equipos de salud. Somos una referencia en Europa y lo hemos demostrado en estos meses, actuando, como les decía antes, con máxima celeridad, con modificaciones en receta electrónica para que los ciudadanos no fuesen a los centros de salud, facilitando, por otra parte, las renovaciones, flexibilizando las caducidades y eliminando los visados. Hemos trabajado codo con codo con las organizaciones colegiales de las profesiones sanitarias hermanas, con los médicos, con los dentistas, con los podólogos; haciendo un gran esfuerzo en un tiempo absolutamente récord para habilitar versiones simplificadas de las recetas electrónicas privadas y de las mutualidades. Tenemos una red farmacias perfectamente conectadas entre sí y con el sistema sanitario, una conexión que debe pasar de ser, únicamente administrativa, como es ahora, a un modelo más innovador que permita trabajar de forma coordinada e integrada con el resto de los profesionales, un modelo que haga posible compartir un historial fármaco-terapéutico completo y único, de forma que médicos y farmacéuticos tengamos la información sobre la medicación de los pacientes.

Una propuesta que estamos liderando y que, por cierto, fue también defendida por mi colega Serafín Romero, presidente de la OMC, la semana pasada en su comparecencia en esta Comisión. Si logramos esto señorías, si logramos esto, daremos un gran paso en algo que es vital para los pacientes, la continuidad asistencial.

Cuenten con nosotros en la elaboración de ese libro blanco de la transformación digital del Sistema Nacional de Salud anunciada por el Ministerio de Sanidad, y acepten nuestras propuestas de hacer un plan nacional para la seguridad del paciente en internet, que evite la venta ilegal de medicamentos, las falsificaciones y que controle la publicidad engañosa, los bulos y la desinformación en este medio, en internet.

Y un cuarto y último eje, que es esencial para todo lo anterior, garantizar la viabilidad de las farmacias por su labor sanitaria, por su labor social y de cohesión territorial, en especial las situadas en las zonas más frágiles, más despobladas y más deprimidas. Porque garantizar esta viabilidad de la farmacia es garantizar la igualdad y la equidad sanitaria, concretamente nuestras propuestas en este ámbito son: en primer lugar, asegurar la viabilidad económica de las farmacias para que puedan seguir desarrollando una labor sanitaria esencial para la población. En segundo lugar, integrar a la red de farmacias en los protocolos de servicios sociales. En tercer lugar, concertar servicios sociales y sanitarios a través de la farmacia comunitaria para colectivos vulnerables. Y, en cuarto lugar, incluir a la farmacia en las políticas y programas de la Agenda 2030 de Naciones Unidas.

Como ven ustedes, toda una batería de acciones sociales que, sin duda, requieren de la sostenibilidad de las farmacias en el marco de un sistema sanitario sostenible. Ya sé, porque les he seguido a ustedes en esta comisión, ya sé que hay voces que dicen que España tiene, y voy a utilizar la terminología que se emplea, un excesivo gasto farmacéutico por encima de

otros países europeos. No es verdad señorías, es una de las tantas noticias falsas que, de ser tantas veces repetida como un mantra, uno acaba creyéndose, solo unos datos que muchas veces son desconocidos o, incluso manipulados, cuando se habla de esa inversión pública o de ese gasto público en los medicamentos de los ciudadanos, un concepto que debiéramos cambiar, porque, como les digo, a mi lo del gasto me parece que es una inversión en salud, esa inversión en salud de los medicamentos.

Para empezar, cuando hablamos de gasto público en medicamentos hay que distinguir, que es muy importante, entre medicamentos de dispensación ambulatoria, es decir los medicamentos que se dispensan en las oficinas de farmacia, y el gasto de medicamentos hospitalarios. En España, uno de los países más envejecidos de Europa, que esto es importante, el gasto de medicamentos de dispensación ambulatoria, los de farmacia, se sitúa hoy un 11 % por debajo de la media europea, y está en los niveles del año 2006, y esto en el segundo país, como les digo, de la OCDE con mayor esperanza de vida al nacer, tenemos los medicamentos con los precios más bajos de Europa, un ejemplo, que les traigo aquí, y que todos vamos a entender y que seguro que nos va a hacer pensar:

Miren señorías, el tratamiento de un paciente para la prevención de un accidente cardiovascular, con un historial de infarto de miocardio, y en el que se le administra un medicamento para el colesterol, como una simvastatina, un antihipertensivo, como es un enalapril y un antitrombótico, como es el ácido acetilsalicílico, tiene un coste mensual de 3,65 euros, mientras que las 2 horas del parking que tendré que pagar al salir de esta Cámara, en una ciudad como esta, son 4,70, 2 horas de parking, un 30 % más. Señorías, estamos hablando de medicamentos y de la salud de los ciudadanos una partida de gasto que es una inversión que ahorra otros costes, a propósito, mucho más caros y que además les digo, en el caso de la

farmacia ambulatoria es la partida más eficiente, más clara y más controlada de todo el gasto sanitario. La pregunta que nos debiéramos hacer es, si aplicamos el mismo control al resto de las partidas sanitarias, como, por ejemplo, el gasto de medicamentos hospitalarios, ¿mejoraríamos la eficiencia del sistema? creo que la repuesta es evidente.

Por eso debemos saber que la farmacia es un modelo eficaz, un modelo eficiente y que contribuye al progreso económico, es un motor de empleo, señorías, un motor de empleo muy estable, muy cualificado, mayoritariamente femenino y joven, que genera 210 000 puestos de trabajo, de los cuales 90 000 son puestos directos, y un aliado sanitario y social imprescindible que contribuye al bienestar de la población. Por tanto, poner en riesgo la sostenibilidad de la farmacia es poner en riesgo la existencia de los ciudadanos. Proponemos también integrar a la red de farmacias en los protocolos de servicios sociales, lo que multiplicaría su capacidad de atención a colectivos vulnerables o en riesgo de exclusión social, y a personas dependientes. Deben saber señorías que, si cuentan con las farmacias, los servicios sociales incorporarían a su red 22 000 establecimientos sanitarios y 52 000 sanitarios aliados para llegar a cualquier parte del país, incluso a lugares en riesgo de severa despoblación. La farmacia es un agente social de primer orden, formamos parte del pacto de Estado Contra la Violencia de Género desde el año 2018 y, además, en esta crisis nos dimos cuenta de la importancia de ayudar a estas víctimas y pusimos en marcha la iniciativa Mascarilla19, para que las mujeres que se encontraban en una situación de peligro se acercasen a la farmacia y, solo con decir “Mascarilla19”, el farmacéutico activase los servicios de emergencia y sociales, habitualmente era el 112, dependiendo de la comunidad, garantizando en todo momento la máxima discreción y la máxima confidencialidad. Pero es que Mascarilla19 ha saltado las fronteras

y ha sido iniciativa que ha sido copiada por otros países, como Francia, como Noruega, como Chile, como Argentina. Además, el arraigo territorial de la farmacia facilita la detección de situaciones de riesgo, y, por eso, hemos colaborado con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, alertando de pacientes que no retiraban su medicación y que podían estar en peligro. Un arraigo que no tiene ningún otro servicio. Piense que dos de cada tres farmacias españolas están ubicadas fuera de las capitales de provincia, tenemos 1208 en municipios de menos de 500 habitantes, 2128 farmacias en municipios de 1000. Señorías, como les decía, la farmacia llega donde no llega nadie

Y, por último, como miembros del Pacto Nacional de Naciones Unidas desde el 2008, estamos trabajando para que la farmacia forme parte activa de los programas de la Agenda 2030 para mejorar y avanzar de manera conjunta hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible. En definitiva, se trata de una amplia agenda de importantes temas pendientes, de asuntos sanitarios y sociales que son cruciales para el futuro y en los que potenciar a la farmacia puede significar la diferencia entre el fracaso y el éxito. Tenemos el deber y tenemos la responsabilidad de conseguirlo, una responsabilidad que los farmacéuticos asumimos como profesionales, porque, como les hecho al principio de mi intervención, no se puede reconstruir el sistema sanitario y la salud pública sin nosotros y sin la farmacia.

Señorías, aquí estamos, somos partes de la vida de los ciudadanos y queremos ser partes de las soluciones que aquí se acuerden. Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Aguilar.

A continuación, comenzamos el debate, si les parece, como hicimos el otro día, en la primera jornada. Cito a todos los grupos, independientemente que están o no están, por Teruel Existe, por el Partido Regionalista de Cantabria, por Foro, por Unión del Pueblo Navarro, por Nueva Canarias, por Coalición Canaria, por Candidaturas de Unidad Popular, por el grupo Euskal Herria Bildu.

Gracias.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Buenos días.

Señor Aguilar, quiero que trasmita a todo el colectivo de farmacéuticos, mancebos, mancebas, trabajadores, trabajadoras de farmacia la solidaridad las gracias por la entrega que han tenido durante este periodo y en general un recuerdo a todos aquellos establecimientos de los pequeños pueblos y de la pequeña farmacia. Muchas gracias por su intervención, yo creo que, si alguna cosa nos ha puesto, a la luz ha sacado esta crisis ha sido la necesidad de la coordinación, la necesidad de la complementarización y ha sacado a la luz lo importante de que todos, y todas, somos agentes de salud, y en ese sentido la farmacia es un elemento importantísimo.

No quiero alargarme, ¿tienen ustedes hecho algún trabajo por procesos? En este momento, si algo ha dejado claro la necesidad de coordinación es la necesidad de complementariedad y coordinación en procesos, procesos de alta hospitalaria, por ejemplo, todo el tema de la medicación, la descoordinación, incluso en aquellos sitios donde existen ya grados de informatización importante, pero que el alta hay que darla con prisa, con urgencia, incluso hay descoordinación en el mismo alta. Pues entonces, fíjese, si hay descoordinación dentro del hospital, que no va a haber dentro de los servicios comunitarios de salud, etcétera. Tienen, dentro de esa

propuesta de integración comunitaria, cara a este diagnóstico que estamos elaborando, ¿no tendríamos que hacer un diagnóstico en ese sentido?

Ahí es uno de los temas que me surge esa duda y no sé hasta qué punto lo tenemos analizado, porque en esta crisis del COVID hemos visto que realmente ahí tenemos unos procesos de descoordinación que se han agravado en estos momentos y donde la descoordinación, por ejemplo, en el servicio de medicina, médicos, enfermeras de referente, el servicio de farmacia. Bueno, todos estos elementos, de alguna manera me han llegado varias ondas en las que tendríamos que ir por procesos para intentar determinarlo y organizarlo lo mejor posible.

No voy a hacer otra pregunta porque creo que es cara a la solución, lo que nos ha puesto la crisis es precisamente subrayar elementos de ruptura y donde no ha funcionado.

Simplemente, agradecerle una vez más el papel que están haciendo y, en el futuro, lo que nos corresponde para poder mejorar este sistema.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias presidenta, gracias presidente.

Gracias por todas las explicaciones dadas y también nuestra gratitud como grupo a todo el colectivo por ese trabajo que, a lo largo de todos estos meses críticos, han tenido que hacer en las oficinas de farmacia, han sido una de las referencias para muchísima gente en la calle, esas personas que trabajan en las farmacias han sido ese punto de encuentro en las pocas oportunidades que se tenían para salir fuera y, por lo tanto, dar las gracias a todo el colectivo de personas que trabajan en el sector.

Nos ha facilitado un documento claro, concreto y conciso, “las tres ces”. Creo que es muy interesante y, además, con sus explicaciones lo ha ampliado en muchos aspectos. Este es un documento que va más allá de lo que sería ese plan de contingencia o respuesta que en el contexto de la pandemia se supone que vamos a dar y para lo cual se ha constituido el grupo de trabajo. Esto nos viene muy bien, porque es una hoja de ruta, no solo a corto o medio plazo, porque incluso a largo plazo plantean ustedes cuestiones francamente interesantes.

Se ha referido usted a alguna experiencia en concreto que se ha puesto en marcha en el País Vasco, de trabajo conjunto en ámbitos sociales, sanitarios y con las oficinas de farmacia comunitarias. Aquí, en el documento se hace referencia a otras colaboraciones que ha habido en el ámbito de los test rápidos del VIH, en el ámbito de las drogodependencias, tabaquismo, muchos programas muy interesantes, también en atención domiciliaria, con esos paquetes de adherencia para garantizar adherencia a los medicamentos.

Pero bueno, como usted lo ha explicado de forma muy extensa y tenemos este documento haré unas preguntas concretas en el contexto de la pandemia.

Medicamentos, ¿cuáles han sido los problemas que han tenido y problemas que ustedes consideren que puedan tener en relación con el desabastecimiento de fármacos y qué medidas se podrían adoptar para responder a ese problema? A lo largo de estos meses hemos visto que las farmacias había algunos productos, medicamentos y otros productos sanitarios, que escaseaban cuales han sido los problemas más críticos y qué medidas se podrían adoptar para evitar eso en un futuro. Las reservas estratégicas es otro de los temas que en este momento están encima de la mesa de los gobernantes, ¿qué hacer? ¿de qué productos se deben tener reservas estratégicas? En ese ámbito de las reservas estratégicas ¿cuál podría

ser el rol, o la colaboración, que las oficinas de farmacia podrían tener con las administraciones públicas que se están preocupando por abastecerse de esos productos sin que, en el futuro, tengan que verse en la situación que se han visto ahora, tanto las administraciones públicas como ustedes, adquiriendo productos en mercados salvajes, donde los precios nada tenían que ver con unos precios de venta y de adquisición de productos normalizados? ¿cómo pueden ustedes colaborar para evitar la situación a la que nos hemos enfrentado durante estos meses?

Respecto a las mascarillas, es un producto que no es sanitario, no tiene la consideración de tal, un producto que ha venido para quedarse, al menos durante algunos meses y además su uso va a ser obligatorio. ¿qué opina usted?, ¿debería dársele tratamiento a alguna mascarilla en concreto de producto sanitario, para que pudiera adquirirse, tal vez, en oficinas de farmacia, garantizando la calidad del producto y, además, permitir que pudiera haber algún tipo de políticas públicas para favorecer el acceso a esas mascarillas reconocidas como producto sanitario a aquellas personas que menos recursos tengan, aquellas personas que, por prescripción médica, la tuvieran que tener continuamente? No sé si en esto nos podría aportar algún posicionamiento concreto.

Y, por último, en relación con el reciclaje. Las mascarillas son unos productos que no sé si son de fácil reciclaje, intuyo que no, parece que no, guantes, batas, se está generando mucho producto que habrá que ver cómo se recicla. No sé si las oficinas de farmacia podrían colaborar, de alguna forma, también con esa recogida de esos productos, con toda la cadena de reciclaje, no sé si ustedes lo están analizando ya. Tal vez si, tal vez esté resuelto, es una duda que me surge y se la planteo.

Sin más, gracias por todas las explicaciones dadas.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Muchas gracias presidenta.

Muchísimas gracias señor Aguilar por sus interesantes aportaciones en este grupo de trabajo. Es esencial que la farmacia forme parte de la reconstrucción.

Lo primero quería mostrar mi más sincero agradecimiento al trabajo que han realizado todos los profesionales de farmacia. Durante esta pandemia han sido una parte más de atención primaria, el ciudadano veía una bata y entraba porque, además, el establecimiento estaba abierto. También condenar que, desde un inicio, no se considerara personal sanitario al personal de farmacia. Coincido prácticamente al cien por cien en su diagnóstico y pensamos que su colectivo tiene que salir reforzado de esta terrible crisis, porque, cuando vienen mal dadas, están ahí.

Desde el ánimo constructivo que creemos debe imperar los trabajos de este grupo de trabajo, le voy a plantear algunas cuestiones que nos han surgido a raíz de su exposición.

En cuanto a los datos de contagio, los ha dado usted al principio, y de fallecidos, creo que habría que insistir un poco en ellos, que nos diera los datos reales que tienen ustedes de contagio y de fallecidos, porque creemos que no se ha hablado lo suficiente de las personas, de los profesionales que hemos perdido en el ámbito farmacéutico.

En cuanto a los suministros, EPI y productos farmacéuticos, otra portavoz ya lo ha dicho ¿cuál es la situación de abastecimiento del propio colectivo? Y ¿en qué situación nos encontramos en este momento?

Otra pregunta, ¿cree necesario que se establezca un fondo de reserva de material sanitario de protección para la lucha contra el COVID, también para el ciudadano?

Es cierto que el confinamiento nos ha llevado a un lógico aumento del comercio electrónico, en farmacia no ha sido ajena a ello, pero también sabemos que los productos farmacéuticos están restringidos los que tienen como preceptiva la receta médica. Por lo tanto, con las medidas de seguridad que actualmente tenemos ¿cree usted que tiene sentido esta prohibición ahora mismo?

Y después, el Gobierno, a raíz de una petición de mi Grupo Parlamentario Ciudadanos, consideró a las farmacias comunitarias como locales sanitarios, en términos de riesgo, ¿ha sido efectiva dicha consideración?

Y, por último, ¿cómo podría producirse la integración de la farmacia comunitaria en la operativa de atención primaria y de salud pública? ¿podría ser inmediata o necesitaría un desarrollo normativo?

Sin más, ofrecerle el grupo de Ciudadanos, nuestro grupo parlamentario, para hacer nuestras sus reivindicaciones, sobre todo en continuidad asistencia, nos ha parecido muy interesante y reiterarle que transmita a todo el colectivo nuestro más sincero agradecimiento, muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

Tiene la palabra Junts per Catalunya.

La señora **CAÑADELL SALVIA**: Buenos días presidenta, gracias presidente.

Doy fe de muchas de las cosas que ha dicho respecto a los farmacéuticos, yo soy alcaldesa de un pueblo pequeño, y puedo decir que, a parte del sacerdote, el médico y la alcaldesa ya viene el farmacéutico con la atención que tiene a sus usuarios y que, muchas veces, creo que hacen pedagogía sanitaria. Mi pregunta es ¿cómo han vivido dentro del sistema farmacéutico el no haber tenido consenso científico? eso ha generado, a veces, confusión en la población, por ejemplo, en el uso de la mascareta, o mascarilla, primero sí, luego no, ahora es obligatoria. También me gustaría saber, como han preguntado otros de mis compañeros que me han precedido, sobre el problema del acopio de material. Inicialmente, creo que los farmacéuticos, o no han sido suficientemente claros desde el Gobierno en decir que se tenía que hacer acopio de cierto material, luego este material en los mercados ha sido un poco salvaje el ir a encontrarlo y, también, los problemas que se han derivado de distintos precios, que luego se han regulado, ¿cómo lo han vivido ustedes?

Felicitarlos por el tema de la atención domiciliaria, porque sí es cierto que, no sé si en las grandes ciudades, pero sí en muchos pueblos, ha facilitado el que esos vecinos con cierta vulnerabilidad no tuvieran que salir a las calles innecesariamente.

Agradecerles todo lo que hacen por nosotros, muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias.

Tiene la palabra el grupo parlamentario confederal de Unidas Podemos-En Comú-Podem-Galicia en Común.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Hola, buenos días.

Bienvenido señor Jesús Aguilar. No sé si lo ha dicho usted, lo tengo yo aquí anotado que tenemos una red de 22 000 farmacias comunitarias, de las

cuales 5300 están en el ámbito rural, ¿ese dato no es así? ¿las rurales no? No, no, es que no sabía si lo tenía usted o lo había dado yo. ¿Son más? Son más, rurales.

La señora **PRESIDENTA**: Si le parece continúe y luego…

La señora **MEDEL PÉREZ**: Era por introducir a la cuestión rural, no se preocupe. Pensamos, es que, uno de los temas que ya se ha planteado, porque claro es repetición de preguntas ¿no? El problema del desabastecimiento de medicamentos, que es un problema que viene no de ahora, porque no tiene nada que ver con la cuestión de la pandemia, es un problema que viene ya de años y que, como usted conoce bien también, habría, por lo menos para el caso de ciertos principios, una alternativa posible para este problema como, de hecho, en día, como puede ser el Centro Militar Farmacéutico, la producción, de Colmenar Viejo, que está fabricando, a partir de antisépticos, paracetamol o antivirales como la ribavirina.

Le preguntamos qué le parece a usted, cómo ampliar la producción, la fabricación de esos principios esenciales, sin modificar la dinámica actual de distribución y venta. ¿Qué les parece a ustedes? ¿cómo se podría compaginar eso?

En cuanto a las farmacias rurales, que es por lo que decía, creí que era ese el dato, conocemos pues que hay un problema de despoblación y de envejecimiento poblacional, y que, farmacias comunitarias del ámbito rural que cierran, probablemente por no ser rentables. ¿Cuál sería para usted una alternativa a corto plazo, a medio plazo?

Y la otra cuestión es que en la pandemia del COVID-19, si hay un rebrote, en otoño o, incluso, puede que antes, ¿ustedes qué podrían aportar

más? ¿qué planteamiento tienen más de lo que han aportado ahora que están más organizados? ¿qué le parece a usted?

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Por el grupo parlamentario Vox.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Buenos días.

En primer lugar, agradecerle a usted, por serlo, y a todas las farmacias, ya que usted las representa, la admirable labor y el admirable ejemplo de servicio a España que han realizado todos. Mi recuerdo a los farmacéuticos que han sido contagiados, e incluso algunos de ellos que han muerto como consecuencia de estar al pie del cañón en esta enfermedad y, desde luego, mi emocionado recuerdo y bueno, mi pequeño homenaje desde aquí hacia ellos. También, un reconocimiento a los dispensadores de medicamentos e innovadores también en los hospitales, que también son un servicio farmacéutico muy importante que durante las grandes enfermedades desconocidas como estas pues ejercen una labor impagable, heroica y absolutamente admirable de servicio a España.

Quiero aprovechar, antes de hacer las preguntas que van a ser muy breves, mi primera intervención hoy aquí en esta Comisión, en lugar del doctor Steegmann, para poner de manifiesto nuestro estupor por cómo se están llevando muchas de las convocatorias y comparecencias de esta Comisión de la Reconstrucción, que dado el sectarismo con el que se están manifestando los representantes de los partidos de izquierdas en el bloqueo de cualquier iniciativa que puede romper el relato que están tratando de crear para evitar las eventuales responsabilidades penales de este Gobierno por su gestión negligente en la gestión del virus chino podríamos llamar que ya va a ser prácticamente la comisión de la verdad del Gobierno o la comisión de

la reescritura de la historia, pero quiero dejar bien claro que no se preocupen porque, desde luego, en Vox vamos a hacer que no se olvide nada de lo que ha pasado, y que todos los responsables de esta gestión irresponsable entre comillas y que el criminal paguen ante los tribunales la apuesta por su agenda ideológica frente a la apuesta por la salud de los españoles, que ha costado prácticamente 50 000 muertos, miles de contagiados y ya sabemos, desgraciadamente cuál es la historia, independientemente de las conclusiones a las que llegue esta comisión.

Por todo eso quería en primer lugar preguntarle, que es una pregunta general para todos los comparecientes que hacemos desde Vox, si ha actuado como asesor del gobierno de algún ministerio o de algún organismo que dependa de ellos en la gestión esta pandemia. Otra pregunta, si están de acuerdo en que el Gobierno no les haya considerado profesión de riesgo para la COVID mientras que Vox ha hecho, precisamente, una proposición no de ley para que los fueran y fueran considerados como tales. Otra pregunta, si ha habido incrementos significativos en el uso de opiáceos para combatir el dolor o la sedación. Cuarta pregunta, si ha habido incrementos significativos en el uso de fármacos psicotrópicos para combatir el dolor o para la sedación. En quinto lugar, si cree que la fijación de precios máximos ha producido el desabastecimiento de mascarillas. En sexto lugar, si están de acuerdo, como nosotros hemos manifestado, en que las mascarillas deben ser financiadas, total o en parte, por el sistema nacional de sanidad mientras dure la epidemia. Y, en séptimo lugar, si sabe cuántos farmacéuticos hospitalarios y de oficina han sido infectados. Nosotros lo hemos preguntado, pero de momento nadie nos ha dado respuesta y creemos que es una cosa interesante aparte de también para reconocerles su trabajo.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. A continuación, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **GAMARRA RUÍZ-CLAVIJO**: Muchas gracias presidenta.

En primer lugar, nuestras primeras palabras son de recuerdo para la memoria de 19 farmacéuticos que han fallecido durante toda esta pandemia, y también para mandar apoyo a los 493 que se han contagiado sirviéndonos a todos los españoles desde sus establecimientos y desde esa cruz verde de la que hablaba el presidente. Yo creo que hay algo que es importante también hoy aquí y es, aparte de ese recuerdo para todos aquellos farmacéuticos que nos han dejado, el reconocimiento a la labor que han llevado a cabo los profesionales sanitarios del ámbito de la farmacia durante estos tres largos meses, y que siguen haciendo. Pero no solo el reconocimiento diario, sino a una capacidad de innovación y de adaptación, que ha sido muy positiva para todos y que, sin duda alguna, ha permitido que se pudieran superar situaciones muy concretas.

Hacía usted referencia al modelo español de ordenación farmacéutica. Para nosotros, si nos lo permite, es un sistema de éxito y algo que debiéramos proteger. Es un sistema único en el mundo, y, a veces, tenemos la tentación de no proteger aquello que es único, que funciona y que es un modelo para el resto de los países, que lo tenemos aquí y que lo debemos de cuidar. Y que lo debemos de cuidar, fundamentalmente por tres aspectos, por la equidad, por la igualdad y por la cohesión territorial que nos permite tener el modelo que entre todos hemos construido.

Hacía usted referencia a la necesidad de que la farmacia esté presente tanto en la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud como en todo lo que tenga que ver con la salud pública, desde el Partido Popular compartimos ese planteamiento, solo podremos fortalecer el Sistema Nacional de Salud

que tenemos si contamos también con el modelo, nuestro sistema de farmacia comunitaria. Además, cuando hablamos de una agencia española de salud pública tenemos también que tener presente el papel que pueden desarrollar los farmacéuticos en el mismo.

Yendo a algunos de los aspectos más concretos durante la pandemia, por establecer alguna serie de bloques, nos gustaría saber si ha existido falta de equipos de protección durante el desarrollo de la misma, cómo los han solventado y qué obstáculos han tenido para poder llevar a cabo por parte del colectivo las labores de adquisición de esos equipos de protección.

Por otro lado, nos consta que durante la pandemia se han llevado a cabo ofrecimientos por parte de los farmacéuticos, por ejemplo, para la elaboración de geles hidroalcohólicos, no sé si al final ese ofrecimiento y ese planteamiento pudo materializarse o si no pudo llevarse a cabo y si conoce las causas.

Otro de los aspectos importantes tiene que ver no solo con lo que ha pasado, sino con la necesidad de que tengamos una estrategia nacional para rebrotes, afrontando lo que puede ocurrir dentro de unos meses, y, sin duda alguna, que estemos preparados para ello. Usted nos ha contado algunos de los programas que, de una manera muy rápida, han impulsado y han puesto en marcha. Si hay alguno más que entiende usted que sería positivo que, de cara a esa estrategia nacional para rebrotes, se pudieran implementar y que ya tengan diseñado y que quiera darnos a conocer.

Por otro lado, en cuanto a las reservas estratégicas, efectivamente otra de las iniciativas que nosotros, como partido, dentro de lo que entendemos que tiene que ser un pacto por la sanidad y que nuestro presidente ha llamado el pacto Cajal, ¿qué papel tendría que tener, en esas reservas estratégicas, las oficinas de farmacia? Si hay algún aspecto que ustedes nos pueden aportar.

Algunas cuestiones muy concretas. Le planteábamos una iniciativa, que es una agencia nacional de salud pública y la posibilidad de la colaboración de la red de farmacias que han hecho ustedes, en algún momento, alusión a una red nacional de farmacias centinela de salud pública. Si nos pudiera explicar un poco más cómo se podría establecer esa red nacional de farmacias centinela y qué papel podrán desarrollar para implementar y para apoyar una agencia nacional de salud pública.

En cuanto al ámbito rural, sin duda alguna hablaba de cohesión territorial, porque nuestra compañera alcaldesa lo dejaba muy claro. En estos momentos hay más de 858 farmacias que se encuentran en una situación de viabilidad económica comprometida. A nosotros nos gustaría conocer qué decisiones que puedan adoptarse, que puedan estar en la agenda política en estos momentos, y pudieran afectar de una manera directa a la viabilidad económica comprometida de esas oficinas de farmacia. Entendemos que una de las decisiones, o de las políticas, mirando hacia adelante, que hay que adoptar son mecanismos que garanticen que esas 858 farmacias, o las que puedan entrar en ese escenario de dificultades, estén protegidas para garantizar esa cohesión territorial.

Nos gustaría saber dos cuestiones más en relación a la opinión que tiene el colegio. Una de ellas es sobre la subasta farmacéutica, si consideran que es un mecanismo positivo, o no, y, si no es positivo, cuáles son los perjuicios que genera al final al sistema la subasta farmacéutica. Y, en relación a algunas de las modificaciones legislativas que se están planteando, conocer el parecer que tiene el consejo en relación a la disposición final tercera, a cuyo borrador hemos podido acceder, que modifica algunos artículos de la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios, si conocen el contenido de las propuestas que se plantean en el Real Decreto Ley de Medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para

hacer frente a la crisis sanitaria, que tiene previsto aprobar el Gobierno, si se ha hablado con ustedes y si comparten los planteamientos que en el mismo se hacen en relación a la farmacia comunitaria.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

A continuación, tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias. Buenos días, bienvenido, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos a este Grupo de Trabajo de Sanidad y de Salud Pública que pertenece a la Comisión de Reconstrucción Económica y Social de España.

Aquí venimos con el ánimo de construir, España entera nos está mirando y nuestra responsabilidad es buscar y acordar los pilares básicos sobre los que construir. Aquí nos encontrarán a este grupo, que en este momento represento, al grupo socialista.

La farmacia es una profesión que conozco bien y quiero expresar, sobre todo, mi sentimiento más profundo por la pérdida de vidas humanas, entre las que se encuentran mis compañeros de profesión, los farmacéuticos, algunos, incluso, personas bien conocidas. Quería trasladar mis condolencias a sus familias y también el ánimo a todos los afectados y que están en este momento sufriendo esta enfermedad. Quiero también darles la enhorabuena, como profesión sanitaria que son, por el premio Princesa de Asturias, que viene a reconocer su aportación especial en esta pandemia, junto con otras profesiones sanitarias hermanas. Quería manifestar, también, nuestra enhorabuena por la iniciativa Mascarilla19 y quería también, antes de pasar a algunas cuestiones, agradecer el trabajo de la farmacia, de sus profesionales, tanto farmacéuticos titulares, farmacéuticos adjuntos, técnicos

y auxiliares, y, cómo no, resaltar el papel de la distribución farmacéutica que ha permitido que todos los ciudadanos tengamos acceso a los medicamentos necesarios y prescritos por los médicos.

Voy a ser breve en las cuestiones porque quería que se parase y profundizase en algunas de las que le voy a hacer mención.

La primera es que, en su ámbito de actuación y de trabajo, ¿cuáles son algunas prioridades que usted nos podría proponer en la época post-COVID que viene?

En cuanto al papel de los pacientes, una vez pasadas las semanas y los meses más duros de esta pandemia, ¿cómo cree que debe ser el papel de los pacientes? ¿de qué manera se puede, desde las farmacias, promover el autocuidado y la autonomía de los pacientes? ¿qué ventajas nos plantean las tecnologías al respecto?

Y, ya para terminar, si nos podría explicar con más detalle, cómo ha sido y cómo debe de ser la dispensación domiciliaria y qué requisitos se deben señalar.

Y ya finalizo, agradeciéndoles esa iniciativa, que conozco se trabajó desde el Consejo General de farmacéuticos con el Gobierno de España.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

Señor Aguilar tiene muchas preguntas.

El señor **AGUILAR SANTAMARÍA** (presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos): Si, bueno voy a ver si soy capaz. Voy a intentar hacerlo de manera un poco telegráfica.

En primer lugar, el tema de los procesos es importantísimo. ¿Experiencias que tenemos? Pues experiencias de trabajos que hemos

realizado entre la farmacia hospitalaria y la farmacia comunitaria, porque empezamos a ver cuál era la diferencia que había entre esas medicaciones al alza, es cuando el ciudadano llega a la primaria. Pues mire, nos salieron resultados de hasta un 85 %, no había compatibilidad entre los tratamientos que se habían hecho a nivel hospitalario con el nivel primario. Esto es una de las cosas que a nosotros nos preocupa, y por eso, toda esa integración que tenemos que tener en el sistema sanitario, y, sobre todo, en todo lo que es la parte de la atención primaria. Todo el trabajo que se puede desarrollar desde las farmacias. Porque, solamente si existe esa integración, el farmacéutico, que es ese experto en el medicamento, puede aportar muchísimo en esa adherencia, que también decía otra de sus señorías, porque siempre lo hemos tenido pendiente en nuestra sanidad. No hemos dado ese avance, nos hemos quedado en las partes económicas, que todo fenomenal, porque es verdad que tenemos que intentar tener los medicamentos más baratos y que todas estas cosas, pero, tenemos que ser capaces de darnos cuenta de que detrás de todas estas cosas tenemos a unos ciudadanos. A mí no me gustaría que a mi madre o a mi padre le prescribiesen medicamentos en base a una subasta de medicamentos. No sé si a sus señorías les parece que hoy, a una persona con 85 años, le cambiemos la simvastatina o el enalapril de un tipo de laboratorio a otro, y, dentro de tres meses lo volvamos a hacer. Yo creo que esto está dentro del sentido común. Por eso en esta casa, en el Parlamento, yo creo que es donde tenemos que decir a las administraciones, no ya de un signo o de otro: oigan ustedes, aquí lo que tenemos son pacientes, y tenemos que cuidar a los pacientes. Nosotros no trabajamos, desde el punto de vista farmacéutico, si no es con los pacientes. Tenemos que saber lo que quieren los pacientes, tenemos que poner en el centro del sistema al paciente.

Yo, no sé si en esta Comisión hay también, han venido o van a venir pacientes, la verdad es que no lo sé. Lo que nosotros sí hemos hecho ha sido

hacer un acuerdo con los pacientes, este que les hemos enviado a ustedes. Aquí nos dicen los pacientes lo que quieren desde el punto de vista farmacéutico, porque yo puedo querer una cosa, que está estupenda y me puede parecer fenomenal, pero son los ciudadanos los que tienen que decir oiga, que esto a mí sí que me sirve, pero que esto que usted está diciendo, pues a mí me sirve poco.

En cuanto al tema de los desabastecimientos, mire, si algo hemos hecho bien, todos, ha sido el control de los desabastecimientos en esta pandemia. Bajo mi punto de vista y, desde el punto de vista farmacéutico, es lo que se ha hecho bien. ¿por qué?, porque desde el día 13 de marzo la Agencia Española del Medicamento, Farmaindustria, AEMPS, la distribución farmacéutica y los del consejo general nos pusimos a trabajar para que no hubiese desabastecimientos, y lo hemos conseguido, porque cuando se da campo, se da vía a los que saben, ttienen el control de estas cosas, y se da participación, entonces todo es sumar, y aquí hemos sumado y lo hemos hecho muy bien. Ustedes imagínense, porque eran los datos reales, que en los primeros días hubo un medicamento que multiplicó por 7 las necesidades en la oficina de farmacia, pues no hubo desabastecimiento, no lo hubo. Y esto no es fortuito, esto es porque trabajamos todo el sector. ¿Qué es lo que nosotros reclamamos? Como aquí, aquí trabaja todo el sector, trabajan todos los grupos parlamentarios, esto es lo que tenemos que hacer, este es nuestro mensaje, esto es lo que nosotros pedimos.

Nosotros tenemos un problema en esto, y es que decimos, decimos, decimos, pero no somos capaces de llegar a sumar todos los abanicos parlamentarios. Porque miren, antes me preguntaban y nos preguntaban que qué nos parecía un decreto que, a mí, me ha llegado ayer a las 8 de la tarde, de estas filtraciones que hay muy a menudo de documentos, ¿no?, pues yo me he quedado asustado, porque no puede ser que en una situación como la

que tenemos en estos momentos, queramos cambiar, a través de un real decreto y a través de una adicional, una ley tan importante como la Ley de la Garantía, una ley que fue aprobada por todos los grupos parlamentarios. En la sanidad, todos ustedes tienen la obligación de ponerse de acuerdo. No podemos trabajar a base de reales decretos o a base de decretos, tenemos que trabajar con el acuerdo de todos los grupos parlamentarios, que es que es la sanidad. Es que si no lo hacemos de esa manera nos encontraremos los problemas que luego no encontramos. Este el mensaje que nosotros les queríamos transmitir en esta línea.

En el desabastecimiento, problemas puntuales, muchos problemas puntuales, pero todos esos problemas puntuales hemos sido capaces de arreglarlos entre todos.

Otra cosa, y en el otro polo opuesto, son las mascarillas, tema que, ustedes como comprenderán, es un tema tremendo. Miren, nosotros dijimos en su momento, hace muchísimo tiempo, casi a finales de marzo, que habría que hacer dos cosas, una, marcar precio, había que marcar precio, porque lo que se estaba dando lugar era a una cantidad de proveedores que salían de todos los sitios habidos y por haber, haciendo su agosto, así de sencillo, en estas situaciones, haciendo su agosto. Había que marcar precios, y había -que me preguntaba también otra señoría- que hacer llegar a los más vulnerables y a aquellas personas que lo necesitaban en un principio esas mascarillas a través de los sistemas de receta electrónica, que para eso los teníamos, y para eso teníamos la gran red de oficinas de farmacia. Tristemente ese precio se marcó, pero un mes o mes pico después de que nosotros lo solicitásemos, porque es que lo veíamos venir, que es que la mascarilla, independientemente de voy, vuelvo, vuelvo, torno iba a ser necesaria, no hacía falta más que ver la televisión para saber que era una medida de protección que íbamos a tener que tener todos. Por lo cual, ahí

teníamos un problema importante, y por eso solicitamos fijar el precio de la mascarilla. Sabrán ustedes que luego han venido más países europeos que lo han hecho detrás de nosotros, los italianos, los franceses, lo han hecho después, y este ha sido el tema con las mascarillas.

Y con las protecciones, bueno, si algo hay frustrante para nosotros en estos momentos es que no sabemos por qué hemos pasado de ser profesionales sanitarios por ley a no contar, nosotros no lo entendemos. Es que nosotros somos profesionales sanitarios por ley, no es de ayer, es que lo somos por ley desde hace mucho tiempo, pero ahora no contamos, todos esos 19 compañeros, esos 400 que me pedía su señoría, esos cuatrocientos noventa y tantos, 493 me parece, que son farmacéuticos que han pasado el COVID, de repente no son profesionales sanitarios. Pues mire, no, hay 11 profesiones sanitarias en España, no lo digo por los farmacéuticos, es que hay 11 profesiones sanitarias en España, lo dice la ley, no lo decimos nadie, lo que no entendemos es que tengamos que estar…, porque ¿ustedes se lo imaginan? que después de estar ahí al frente, después de estar, de ser los profesionales sanitarios que hemos estado cercanos a los ciudadanos, ahora además parezca que nos tenemos que hacer hueco. ¿Ustedes entienden esto? Nosotros es que no lo entendemos. Yo, cada vez que veo datos me pongo enfermo, porque claro, dónde están esos 19 farmacéuticos que han fallecido, dónde están.

Más temas que ustedes me han ido preguntando, sobre el tema de residuos, pues la verdad es que no hemos hecho todavía nada. La recomendación es, ya saben ustedes, que todas las mascarillas y todos estos productos se tiren a los contenedores de la basura normal, pero no hemos hecho, no hemos estudiado, ni lo hemos hecho nosotros, ni tampoco nos han solicitado que se haga a través de las oficinas de farmacia. Habría que estudiarlo, puede ser una iniciativa a mirar.

Por otra parte, lo que me preguntaban sobre los EPI. En nuestra carta al ministro día 13 de marzo lo que solicitamos es que intentasen protegernos, ¿cuál ha sido la realidad?, pues que nos hemos protegido, lo que pasa es que, bueno, a marchas forzadas, y como cada uno ha podido, porque no hemos tenido acceso a estos materiales. Ha sido francamente muy complicado, hemos hecho lo que hemos podido, cada uno en sus propias farmacias, con distintos sistemas, pero como creo que les ha pasado también al resto de los sanitarios, que hemos visto fotografías algunas veces, pues, bueno, qué vamos a comentar, todos las hemos visto y todos tenemos nuestra opinión sobre ellas.

Solamente decirles a sus señorías que nosotros no somos unos locales de riesgo, somos unos establecimientos sanitarios. Como establecimientos sanitarios tenemos ese riesgo, y, efectivamente, cuando hay una pandemia, pues somos esos profesionales sanitarios que trabajamos en esos establecimientos sanitarios y que, por lo tanto, tenemos que estar cubiertos como el resto de todas estas regulaciones.

Y luego tenemos esa farmacia de nuestra alcaldesa. A mí me encanta llegar a estas sedes y ver lo que ocurre. Señoría, los datos, una de cada tres farmacias está en el mundo rural, lo que pasa es que el mundo rural es muy amplio, en el mundo rural hay poblaciones de menos de 500 habitantes o de más de 500, nosotros lo dividimos así, de más de mil y pico, y esos son los datos que yo le he dado, pero luego están el resto de los pueblos que son más grandes, que, según la ley, son rurales, pero tienen otra ruralidad distinta. Imagínense que no hubiésemos tenido esa red que tenemos en España, que nos la hemos dado todos, tienen que tener ustedes tener muy claro que no se la han dado los farmacéuticos, esa red se la han dado ustedes los legisladores. Ustedes son los que han dicho dónde tienen que estar las farmacias, porque no sé si ustedes saben que, hace un siglo, las farmacias estaban en los centros

de las ciudades, y ¿por qué?, porque estaban liberalizadas y ¿por qué estaban liberalizadas? bueno, porque era el sistema, y ¿dónde se ponían?, donde había comercio. Pero llego las administraciones y dijeron, no, no, ustedes se ponen donde hay necesidad, y eso lo marco yo. Eso para nosotros es un triunfo social, porque hemos hecho que tengamos oficinas de farmacia en todos los rincones de España, y lo que decimos es que utilicen estas oficinas de farmacia, utilicen a los 22 000 farmacéuticos, pruébenos, porque no se nos está probando, en la medida de las posibilidades de lo que puede dar una farmacia.

Y, cuando ustedes me preguntaban qué hemos aprendido, qué más cosas podemos hacer si tenemos un rebrote, pues hombre, lo primero es que hemos aprendido muchísimo, hemos sido autodidactas hasta decir basta. Saldremos mucho más rápido, con mucha más organización, pero hemos aprendido que los farmacéuticos necesitamos de las administraciones y que creemos que las administraciones necesitan a los farmacéuticos, pero, igual que a los médicos o a los enfermeros o a los fisioterapeutas. Es que, o integramos a todos los profesionales y contamos con ellos, o no seremos capaces de poder llegar a hacer una sanidad como la que queremos, una sanidad pública, una sanidad también con su parte privada, una sanidad pública para la que trabajar todos, una sanidad que sea eficiente y que sea capaz de dar respuesta a todas las necesidades.

Ustedes me han hecho tantas preguntas que creo que la presidenta tampoco me va a dejar mucho tiempo más.

El tema militar. Mire señoría, a mis compañeros, los farmacéuticos militares, les ha pasado como a los farmacéuticos de la oficina de farmacia rural, no dan abasto. Pero, entendiendo que todo es importante, y esto es así, esta es una opinión muy personal, yo creo que para las reservas estratégicas y todo esto, esta fenomenal, pero es muy difícil. La industria farmacéutica

española es una industria muy importante, el número de unidades que se fabrican en las fábricas es muy importante, las necesidades de producción son muy importantes y, bueno, todo lo que sea que saquemos provecho de esta farmacia militar, a mí me parece fenomenal, pero no se olvide que en toda esta crisis, en todo este tema de los desabastecimientos, por ejemplo, si no hubiese sido por la unión de todo el sector desde el punto de vista de las industrias esto no hubiese sido posible. Conozco todo el trabajo de los compañeros farmacéuticos militares, que, además, no sé si ustedes saben que en los últimos premios que nosotros entregamos les dimos la medalla de oro del Consejo General por su trabajo y por lo que hacen en esta farmacia militar. Ahora, yo creo que cada cosa tiene que estar en su sitio.

Me decían también que qué podemos hacer con el control de las reservas estratégicas. Miren durante toda esta crisis hemos tenido un medicamento, bueno hemos tenido varios, pero sobre todo un medicamento, que se utilizaba para el lupus, se ha tenido que establecer un sistema por el cual todo llevaba un control estratégico de cada una de las unidades que estaban puestas a disposición de los ciudadanos, porque no podíamos desnudar a un santo para vestir al otro, no podíamos dejar a todos estos pacientes sin los tratamientos habituales. Porque, en un momento determinado empezaron, ya sabe cómo son estas cosas, empezamos a decir que este medicamento es súper, se está probando, se está probando y todo el mundo quiere este medicamento. Todo esto lo hemos tenido que ir parando. Este es el papel que el final hace, o puede hacer, la oficina de farmacia, de manera importante para que se siga suministrando este medicamento al ciudadano que lo necesite y, junto con las administraciones, en este caso con la Agencia Española del Medicamento. Ya le digo que hemos trabajado muy intensamente para conseguir tener ese equilibrio.

Y, sobre el tema de la ruralidad, que también le decía antes a la alcaldesa, si nosotros no tuviésemos la farmacia rural, ¿ustedes se imaginan todos los millones de ciudadanos que no hubiesen tenido ningún tipo de asistencia? ¿ustedes se imaginan cómo hubiese sido todo esto? Bueno, pues esto es nuestro sistema, este es el sistema español, este es el que tantas veces hablamos como sistema cercano, profesional, este es el sistema que se ha dotado la sociedad española y que creemos que es un sistema de éxito. Pero, creemos también, que es muy necesario que se cuente mucho más con la actividad y con el trabajo que pueden desempeñar profesionales que han estudiado cinco años de carrera y que son los expertos en los medicamentos.

Bueno, yo creo que hasta aquí las respuestas. (…) no sé cuáles, porque es que había tantas, las mascarillas, el precio máximo, lo he contestado, el precio máximo que lo hemos marcado nosotros, …

(Se escuchan murmullos que no se distinguen)

Eso lo he dicho, ya lo he contado. Ya, es que eso no le sé contestar, entonces no le puedo contestar, no tengo números de opiáceos de hospitales que hayan aumentado, yo lo que les digo es que en las farmacias, no.

La señora **PRESIDENTA**: Si les parece, para no hacer un diálogo, yo creo que si el señor Aguilar…

El señor **AGUILAR SANTAMARÍA** (presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos): Yo le puedo contestar.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Los opiáceos y los psicotrópicos.

El señor **AGUILAR SANTAMARÍA** (presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos): Mire en la demanda de los

medicamentos, piensen una cosa, el mes de marzo hubo un incremento de demanda de medicamentos tremendo, alrededor de un 20 %, en el mes de abril la demanda del medicamento estuvo en un -2 % y en el mes de mayo va a estar en alrededor de un 20 % en negativo, porque el medicamento se toma cuando se necesita, esto no son patatas fritas. Es decir, el paciente toma su simvastatina, su enalapril, su medicamento y lo toma cuando lo necesita, no toma dos dosis, ni tres dosis, ni cuatro dosis, toma la dosis que tiene que tomar. Otra cosa que con esta pandemia lo que habilitamos fueron sistemas para que los ciudadanos no tuvieran que salir de su casa y pudieran llevarse para dos meses esos medicamentos. Permítanme, yo no comparo nada con los bienes de consumo, y menos los medicamentos, pero esto es como el efecto del papel higiénico, me van a permitir que les diga, cuando ustedes oyen: es que el gasto farmacéutico se incrementó en el mes de marzo, sí, pero es que, en el mes de abril, bajó y en el mes de mayo va a bajar más o ya está bajando más, ¿entienden un poco? Yo los datos de los opiáceos, que son, sobre todo, los medicamentos que se han utilizado en las UCI, y estos forman parte de lo que es la farmacia hospitalaria, yo no tengo datos, pero, todo lo que sea público, yo le puedo hablar de **(¿¿??)** farmacia, que son los datos que tenemos.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: ¿Tienen acceso a las farmacéuticas de los hospitales? ¿a los farmacéuticos que están trabajando allí?

El señor **AGUILAR SANTAMARÍA** (presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos): A los datos no, porque los farmacéuticos de los hospitales no dejan de ser empleados de sus sistemas.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: ¿Están colegiados no?

El señor **AGUILAR SANTAMARÍA** (presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos): Sí. Pero que estén colegiados no significa que tengan que dar datos de sus empresas.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Ya.

El señor **AGUILAR SANTAMARÍA** (presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos): Son empleados de un sistema público, que es el que tiene que dar el dato. Estos datos los tiene que dar el ministerio y las comunidades autónomas.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Vale.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias señor Aguilar.

Yo creo que por parte de todos los miembros del grupo de trabajo y de la Comisión de Reconstrucción el agradecimiento a todos los profesionales que usted representa y muchísimas gracias por haber venido aquí esta mañana, muchísimas gracias.

El señor **AGUILAR SANTAMARÍA** (presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos): Muchas gracias.

- DE D.ª ISABEL BAENA PAREJO, EXVICECONSEJERA DE SALUD EN ANDALUCÍA. DOCTORA EN FARMACIA.

La señora **PRESIDENTA**: Continuamos comparecencia de doña Isabel Baena Parejo. Muchísimas gracias por acudir a nuestra llamada.

Tiene usted la palabra.

La señora **BAENA PAREJO** (ex viceconsejera de Salud en Andalucía. Doctora en Farmacia): Buenos días y muchas gracias, presidenta.

Quiero dar las gracias al Grupo Parlamentario Socialista por esta propuesta que me permite estar hoy aquí, en una iniciativa que me parece absolutamente necesaria. Parecía una iniciativa muy pertinente y desde luego muy oportuna. Vaya por delante mi enhorabuena y mi deseo de que lleguen a consenso en un tema de singular importancia como es el Sistema Nacional de Salud.

Desde que aprobamos en este país la Ley General de Sanidad, en el año 1986, como ustedes bien conocen, el Sistema Nacional de Salud ha crecido mucho, y ha alcanzado altas cotas de excelencia, reconocidas dentro y fuera de nuestras fronteras, pero, en paralelo a que esto iba ocurriendo han ido apareciendo, sin duda, nuevos retos. El envejecimiento de la población, la cronicidad, o las mismas expectativas de los profesionales, que han ido evolucionando. Y, por tanto, creo que era obligado el enfrentar estos nuevos retos, y creo también que no siempre se ha respondido adecuadamente.

La pandemia que hemos sufrido, y que aún estamos viviendo, creo que ha servido de lente de aumento y que ha permitido, por un lado, de una manera muy clara, el que los ciudadanos hayamos tomado una renovada conciencia de la necesidad y de la importancia que tiene contar con un un Sistema Nacional de Salud que sea robusto, que, desde luego, sea equitativo, de alta calidad y que esté dotado adecuadamente para poder responder adecuadamente a las necesidades sanitarias, a las presentes y, desde luego, también a las futuras. Yo creo que, precisamente, esto ha sido clave para que

hoy estemos aquí. Y también creo que la pandemia ha servido de lente que ha multiplicado esa visión de la necesidad de una reforma urgente del Sistema Nacional de Salud, una reforma, sin duda, para su fortalecimiento.

Por tanto, creo que todo lo que hemos vivido en estos últimos meses debemos de reconvertirlo en una oportunidad, desde luego, para reflexionar, con rigor, desde lo técnico y, desde luego, también para tomar decisiones para la acción desde lo político. Por eso venía comentando que se hacía necesario ya una reflexión y una reforma en profundidad del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, pero la pandemia ha puesto de manifiesto áreas de especial atención e importancia si queremos responder con mayor eficacia, con calidad, como decía, en el futuro. Áreas de especial importancia como son el área de la salud pública, y dentro de la salud pública, en especial, la vigilancia epidemiológica. Áreas como la atención primaria, o la respuesta que tengamos que dar a necesidades de salud de personas institucionalizadas, personas mayores, personas con discapacidad o cualquier otro grupo de especial vulnerabilidad.

Los cambios sociales, la evolución de la sociedad, lleva siempre aparejados cambios en las necesidades de atención a la población, la atención a la cronicidad, la repuesta a la pluripatología, la atención a la polimedicación, o la necesidad de rehabilitación, entre otras. Esta evolución en las necesidades de salud y las diferentes crisis económicas que hemos sufrido desde aquella reforma sanitaria que abordamos en este país en los años 80 han ido, paulatinamente, afianzando problemas, convirtiendo en crónica, por ejemplo, la insuficiencia financiera del sistema, la falta de personal sanitario o el desapego de los profesionales sanitarios. En definitiva, se ha ido descapitalizando un sistema sanitario público con el que, además, los ciudadanos cada vez somos mucho más exigentes. De manera que, en este contexto, me gustaría aportar mis propuestas.

En relación a la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, creo que la organización territorial del Sistema Nacional de Salud ha sido responsable de ese crecimiento en positivo del Sistema Nacional de Salud y de los servicios regionales que los conforman, tanto si hablamos en cantidad, si nos referimos a las infraestructuras que han hecho posible la accesibilidad real de la población al sistema sanitario, como si hablamos de calidad y de incorporación de conocimientos, que ha permitido altas cotas de satisfacción de la ciudadanía del que ha gozado el Sistema Nacional de Salud español desde hace tiempo. Considero un éxito el modelo de competencias descentralizadas en gestión. Este modelo ha permitido acercar el servicio sanitario allí donde vive la población, allí donde están las personas, aumentando así la accesibilidad y contribuyendo, por tanto, a disminuir de manera significativa las desigualdades entre la población.

Aun con elementos de mejora, que los hay, la sanidad de hoy es la mejor, y la más equitativa, que hemos tenido nunca en España, y, en ello, la descentralización ha tenido una importancia decisiva. No obstante, esta tarea del ministerio velar de forma efectiva por la equidad y por la igualdad de los españoles entre territorios. Por ello soy partidaria de reforzar las capacidades de coordinación y de cooperación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en un modelo diferente al actual. Un modelo diferente, que requeriría que, en el momento en que sus señorías decidieran abordar una reforma de la Constitución, se considerase el derecho a la salud como un derecho de carácter fundamental, porque con esto se blindaría de manera definitiva la sanidad pública, dando respuesta a las aspiraciones de la inmensa mayoría de la sociedad.

La gobernanza del Sistema Nacional de Salud puede reforzarse, asimismo, con planteamientos a los que ahora me referiré, pero, por ejemplo, dotar de un nuevo fondo de cohesión, dotarlo de un fondo de garantía para

la movilidad y los desplazamientos de pacientes entre las comunidades autónomas, o la creación de una agencia de salud pública, y con la definición, por supuesto, de nuevos indicadores que permitan la evaluación de la salud de los españoles y la trasparencia de los resultados en salud de nuestro servicio sanitario.

En cuanto a la financiación. En materia de financiación decir que el Sistema Nacional de Salud, como bien conocen, se caracteriza por disponer de una financiación, que está enmarcada en el sistema general de financiación de las comunidades autónomas, excepto aquellas comunidades con régimen foral. Pero esta financiación dejo de ser finalista el 1 de enero del 2002, desde entonces, estos casi 20 años han caracterizado a la financiación sanitaria como insuficiente e inequitativa, aunque las diversas actualizaciones que se han hecho del sistema de financiación autonómica hayan tenido como preámbulo, precisamente para justificar la existencia de más recursos, las necesidades de la sanidad pública.

El carácter no finalista de los recursos y la insuficiencia financiera del sistema sanitario, año tras año, creo que merecen una consideración especial en las conclusiones que ustedes vayan a adoptar. Y, desde mi punto de vista, se hace imprescindible asegurar un Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos, una suficiencia financiera y el carácter finalista de los fondos. Ello requeriría una exigencia de evaluación, por supuesto, una evaluación de resultados ante la sociedad, que yo situaría en un Senado, un Senado que debería ser reformado para ser de verdad una cámara territorial acorde con el modelo descentralizado que caracteriza a España. En este apartado, debo referir las carencias que tiene el Sistema Nacional de Salud para tener una capacidad real para el desarrollo de políticas de cohesión, de reducción de desigualdades entre la población y de equidad en el acceso. Es por eso que se hace necesario dotar al ministerio de un potente fondo de cohesión

sanitaria, que esté orientado al desarrollo de planes para la reducción de desigualdades en salud, y cuya definición y articulación, sin duda, se debe hacer en el marco del consejo interterritorial. Al mismo tiempo, es imprescindible dotar de un fondo específico que garantice los desplazamientos de pacientes entre las comunidades autónomas, a modo de caja de compensación, gestionado por el ministerio con la participación de las comunidades autónomas, para acabar con las tradicionales barreras a la movilidad de pacientes entre las comunidades autónomas. De no hacerlo seguirán vigentes las causas estructurales que condicionan estas barreras de acceso al sistema sanitario y será difícil que podamos considerarlo como un verdadero sistema nacional.

Antes hice referencia a la creación de una agencia estatal de salud pública. En este sentido el modelo de salud pública en general y, en concreto, la vigilancia epidemiológica, requiere de la revisión suficiente que nos permita que no volvamos a sufrir lo que ha sucedido en esta pandemia, porque la globalización, el cambio climático, determinados hábitos que vamos a seguir adquiriendo, van a seguir haciendo que aparezcan problemas de salud pública que afectarán en mayor medida, si nos estamos refiriendo a la población, y, por tanto, debemos estar preparados, debemos de aprovechar la experiencia y, desde luego, debemos de aprovechar el conocimiento para poder abordar los viejos problemas que se van a volver a repetir, o los problemas de salud pública emergentes que, sin duda, aparecerán. Por tanto, estas situaciones no deben de volver a sorprender al sistema sanitario sin la estructura necesaria.

Por eso se hace patente la necesidad de una reserva estratégica de protección. Se hace patente la necesidad de unos sistemas de información online, que nos permitan el total y rápido conocimiento de los datos. Hemos visto la importancia de definir indicadores que nos permitan medir y

compararnos de forma fiable. Hemos visto, y vivido, la importancia de contar con datos para la toma de decisión, y, desde luego, la importancia de tenerlos para la rápida acción. Se hace urgente el desarrollo y la aplicación de la Ley de Salud Pública, esta ley es del año 2011 y está sin desarrollar. En este sentido, yo me atreví a ser un poco más atrevida y a hablar de la necesidad de una agencia estatal de salud pública, porque la estructura central del ministerio debe dotarse de recursos humanos y de recursos tecnológicos que le permitan tener suficiencia técnica, tener autonomía y, desde luego, ser trasparente.

La descapitalización del sistema en general ha afectado de forma singular a los equipos de vigilancia epidemiológica, es manifiesta la dificultad que se tiene en todos los servicios para cubrir las plazas de epidemiología, porque estas plazas han estado, o están, dotadas no de forma adecuada, y esto ha hecho que los profesionales sanitarios hayan sido más atraídos por plazas que tienen otras salidas, mejor remuneradas y, desde luego, con mejor visibilidad pública.

En relación al sistema sanitario, mucho podríamos hablar, de las propuestas para el sistema sanitario en su conjunto, pero en este contexto en el que estamos hoy, yo creo que es imprescindible hablar del abordaje para la renovación, en concreto, de la atención primaria en nuestro país. Muchos intentos se han hecho, pero, desde mi punto de vista, no se ha conseguido el cambio de paradigma que necesita la atención primaria para dar respuesta a las nuevas necesidades en salud.

La base del éxito del modelo de la reforma sanitaria que tuvo este país en los años 80 se debió, entre otros aspectos, pero básicamente, a la atención primaria y la existencia de una planificación estratégica, que, desde luego, marcó el que, el cómo, el dónde y, sobre todo, marcó con quien teníamos que hacerlo. A lo largo de los últimos 20 años la atención primaria se ha visto

también desdibujada paulatinamente en relación al objetivo primario. La atención primaria es la columna vertebral del sistema y ha sido responsable, como decía, de una buena parte del éxito y de la ganancia en salud de los ciudadanos de este país. Las crisis económicas a las que me he referido y los nuevos retos, sin un adecuado y un oportuno abordaje, han llevado aparejado una cierta falta de confianza de los ciudadanos en la atención primaria, una cierta falta de prestigio de los profesionales hacía la atención primaria, y, por tanto, se ha ido perdiendo ese elemento, ese factor tractor para muchos profesionales. Como prueba, decir cómo profesionales que aprueban el MIR prefieren repetir el examen a elegir la plaza de medicina de familia. De manera especial, por tanto, creo que tienen que poner el foco en la renovación de la atención primaria. Los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria que iniciaron la especialidad y pusieron en marcha la reforma sanitaria se están jubilando y, creo que a ellos se les debe esta renovación. Es necesaria, por tanto, la evaluación de los resultados que está proporcionando hoy la atención primaria para poder hacer una reorientación efectiva a la respuesta de los problemas sanitarios y recuperar así la satisfacción del ciudadano.

Hay que planificar la cobertura de profesionales. Ningún área de todo el sistema sanitario se ha visto tan afectada por la falta de profesionales como la atención primaria. Ante el escaso atractivo que, además, tienen las áreas rurales, creo que conviene incentivar, de manera especial las zonas rurales, porque está afectando a la accesibilidad del sistema y, por tanto, a la equidad. Se deben incorporar nuevas competencias profesionales para afrontar nuevas necesidades en salud, nuevos roles de los profesionales actuales y atender a su desarrollo profesional. Y es evidente la necesidad de incorporar en atención primaria otras profesiones que complementen una respuesta holística de la salud: la fisioterapia, la psicología, educadores, trabajo social,

la farmacia. De igual forma se hace necesario el establecimiento de canales formales para la coordinación, con los farmacéuticos comunitarios, con los servicios sociales, con la educación. Creo la necesaria incorporación y el reconocimiento del papel de la farmacia comunitaria en el Sistema Nacional de Salud, estoy convencida de que su incorporación efectiva permitiría una ganancia real en salud para la población e igualmente eficiencias tangibles para el sistema sanitario.

También se debe de restablecer la salud pública en el ámbito de la atención primaria. Es en la atención primaria donde se debe de desarrollar la protección, la prevención, la vigilancia, la detección precoz, la rehabilitación y donde debemos de trabajar con la salud pública en la atención primaria para minimizar las desigualdades en salud.

Especial atención requiere la salud mental, dado su carácter comunitario. Los cambios sociales, los cambios demográficos han afectado especialmente a esta área, el envejecimiento de la población ha impactado en el modelo de atención comunitaria resultante de una reforma psiquiátrica que fue modélica en su día. Es necesaria la renovación de la planificación de los recursos asistenciales y humanos que necesitamos y que sean acordes con el nuevo conocimiento científico en salud mental y hacerlo de la mano de los profesionales expertos. Es un área que requiere una discriminación positiva en la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud que se vaya a abordar.

En relación a la política farmacéutica, es un elemento esencial para el éxito del Sistema Nacional de Salud, porque el ámbito del medicamento es, en muchas ocasiones, donde se basan muchos de los éxitos que tienen que ver con los avances en la prevención y en la curación de muchas enfermedades. Por eso, este asunto requiere de una máxima atención y prioridad, pero también, sin duda, por el impacto presupuestario que tiene la prestación farmacéutica, que, aunque, como digo, es una inversión capaz de

traducirse en salud y en bienestar de las personas, no deja de ser un aspecto sobre el que hay que trabajar para generar las condiciones adecuadas que nos aseguren la máxima eficiencia y los mejores parámetros para no comprometer la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Es por eso que considero que la política farmacéutica del futuro debe orientarse a conseguir el objetivo de disponer, cuanto antes, de los mejores avances científicos en la cartera de prestaciones, para ser aplicados con equidad, y con criterios de uso en adecuado en base a la evidencia científica.

Desde este punto de vista, sería conveniente conocer con anticipación los avances fármaco-terapéuticos en proceso de aprobación por la agencia reguladora para hacer una previsión de necesidades, tanto desde el punto de vista presupuestario como organizativo. Es conveniente apostar por una colaboración trasparente con la industria del medicamento para fomentar al máximo posible los ensayos clínicos en nuestro Sistema Nacional de Salud, porque esto nos permitiría asegurar el pronto beneficio de los pacientes y la máxima actualización de conocimientos para los profesionales. Y, por supuesto, sistemas que garanticen una política de fijación de precios en los medicamentos que ofrezcan transferencia y un uso de criterios coste-efectividad y que incorporen procedimientos del tipo del techo de gasto, precio en función de los resultados u otros similares.

En lo que se refiere a los profesionales, el Sistema Nacional de Salud en su conjunto está viviendo una importante renovación generacional con una alta cota de feminización, contamos con jóvenes profesionales con otros referentes, nuevos profesionales que tienen nuevas expectativas y que deben ser conocidas e incorporadas en cualquier política de personal que se pretenda hacer. Considero que se hace necesaria una acción decidida que permita asegurar, cuanto menos, una planificación estratégica de necesidades de profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud. Esto

haría viable que la universidad española pueda definir una oferta formativa acorde con las necesidades, con visión de corto, de medio, de largo plazo y con una actualización periódica, al menos cada cinco años. E, igualmente, en esta planificación estratégica incorporo la planificación de formación especializada de nuestros especialistas y, con ello, prestar especial atención a la docencia en nuestro sistema sanitario; creo que los profesionales que se dedican a la docencia especializada requieren de un reconocimiento real. Hacen falta, además más profesionales y más profesiones, hacen falta también elementos que amplíen sus capacidades profesionales y sus competencias para afrontar las necesidades de la población y para incorporar los numerosos avances que la tecnología, los medicamentos y la digitalización nos vienen ofreciendo. Una política de reconocimiento profesional, que sea capaz de asegurar mayores cotas de autonomía, que ofrezca mejores salarios, con un nuevo modelo retributivo y un reconocimiento a la contribución a los objetivos en salud con algún componente variable. Es necesaria la incorporación de un modelo eficaz de carrera investigadora, que sea apropiada a las características de los servicios sanitarios y de las profesiones sanitarias y una movilidad real de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que ofrezca, además, las mínimas tasas de temporalidad, mediante la articulación de concursos de traslados y de concursos-oposición con periodicidad anual o, máximo, bienal.

En cuanto a las nuevas tecnologías, me gustaría trasladar alguna reflexión, porque la digitalización completa del sistema y de la asistencia sanitaria con criterio de interoperabilidad es una asignatura que está aún pendiente. Creo que tenemos que aprobarla ya, si queremos mantener la calidad y la excelencia que lleva incorporada también, y no podemos olvidar

la satisfacción de los pacientes, es imprescindible, las nuevas tecnologías para la personalización de la asistencia sanitaria.

Poco he nombrado al ciudadano en mi intervención, lo cual no significa que todas y cada una de las propuestas que hago tengan como fin último responder, precisamente, a las necesidades de salud individual y colectiva de la población. La pandemia ha acortado los tiempos de utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, y creo que tenemos que aprovechar esta oportunidad, porque, aunque tendremos que estar atentos a la brecha digital, que aún existe, sin duda el momento para incorporar estas nuevas tecnologías en la atención y en las relaciones de los ciudadanos es ya.

Y no quiero terminar sin dedicar un minuto a la investigación biomédica y a la innovación. El Sistema Nacional de Salud, por sus infraestructuras, la capacidad instalada que tiene, por su visión y por los profesionales que la integran son el mejor sustrato para la generación de innovación y de investigación, tanto para la investigación independiente como ser un elemento tractor de promotores privados. La investigación y la innovación debe ser verdaderas líneas de producción del sistema y, por tanto, tiene que estar dotada presupuestariamente de manera suficiente, para permitir la estabilización de profesionales que encuentran una base sólida para su desarrollo profesional en esta área y, por tanto, el reconocimiento de la necesidad de la investigación traslacional en nuestro panorama investigador del país.

Yo dejo aquí mis reflexiones. Quiero reiterar mi agradecimiento y, por supuesto, quedo a su disposición.

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

Tiene la palabra el grupo Euskal Herria Bildu.

El señor **RUÍZ DE PINEDO UNDIANO**: Muchas gracias señora Baena.

Hay una cuestión que es importante, por diferenciar el tema de salud y el tema sanitario. Ha habido grandes progresos en el ámbito de la salud, pero, sin embargo, todos los indicadores indican que empieza a haber un deterioro, la curva de mejora empieza a descender y, sobre todo en el tema de infancia, hay indicadores que nos llevan a pensar que la infancia, que va a ser el grueso de la ciudadanía de aquí a unos años, en la cual ese deterioro va a determinar elementos importantes. Una cosa es lo sanitario y otra cosa la salud, porque eso está muy determinado, entre otras cuestiones también por el tema de la pobreza y la situación económica.

La importancia de tener indicadores y trabajos en ese sentido es un tema fundamental, ya tenemos indicadores y análisis, ¿entiende que faltarían estudios más determinados y más coordinados? Porque lo que denoto de sus propuestas del sistema sanitario y de gobernanza que echa en falta elementos de coordinación, elementos comunes de trabajo, estrategias comunes, por ejemplo, la encuesta de salud, todo el tema de estudios, eso depende de organismos estatales, y se vienen haciendo. Otra cosa es que, por detracción de medios económicos, etcétera, no se esté haciendo el plan estadístico previsto en muchos temas. ¿Es un tema de coordinación o es un tema de medios, fundamentalmente?

Por otro lado, hay algún estudio sobre dónde están los problemas de movilidad y desplazamientos de pacientes entre comunidades autónomas, o dónde están los problemas de los convenios entre comunidades autónomas en estos momentos de cara a esos desplazamientos. En el País Vasco existen ya convenios de desplazamientos y de relación entre comunidades autónomas, ¿dónde están esos límites en estos momentos o qué más habría que hacer?

Otro tema, ¿habría que contemplar el marco europeo en esa visión de una nueva ley de salud? En ese de especialidades, en el tema de intercambio, de gastos, de avances, de investigación, ¿no sería un elemento importante en estrategia esa coordinación europea? La misma pandemia ha puesto de relieve esa falta de coordinación y la falta de relación entre institutos y líneas investigadoras, por no decir en el tema de investigación y de producción de medicamentos, la dependencia y la pérdida de posiciones europeas. Si es necesario un planteamiento de escala de trabajo tenemos que buscarlo ya en el ámbito europeo. Por eso digo, ¿no sería conveniente no cerrar esa estrategia en el marco estatal, sino precisamente buscar la estrategia en esa coordinación y dentro de la movilidad ciudadana que existe en estos momentos? En vigilancia epidemiológica, por ejemplo, sería un elemento fundamental.

Estas serían las preguntas, complementarias a muchos de estos elementos de trabajo que destacan, con los que podemos estar totalmente de acuerdo. Lo único, buscar esas evidencias nos lleva a pensar que la necesidad no es tanto de estatal izar y cerrar sino de abrir, que es lo que nosotros estamos echando de menos.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el grupo parlamentario vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta.

Buenos días, bienvenida a este grupo de trabajo, gracias por todas las explicaciones dadas.

Nos da la sensación de que hay cierta contradicción entre el planteamiento inicial que usted hacía de poner en valor y decir que la

descentralización es uno de los valores de la articulación de los distintos sistemas de salud que hay en el Estado, y que esa política de proximidad, que es clave en la atención sanitaria ha sido clave del éxito de los sistemas. Un buen sistema antes de la pandemia, sometido a una situación absolutamente crítica y de tensión, pero que estamos seguros que después esos sistemas seguirán siendo tan buenos como antes. Nosotros coincidimos con esta lectura, pero, a renglón seguido, usted ha venido a defender unos planteamientos que van en contra de esa descentralización real.

Me explico. La descentralización no supone solo descentralización de ejecución, descentralización es tener carácter decisorio, poder tomar las propias decisiones. Y usted hace unos planteamientos que nos parece que chocan con ese planteamiento inicial. Dice: la clave es la descentralización, pero tenemos que reforzar la capacidad decisoria del consejo interterritorial, pero tenemos que crear una agencia estatal de salud pública, pero tenemos que dotar al Senado de capacidad de fiscalizar el destino del gasto, que usted dice, además, que tendría que ser finalista. Si consejo territorial toma decisiones ejecutivas, si además se crean agencias estatales, si, además, la financiación que se da, en nuestro caso no estamos en el sistema general, pero si ya es finalista y se dice a qué políticas sanitaria se da, ¿no choca toda esa nueva articulación del sistema sanitario con eso que es la descentralización, que debería avanzar en capacidad de ejecutar y de decidir a dónde va a dirigir ese sistema. Nos parecía un poco contradictorio. Nosotros tenemos muy claro que lo que hay que hacer es apostar por la descentralización e ir reforzando aquellos aspectos que se consideren que son de mejora. Además, creemos que los sistemas sanitarios de las distintas comunidades autónomas han trabajado previamente coordinados con principios de solidaridad, y ha funcionado muy bien. Euskadi ha tenido convenios y trabaja con las comunidades limítrofes, incluso con hospitales y

sistemas de Madrid, por ejemplo, para determinadas enfermedades raras. Yo creo que la realidad del día a día ha demostrado que realmente funciona.

Además, nosotros consideramos que la dimensión de la pandemia es global por definición, y, por tanto, no es una pandemia vasca, navarra ni estatal, es una pandemia de toda Europa y que, en todo caso, deberían reforzarse esos sistemas de alerta, de salud pública y epidemiológicos, que tal vez hayan fallado a nivel europeo, y que tal vez es allí donde habría que hacer ese esfuerzo de coordinación para aletas tempranas.

La última pregunta. Usted decía que debería haber algún sistema para que la Agencia Española del Medicamento y de los Productos Sanitarios, cuando esté abordando el proceso de aprobación de determinados medicamentos innovadores, debería facilitar esa información con suficiente antelación para que las administraciones competentes pudiera planificar, prever presupuestariamente y hacer todos los cálculos para ponerlos en marcha. ¿Existe algún modelo de referencia, por ejemplo, en Europa, que pudiéramos seguir para ver cómo lo están haciendo?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Gracias, presidenta.

Buenos días, y muchas gracias por sus aportaciones, señora Baena.

Compartimos en parte su diagnóstico, sobre todo en cuanto al espíritu constructivo que tenemos que sacar de esta pandemia y el refuerzo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. También en cuanto a la mejora de las condiciones laborales de los profesionales sanitarios que usted ha mencionado. Venimos de la misma comunidad autónoma. Usted,

de hecho, cesó como viceconsejera de Salud y yo debuté al mismo tiempo en el Parlamento andaluz como diputado por Sevilla. No coincido con usted en la generación de más estructura en forma de agencias u otros entes, pero sí en fortalecer las existentes y dotar de desarrollo a la Ley de Salud Pública de 2011.

Andalucía ha sido una de las mejores comunidades autónomas que mejor ha gestionado esta pandemia, los datos así lo corroboran. Como profesional sanitario que usted es, ¿a qué cree que se han debido estos buenos datos de Andalucía? ¿qué podríamos copiar de esta gestión?

En la actitud constructiva que Ciudadanos está teniendo, ¿qué medidas cree que debemos tomar de forma más urgente en el ámbito de gestión sanitaria para abordar posibles rebrotes? Todo el mundo está hablando de posibles rebrotes, me gustaría saber qué criterio tiene usted como medidas urgentes.

¿Cómo cree que debemos potenciar la atención primaria? ¿qué medidas urgentes podríamos hacer para potenciarla?

En cuanto a la atención sanitaria en las residencias de ancianos, que, evidentemente, creemos que es el gran problema que ha habido en esta pandemia y han sido el colectivo más vulnerable, ¿qué medidas podrían tomarse para proteger a nuestros mayores de una forma eficaz?

Sin más, agradecerle las aportaciones que ha hecho a este grupo de trabajo, son muy interesantes, y coincido con usted en que todos deberíamos lograr una sanidad capaz de hacer frente a catástrofes como la que estamos sufriendo.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra Junts per Catalunya.

La señora **CAÑADELL SALVIA**: Buenos días, señora Isabel Baena.

Voy a ser breve. Algunos de los compañeros que me han precedido ya han preguntado sobre lo que le quería preguntar yo. Básicamente sobre la atención primaria, de la que usted ha hablado en su intervención. Las residencias, que como se ha visto, han sido unos de los puntos más vulnerables y que con más dolor hemos visto las noticias. Y qué piensa usted de la tensión a la que ha llegado el sistema sanitario, creo que todos somos conscientes y creemos que tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios, pero sí que ha llegado con mucha tensión en cuanto a recursos económicos y también de personal. ¿Qué piensa que debería cambiarse en un futuro al respecto?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

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

La señora **MÁRQUEZ GUERRERO**: Muchas gracias por su comparecencia, señora Baena, nos ha parecido muy interesante. Usted tiene una larga experiencia sanitaria por su prolongada carrera política durante muchos años.

Coincidimos con usted en la consideración de la salud como un derecho fundamental, nunca un objeto de negocio, con la necesidad de financiación a través de un fondo de cohesión en el consejo interterritorial, el refuerzo a la atención primaria, la importancia de la salud mental, de la transparencia, etcétera.

Mire, las listas de espera en Andalucía, de donde usted viene, se han disparado según las últimas publicaciones a 890 000 pacientes, un 5,6 % más que el año pasado, 727 000 pacientes en listas de espera para el especialista hospitalario, 163 000 para intervención quirúrgica, y todo ello a pesar el plan de choque de más de 25 millones. Como sabe, el Gobierno de la Junta de Andalucía, el ejecutivo de PP y Ciudadanos, con apoyo de Vox, ganó las elecciones con la promesa de reducir las listas de espera, y para ello, entre sus primeras medidas destinó 15,5 millones de euros para ampliar los conciertos con los hospitales privados. El resultado es que las listas de espera no han disminuido, son un 5,6 % superior al año pasado, y, sin embargo, tenemos cientos de operaciones y pruebas diagnósticas postergadas, cierre de plantas enteras de hospitales. Una llega a preguntarse si esto es el resultado de una nefasta gestión sanitaria o una estrategia calculada para un negocio que pueda dar suculentos beneficios, convirtiendo la salud en un negocio en lugar de un derecho fundamental.

Nuestra pregunta es, ¿cómo controlar las listas de espera y que parte de la parte de población que tiene esa opción económica no tenga que recurrir al doble aseguramiento?

En segundo lugar, ¿cree que es significativa la iatrogenia por interacción de fármacos en pacientes polimedicados? En definitiva, ¿cómo conseguir un uso racional del medicamento?

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el representante del Grupo Vox.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Buenos días.

En primer lugar, decirle que estamos de acuerdo con lo que ha dicho de la agencia estatal de salud pública, ya que reconoce de forma explícita -no voy a decir implícita- el fracaso del sistema actual y también reconoce el guirigay que es el sistema autonómico tal y como lo tenemos hoy concebido.

Después de todo lo que estoy oyendo, aprovecho para incidir en lo que dije en mi primera intervención respecto a la manipulación que, a manos de la izquierda, se está haciendo de esta Comisión, donde a los demás se nos niegan los comparecientes que puedan cuestionar la verdad oficial, que acabará imponiendo esta Comisión por el rodillo de la izquierda, y por eso trae la izquierda a esos comparecientes o técnicos, que, dicho con todo el respeto, bajo su manto técnico esconden que son, o han sido, afiliados al partido del Gobierno, a un partido de la izquierda, o son o han sido políticos profesionales, como no sé si es incluso su caso.

No tengo nada contra eso si no fuera porque estas aportaciones solo buscan apuntalar la agenda ideológica del Gobierno y esconder los 50 000 muertos por la nefasta gestión del virus chino que han hecho tanto Pedro Sánchez como Pablo Iglesias. Me ha sorprendido un poco su intervención con respecto a todas las cosas comunes, como lo que acabo de oír ahora mismo, que estamos hablando aquí de que hay 50 000 muertos y de lo que se habla es de las listas de espera en Andalucía.

El tema es que el cambio climático no ha generado 50 000 sino, diga lo que diga la conclusión de esta Comisión, es la incompetencia del Gobierno, al que, desde luego desde Vox, vamos a seguir denunciando digan lo que digan las conclusiones *fake* de esta Comisión, o que quieran desviar el debate con la discusión entre la sanidad pública o la privada.

Por eso, yo quería hacerles cuatro preguntas. La primera es que, si desde el 31 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud declara la emergencia sanitaria de proyección internacional, algunos expertos

epidemiólogos dicen que hubiera bastado esta declaración para que el Ministerio de Sanidad hubiese tomado medidas de contención, ¿se acuerda de lo que pensó usted en aquel momento? ¿comunicó alguna inquietud a algún colega?

El 10 de febrero de 2020 un informe del Ministerio de Sanidad afirma que en China el virus ha tenido una letalidad de entre el 11 y el 15 % respectivamente. Se sabía además que China había hecho una cuarentena de 60 millones de personas, ¿no le hizo sospechar que algo pasaba allí, que no era propio de una gripe y que parecía más propio del otro coronavirus, del SARS-CoV-1, mucho más grave que la gripe? ¿cree que Salud Pública actuó de forma prudente?

En tercer lugar, ¿cree que la vigilancia de enfermedades infecciosas importadas es la adecuada? Le pregunto esto porque el doctor José Antonio Pérez Molina, experto en enfermedades tropicales y miembro del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Ramón y Cajal, de Madrid, y presidente del grupo de estudio del SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas, ha declarado para Medscape que el cribado de enfermedades infecciosas es posible realizarlo en nuestro medio, pero no hay documentos de aplicación a nivel nacional, y depende bastante de la comunidad autónoma o del centro sanitario concreto. ¿No le parece que nos hubiéramos evitado muchos problemas si se hubiera hecho un cribado a los viajeros procedentes de China?

Cuarto. ¿Cree que la definición de la pandemia es la adecuada? Se lo pregunto porque se cambió en 2013.

Quinto. ¿Qué es lo que tenemos que mejorar para potenciar nuestra protección contra enfermedades infecciosas importadas?

Sexto. Esta pregunta se la hacemos a todos los comparecientes, ¿ha actuado como asesora del Gobierno, del ministerio o de algún organismo en

el caso de la gestión actual del virus chino? Y, en segundo lugar, si sigue estando afiliada o sigue siendo miembro teniendo algún cargo relevante en la cúpula de Córdoba dentro del Partido Socialista.

Muchas gracias.

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

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

Quiero, en primer lugar, dar las gracias a la doctora Baena por sus interesantes aportaciones, y, puesto que es farmacéutica, mostrarle mis condolencias por los 19 farmacéuticos fallecidos y el pesar de los 493 contagiados. Y decirle que me gustaría que trasmitiera a esos 55 000 farmacéuticos y 20 000 técnicos de Farmacia nuestro agradecimiento por el trabajo que han hecho a lo largo de toda la pandemia, que ha sido realmente ejemplar, y sin fallar prácticamente en nada. Quiero decirle también que trasmita nuestro agradecimiento a todos los profesionales de salud pública que, de forma silenciosa, en todas las administraciones están haciendo un importante trabajo para el diagnóstico de la situación, para ver las previsiones y qué es lo que puede ocurrir.

Usted, dentro de la metáfora del río, que seguro conoce, de John Ashton, es de esos profesionales que están río arriba buscando por qué razón la gente cae al río enferma y muere. En ese sentido, tenemos claro que de esta Comisión debe salir un gran pacto por la sanidad, que nuestro presidente llama el pacto Cajal, que permita que todas aquellas cuestiones que ha planteado aquí, muchas de las cuales compartimos, hagan que, por una parte, mejore la salud pública en nuestro país, y, por otra parte, mejore nuestro Sistema Nacional de Salud en aquellas cosas en las que se ha podido fallar.

Nosotros creemos que esta pandemia del COVID-19 es el mayor fracaso en salud pública de los últimos cien años en España. Yo creo que los resultados son muy claros, 30 000 muertos y más de 240 000 contagiados, más las tasas tan altas de morbilidad, letalidad, la duración de la pandemia y el confinamiento, son un ejemplo claro que se estudiará en los libros de salud pública y lo estudiarán los estudiantes futuros. Es verdad que los primeros meses, en enero y febrero, el lema general era no alarmar, y hubo mucha inacción, y luego ha estado nuestro país corriendo detrás del virus durante dos meses. Yo tengo la sensación de que, si el ministro de Sanidad hubiera sido un experto en salud público y hubiera tenido autoridad sanitaria, probablemente se hubiera aplicado desde el primer momento el principio de precaución. Y esos agravantes, que han sido factores determinantes para lo que ha ocurrido en España, como subestimar los riesgos de contagio y la gravedad, ignorar las advertencias de organismos internacionales, desoír a la OMS sus recomendaciones, minusvalorar lo que estaba pasando en China o en Italia, o el agujero de seguridad en las fronteras durante los meses de enero, febrero, e incluso parte de marzo, o el no evaluar los riesgos de los eventos masivos, creo que puedan ser unas de las razones por las cuales nuestros resultados han sido los que han sido.

Solo voy a recordar una advertencia que hacía la OMS el día 15 de febrero, decía: llegan los casos, hay que tratar a los pacientes, hay que prevenir la transmisión y hay que proteger a los sanitarios. Y el 5 de marzo, la OMS, ya desesperada, dijo: los países no están tomando en serio la emergencia sanitaria que hemos declarado el día 30 de enero.

Le voy a hacer tres o cuatro preguntas, porque me parece importante que su experiencia y autoridad en materia de salud pública pueda arrojar alguna luz complementaria a lo que ya nos ha dicho. ¿Usted cree que afecta a la reputación científica de España los cambios de definición, declaración y

cómputo de casos y la disparidad de los datos de mortalidad? Cuatro fuentes oficiales como el INE, el MoMo, el Ministerio de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III dan datos diferentes sobre la mortalidad. El Instituto Nacional de Estadística dice 43 945; el MoMo, 43 260; el Ministerio de Sanidad, 27 136; y el Carlos III, 27 940. Esto genera mucha desconfianza. Yo creo que los epidemiólogos y los especialistas que están mandando los datos estarán también preocupados por esta situación.

La segunda pregunta que le quería hacer es, ¿cómo explicaría usted, con su experiencia en salud pública, las diferencias tan brutales de mortalidad que ha habido en diferentes países y en diferentes comunidades autónomas. Por ejemplo, en España, el número de muertos por millón de habitantes es de 390, mientras que en Portugal es de 56, o, por ejemplo, en Castilla La Mancha, la variación anual de defunciones acumuladas es del 57,97 % a más, mientras que en Andalucía solo ha sido del 2,82 %. ¿Qué opina usted sobre que hayamos quedado excluidos de la alianza entre Alemania, Italia, Francia y Holanda, para el desarrollo de la vacuna del COVID?

Nosotros compartimos con usted, y he visto alguna de sus declaraciones al respecto, que hay que reforzar los servicios de salud pública y de epidemiología, es la única manera de salvar vidas y de prevenir los posibles rebrotes, y que no nos vuelva a ocurrir lo que nos ha ocurrido en este momento. Y, desde luego, nos parece adecuada la propuesta que usted hace -también la ha hecho nuestro presidente- de crear una agencia nacional de salud pública, que nosotros ampliaríamos también con calidad asistencial, con una unidad específica de seguimiento de pandemias, e, incrementar, sin ninguna duda, con la aportación de las comunidades autónomas y la participación de las mismas, los recursos humanos en materia de vigilancia epidemiológica. Nosotros tenemos claro una cosa, aquí se ha fallado fundamentalmente en la prevención y eso ha roto todas las costuras del

Sistema Nacional de Salud y ha desbordado a los profesionales y a las comunidades autónomas.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista.

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

Doctora Baena, bienvenida a esta Comisión de Reconstrucción, a este grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública. Muchas gracias por su presencia hoy aquí. Ha sido una exposición muy enriquecedora, con una gran calidad en cuanto a sus aportaciones, opiniones y su conocimiento experto. Por eso quiero agradecerle todo lo que nos ha contado en este espacio de tiempo.

La verdad es que esta es una Comisión de Reconstrucción a la que el Grupo Socialista viene con el ánimo de construir y de acordar, por el bien de España y por el bien de los españoles. Tenemos que recordar que toda España nos está mirando y está a la expectativa de que esta sea una Comisión en la que juntemos todos nuestros esfuerzos para mejorar la salud y la vida de todos nuestros ciudadanos, independientemente de sus ideologías políticas, de su situación económica o familiar. Nosotros nunca vamos a utilizar esta Comisión para confrontar, sino que la vamos a utilizar para construir y para sumar, sobre todo por respeto a toda España y por respeto a los fallecidos.

Quería poner en valor al Consejo Interterritorial de Salud, que hasta el día 14 de marzo, en el que se declara la alarma, todas las respuestas del sistema sanitario español se decidieron de manera unánime en los 10 consejos interterritoriales celebrados desde primeros de febrero. En ninguno de ellos ningún consejero de salud, independientemente de la autonomía que

procediese, propuso nada diferente a los acuerdos que allí se tomaron, repito, tomados por unanimidad.

Quería plantearle tres cuestiones que usted ya ha explicado aquí, pero que me gustaría que profundizase en ellas. La primera es cómo considera que debería ser el papel de la Farmacia en el nuevo sistema sanitario. La segunda, y en base a su experiencia como viceconsejera de Salud en Andalucía, y aunque no se ha hablado de ella, ¿cómo cree que debería articularse una financiación adecuada del Sistema Nacional de Salud? Y si tiene tiempo, y quiere, si puede desarrollar algo más de lo que haya planteado con respecto a su intervención inicial.

Por último, en base a su experiencia como directora general de Investigación, en materia de investigación, ¿cómo cree usted que se puede impulsar la carrera investigadora de los profesionales sanitarios?

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Señora Baena, si es tan amable de contestar a tantas preguntas.

La señora **BAENA PAREJO** (exviceconsejera de Salud en Andalucía. Doctora en Farmacia): Vaya por delante mi agradecimiento a esas preguntas, que, sin duda, facilitan el que podamos profundizar. Decía al principio que el objetivo de esta Comisión me parece absolutamente necesario y muy pertinente, y, por tanto, merece la pena que entre todos seamos capaces de profundizar para esa reconstrucción. El objetivo merece la pena.

Algunas preguntas han ido en el sentido de la necesidad de coordinación, por empezar por ahí. También contestarle al Grupo Parlamentario Vasco lo que entendían contradicción, por ir contestando en esa línea de manera global.

No lo es. Si ha dado esa sensación seguramente lo he explicado mal y me da la oportunidad de poderlo concretar mejor. Por eso quise empezar por ahí de manera muy taxativa apostando por la descentralización. Yo creo que el modelo ha aportado y es responsable de la bondad del sistema sanitario con el que contamos. Es verdad que eso no quita para la competencia que, con el marco jurídico que hoy manejamos, le corresponde al Estado y, sobre todo, en algo tan importante como lo que tiene que ver con el trabajar por evitar desigualdades y por la equidad en las prestaciones sanitarias. En ningún momento he planteado que el consejo interterritorial tenga capacidad ejecutiva, no la tiene, no la ha tenido, y con el marco jurídico que hoy tenemos no la puede tener, sino que parte de la facilidad, o no, para llegar a consensos entre las comunidades autónomas. De hecho, yo creo que se tiene que reforzar el papel de coordinación, y en un marco diferente que nos diese el poder contar con una definición de reconocimiento de derecho fundamental de la salud en nuestra Constitución española nos marcaría un nuevo formato jurídico que, posiblemente, en el que tendrían ustedes que definir cuál sería la coordinación entre las comunidades autónomas. En este momento, para mí, la capacidad decisoria no es ejecutiva del consejo interterritorial, ni lo he pedido, al menos eso he querido plantear. Sí afianzar la capacidad de coordinación y de colaboración. Y afianzar la gobernanza del sistema del ministerio, en el sentido de aquellas que son aún competencias y que le corresponde el velar por minimizar las desigualdades entre comunidades autónomas.

Me decía su señoría que ha funcionado el acuerdo entre comunidades autónomas, que, en el ámbito, por ejemplo, de la movilidad de pacientes, de la movilidad de personas entre comunidades autónomas, ha dado resultado. Yo creo que, a lo largo de los casi 35 años de vida del Sistema Nacional de Salud, el sistema se ha hecho más robusto, ha crecido, hemos buscado

soluciones y hemos abordados determinados cambios que se han producido. Pero, todavía existen problemas estructurales que no somos capaces de terminar de solventar, y hablo del hecho de la movilidad de personas de una comunidad autónoma, sea por cuestiones labores o por cuestiones de ocio, cuando se ve mermada la posibilidad de obtener una receta con facilidad, o el hecho de la atención a un procedimiento agudo que se pueda producir en otra comunidad autónoma. Hay recelo entre comunidades autónomas ante la posibilidad de poder recibir el gasto ocasionado por esta atención. Este es uno de los asuntos que están sin resolver, entendiendo como legítima la cautela de las comunidades autónomas para no atender. Yo creo que una de las quejas sistemáticas de la ciudadanía es el hecho de no poder moverse con facilidad, o no ser atendido con la misma garantía y facilidad en una comunidad autónoma diferente a la suya de origen, y esto no hemos sido capaces de resolverlo.

Como decía, un fondo que nos permita el hecho de poder acabar con esas barreras no hace que sea incompatible con la descentralización del sistema. Una de las bondades, atributos y características del Sistema Nacional de Salud, tal como lo conocemos, es la accesibilidad al sistema bajo los parámetros de equidad, le corresponde al Estado velar porque esa equidad entre los ciudadanos españoles sea efectiva.

Hablábamos de la financiación, del por qué la defensa de una financiación, basada, por supuesto, en los impuestos, y una financiación finalista, no es incompatible con la autonomía que cada una de las comunidades autónomas pueda tener. Desde mi punto de vista, el hecho de que tendremos que pactar, ponerse de acuerdo los que tienen la competencia, en cuáles son las características de necesidad, las variables de necesidad que permitan un reparto justo y equitativo de los recursos para cada comunidad autónoma y asegurarnos de que ese dinero vaya al uso final para lo que fue

decidido el reparto de la financiación. En ese sentido, esto no resta autonomía a la capacidad de decisión de las comunidades autónomas en cuanto a gestión y en cuanto a organizar su servicio sanitario. Por tanto, habrá que fijar cuáles son los criterios de necesidad.

Todas sus señorías lo conocen, cuando uno hace la valoración de la financiación por habitante hay desigualdades entre comunidades autónomas que no se explican por una mejor gestión de unas comunidades autónomas u otras, y que no se explica por medidas de eficiencia. Por tanto, creo que es necesario el comprometernos con que, una vez acordados esos criterios de reparto, criterios de necesidad por población, por envejecimiento, por dispersión, por movilidad, y una vez decidido que estos criterios nos van a servir para la financiación del sistema sanitario, asegurarnos de que, efectivamente, va. Es una decisión que tiene que ver con esa responsabilidad de minimizar desigualdades y asegurar la equidad en el acceso al sistema sanitario.

Había una pregunta que tenía que ver con la diferencia entre salud y sanidad. A lo largo de mi exposición, aunque haya sido rápida, hacer una evaluación de la necesidad de reconstrucción tratando de hacerlo en quince o veinte minutos me parece toda una osadía, pero, efectivamente, creo que nunca hemos tenido una sanidad mejor ni más equitativa, y puede parecer contradictorio, pero no lo es, porque esto no quita que haya determinados problemas. A lo largo de estos últimos años hemos vivido varias crisis, la última, la de los años 90, que han ido debilitando de manera desigual la inversión que se ha hecho en el propio sistema sanitario.

Me preguntaban que si faltaban estudios en cuanto a la estrategia de coordinación y las encuestas de salud. Yo creo que a lo largo de estos 35 años se ha modificado mucho, encuestas de salud se han hecho a nivel de Estado y a nivel de comunidades autónomas, y, evidentemente, contar con

indicadores que nos permitan una comparación efectiva de los niveles de salud, vendría acompañado de este modelo que propongo de renovación del sistema sanitario. Yo creo que ganamos, nos hacemos mucho más potentes, creo que trabajar con Europa nos da potencia, nos hace más fuertes, y, en ese sentido, deberíamos trabajar igualmente, siendo respetuosos con la competencia, la dificultad que conlleva la dirección en Europa del respeto a la autonomía de los Estados miembros, pero, sin duda, hay margen para la mejora y poder trabajar en ámbitos como el que se ha visto con esta pandemia, en salud pública, de mejorar la coordinación y poder tomar decisiones conjuntas que nos permitiesen ser mucho más potentes.

En cuanto a la contradicción de la capacidad decisoria del consejo interterritorial, no es que yo lo considere, es que no puede ser ejecutiva con la normativa que hoy tenemos.

He intentado explicar el gasto finalista en ese sentido, que no me parece contradictorio con el hecho de que cada comunidad autónoma tome su decisión de lo que dedica a la sanidad, independientemente de lo que significa la financiación por parte de los impuestos y por parte de la financiación del Estado.

También decía que era contradictorio el contar con una agencia estatal. La propia Ley de Salud Pública ya habla de un centro estatal para la salud pública. Las competencias del Estado en este ámbito yo creo que están claras y reguladas, cuando hay un problema de salud pública que afecta a la población desde el punto de vista comunitario y sobrepasa la frontera de una comunidad autónoma, no es que quiera, es que tiene que intervenir para tomar medidas que faciliten la resolución y la actuación de prevención y actuación sanitaria en una epidemia que pueda darse de estas características.

Pero no solo en eso, yo creo que el Estado tiene responsabilidad en minimizar las desigualdades que se puedan generar entre comunidades

autónomas, por eso hablaba de dotarlo de un potente fondo de cohesión. Esto se ha visto debilitado en los últimos diez años de gobierno, en el ministerio han sido fondos extrapresupuestarios, fondos que no han existido y que estaban destinados, y que deben estar destinados, a poder plantear planes que minimicen la desigualdad entre comunidades autónomas. Por tanto, todos aquellos elementos que doten, que hagan fuerte al ministerio, no para inmiscuirse en las competencias de las comunidades autónomas, que insisto, el modelo que defiendo y que creo que aporta salud a la población es el modelo de competencia descentralizada, pero debe haber una capacidad de incorporar acciones que permitan minimizar esa desigualdad y, por lo tanto, hacer equitativa la atención a la salud. La primera petición es convertir la salud en un derecho fundamental, y, por tanto, tener elementos moderadores que no permitan esa desigualdad que hoy se da, y esa falta de capacidad para la movilidad de los pacientes, con algo tan sencillo como pudiera ser el sacar una receta, o el hecho de que haya comunidades autónomas que evitan el poder atender. Entiéndanme, me parece hasta legítima la desconfianza de saber si va a cobrar la atención sanitaria a pacientes que le vienen de vacaciones y que esto no está resuelto. Yo creo que urge resolver esto.

Me preguntaba si había algún modelo en Europa, en relación a que tengamos la posibilidad de conocer con antelación suficiente hacia dónde va el nuevo conocimiento de soluciones farmacoterapéuticas. No lo hay. En el ámbito de la incorporación de innovación, en el ámbito del medicamento, es uno de los que más ha evolucionado en los 35 años del sistema sanitario, por tanto, la capacidad de innovación es de una velocidad trepidante, y, en muchas ocasiones, hemos visto la no incorporación -o la tentación de ello- a propósito de no hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Esto no puede ser. Creo que tenemos que ser capaces de incorporar cualquier innovación que mejore la salud de las personas, y que haya evidencia científica

suficiente, a la cartera de servicios de manera inmediata y con equidad, pero tenemos que saber, a través de acuerdos transparentes y estables con la industria farmacéutica y poder trabajar en una amplia política farmacéutica que nos permita la estabilidad y la sostenibilidad del sistema, con la incorporación. Y esto ha sido posible, llevamos más de 35 años de Sistema Nacional de Salud y no hemos dejado de incorporar ninguna innovación que haya tenido evidencia científica para los pacientes. Esto es así, y, por tanto, es factible poderlo plantear, pero sí una revisión de una nueva manera de incorporar de manera decidida, aspectos o elementos de eficiencia, o elementos de transparencia que nos permitan el pago por resultados en salud, que nos permita coste-efectividad y que nos permita otro modelo de relación que no sea el pago puro y duro de la factura farmacéutica.

Por seguir con el ámbito farmacéutico, que hay una pregunta en el sentido de cuál sería el papel de la farmacia, yo creo que también es una asignatura pendiente la incorporación del farmacéutico comunitario con reconocimiento como profesional sanitario y con capacidad, más que demostrada, para aportar a la salud de la población.

Agradezco el sentimiento de pésame de la representante del Partido Popular. Efectivamente, desde el primer minuto, y sin solución de continuidad, han estado al frente de un servicio básico como es la prestación farmacéutica en todas y cada una de las farmacias comunitarias de este país. Me parece necesario, porque existe suficiente evidencia científica de cómo, por un lado, los pacientes necesitan de una evaluación, de un seguimiento farmacoterapéutico efectivo para mejorar la salud de los pacientes. Que los medicamentos generan problemas de salud es una evidencia que está estudiada desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, y que existe método para poderlo evitar y poderlo prevenir. Por tanto, la propia distribución geográfica de la Oficina de Farmacia, la red de distribución tal

y como se distribuye en el territorio nacional, permite una permeabilidad y un acercamiento de servicios cercanos a la ciudadanía muy potente que, con la metodología adecuada, nos permitiría ganar en salud y ganar en eficiencia para el sistema.

Nos queda dar ese salto de coordinación. Me consta que hay muchas experiencias en el país de relación entre centros de salud, entre farmacias comunitarias, que están trabajando en esta línea de aportar valor al seguimiento farmacoterapéutico y a trabajar por el uso adecuado del medicamento. Pero, como sistema sanitario, falta ese reconocimiento y ese salto para establecer la forma en que esto permitiese una pertenencia efectiva de la farmacia comunitaria en el Sistema Nacional de Salud.

Me preguntaban, no es el papel que han jugado, sino ¿qué ha pasado con las residencias de mayores? Yo creo que la pandemia ha puesto la lente en el ámbito de las residencias de mayores para que veamos con mayor nitidez qué es lo que está pasando. Creo que es una asignatura pendiente el retomar qué ocurre en las residencias de mayores. No descubro nada si digo que los mayores que están institucionalizados son personas con el mismo derecho de asistencia sanitaria, con la misma calidad, que las personas que viven en sus domicilios. Sin embargo, esto no siempre es así y tenemos un panorama de residencias privadas, residencias concertadas, residencias públicas, donde la atención es desigual, donde la profesionalización de las personas que trabajan en las residencias de mayores no es similar en unas y en otras. Yo creo que le toca a las personas que tienen responsabilidad el hacer una definición de cuál es la cartera de servicios. No se puede conformar la administración con sacar un pliego de condiciones, donde, por ejemplo, es una mejora el seguimiento farmacoterapéutico. Creo que hay que definir cuál es la cartera de servicios, cuál es el espacio para la geriatría, qué ocurre con la rehabilitación de estos pacientes y, en definitiva, cuál es la asistencia

sanitaria que reciben como ciudadanos y como ejercicio del derecho a la salud. Mi opinión es que la tutela de la salud de estas personas corresponde a las consejerías de Salud correspondientes. Y creo que habría que tener una profunda reflexión sobre cómo se hace esto. Durante mucho tiempo se ha dejado la responsabilidad en ese espacio sociosanitario nunca definido, nunca terminado de concretar qué es, y mi experiencia lo que dice es que son dos espacios, el sanitario y el social, que no terminan de encontrarse. Creo que tenemos una asignatura pendiente de resolver para el derecho que le asiste a las personas que están institucionalizadas. También creo que faltan profesionales, creo que falta hacer una pensada sobre las competencias profesionales a exigir en una residencia de mayores, y creo que falta hablar de retribuciones. Por tanto, creo que se está dando una desigualdad importante en la atención a estas personas. El análisis es global, no solo por la situación ocurrida en la pandemia.

Hacer un análisis de la pandemia me parece precipitado, precisamente por dedicarme a la salud pública sé que las decisiones se deben analizar cuando tengamos los datos encima de la mesa. Me parece precipitado, tanto para poder evaluar cuál ha sido el papel de la Organización Mundial de la Salud desde el inicio de los primeros casos en China, de los centros europeos, del Gobierno de España o de las comunidades autónomas. Por cautela y por respeto a que no se pueden tomar decisiones simplistas y no se pueden tomar decisiones con la información que tengo hoy sobre lo que podía haber decidido cuando no tenía aquella información. Por tanto, tanto por cautela como por rigor, porque creo que la evaluación en salud pública debe contar, lo primero, con rigor, además de con el principio de cautela y de precaución. Es precipitado, creo que habrá tiempo de analizar y, sobre todo, creo que habrá tiempo de sacar lecciones, que es para lo que creo que hay que analizar

situaciones importantes, como es una crisis en salud pública, que nos permitan tomar decisiones.

¿Por qué una de las propuestas que traigo es contar con una agencia nacional? Básicamente por lo que decía, porque cuando estamos hablando de epidemias que traspasan la frontera de una comunidad autónoma, o mucho más una pandemia, tenemos que dar el papel que le corresponde al Estado. Creo que la estructura central está descapitalizada en este momento, creo que los servicios de vigilancia epidemiológica son absolutamente claves para la toma de decisiones, y, por tanto, necesitamos hacer una profunda revisión. Por poner un ejemplo, sobre el baile de datos al que hacía referencia, yo creo que una entidad como el ministerio no puede estar a expensas de los datos que manden las comunidades autónomas, el baile de datos tiene que ver con los datos que mandan las comunidades autónomas. Por lo tanto, cuando he hecho referencia a contar con sistemas de información que nos permitan, -y decía online- sobre la marcha que el ministerio pueda contar con los datos de manera inmediata y con los datos efectivos, no podemos estar a ver si me los mandan o si me los cambian. Por supuesto que tenemos que tener indicadores que nos permitan una medición absolutamente comparable, no podemos estar hablando de si ha habido más o menos, o la mortalidad entre diferentes comunidades autónomas o diferentes países, no conocemos cómo se ha estado midiendo y si estamos midiendo de la misma manera.

Por eso, por contestar de manera global a lo que tiene que ver, creo que la petición de estar hoy aquí es como experta para la reconstrucción del sistema y no para la evaluación de lo que ha pasado, pero me parece importante, que no deberíamos caer en el análisis simplista, sino tomar tiempo y poder hacer una evaluación cuando tengamos todos los elementos y toda la información encima de la mesa.

En cuanto a la atención primaria, me parece clave. Creo que se ha desdibujado. Cualquier sistema sanitario que se considere potente y con capacidad de respuesta ante las necesidades de los ciudadanos tiene de base una atención primaria potente, y una atención primaria de reconocido prestigio para los ciudadanos, que responde a la satisfacción de los ciudadanos y que nos permite dar respuesta. En los últimos años hemos ido pasando de jugar ese papel fundamental de atención integral a la salud, no solo del paciente, sino de la familia, e incluso de esa atención comunitaria, a convertirse casi en una puerta de entrada para poder llegar a médico de hospital. Creo que esto necesita una reflexión muy importante para reconducir hacia lo que verdaderamente tiene que ser la atención primaria, dotar de mayor autonomía a los profesionales, que tengan capacidad de gestión, recomponer el equipo de atención primaria, incorporar más competencias, tenemos nuevos problemas que atender, con una versatilidad tremenda, desde la detección de problemas de violencia de género, los cuidados paliativos, hasta la atención a muchos nuevos problemas que se incorporar, y, por lo tanto, tenemos que reconducir las competencias de los profesionales. Hacen falta más profesionales de los que conocemos, de la enfermería, y del médico de familia, pero hacen falta otras profesiones que nos permitan recomponer cuál es el papel de la atención primaria. Insisto, existe evidencia científica, más ganancia, menos conste, más salud de una población, tiene que ver con tener una atención primaria potente y que pueda mantener una relación con el nivel hospitalario y con el resto, con los servicios sociales, con la educación, con otros ámbitos que nos permitan una atención holística de la salud.

Seguramente me deje muchas cosas, pero quería terminar como empecé. Me parece que esta Comisión tiene una altísima responsabilidad.

De la misma manera que creo que la descentralización, el modelo es de sistema público, sin duda, gestionado de manera pública y, por tanto, con un papel complementario de la privada, tal y como lo conocemos. El hecho de incorporar en mayor o menor medida la privada tiene que ver con una voluntad política. Hemos gobernado mucho tiempo en Andalucía y en ningún momento hemos puesto en manos de la sanidad privada la gestión de ningún centro, con la misma normativa que haya podido tener la comunidad de Valencia. Creo que esto tiene que afianzarse, por eso reclamaba el cambio en la Constitución española, de manera que podamos afianzar un sistema netamente público, universal y que nadie pueda más poner en tela de juicio la universalidad del sistema sanitario.

Termino haciéndoles una petición de consenso, un ejercicio de generosidad, porque haber dado este paso para crear esta Comisión... Me parece un privilegio que este país pueda contar con el tiempo de sus señorías, así que les resta poner esa generosidad para llegar a un consenso, porque el sistema sanitario lo requiere, y, sobre todo, porque es lo que desean todos los ciudadanos. Ustedes lo saben igual que yo, ahí fuera hay una alta expectativa en que se pongan de acuerdo y lleguen a un consenso para retomar la reforma para fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Espero haber podido aportar un poco. Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señora Baena por haber acudido a este grupo de trabajo, le agradecemos mucho sus aportaciones.

- DE MANUEL CASCOS FERNÁNDEZ, ENFERMERO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO, ELECTROLOGÍA Y ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA. PRESIDENTE DEL SINDICATO DE ENFERMERÍA SATSE.

La señora **PRESIDENTA**: Continuando la sesión, comparece don Manuel Cascos Fernández, al que le agradecemos su asistencia y le damos la palabra.

El señor **CASCOS FERNÁNDEZ** (enfermero especialista en radiodiagnóstico, electrología y enfermería médico-quirúrgica. Presidente del sindicato de Enfermería SATSE): En primer lugar, mi agradecimiento sincero en representación de las enfermeras, enfermeros y fisioterapeutas de nuestro país a todos los grupos parlamentarios por permitirnos aportar nuestra visión e iniciativa para la mejora y fortalecimiento de nuestro Sistema Nacional de Salud tras la grave crisis sanitaria que hemos sufrido y que conllevará, sin duda alguna, también una crisis social, económica y de bienestar para el conjunto de los ciudadanos.

Permítanme, así mismo, expresar mis condolencias y sincero afecto a los familiares de todos los ciudadanos que han fallecido en esta pandemia, de los cuales cerca de 60 eran personal sanitario, y, entre ellos, varias enfermeras y enfermeros, profesionales que dieron su vida por ayudar y cuidar a los demás. Deseo, al mismo tiempo, una pronta recuperación y sin secuelas a todas las personas que han sufrido problemas de salud provocados por el virus.

Espero y confío que esta crisis sanitaria nos ayude a todos a reflexionar y a aprender de errores cometidos para que, si en el futuro ocurre algo similar, seamos capaces, entre todos, de afrontarlo con mayores medidas de protección para los profesionales sanitario, más recursos humanos y técnicos, así como mejor dotación de camas hospitalarias y camas UCI para afrontarlo con más fortaleza, minimizando las debilidades que nuestro Sistema Nacional de Salud ha evidenciado en esta crisis. Estoy seguro que

nuestra sanidad pública saldrá fortalecida de esta crisis si los compromisos públicos adquiridos con los profesionales, los ciudadanos, y la sociedad en su conjunto, realizados por todos los poderes públicos, se materializan y se hacen realidad a corto y medio plazo. Esta crisis nos ha unido a todos en el dolor, el sufrimiento y la solidaridad de los pueblos para afrontarla, y ahora ha de hacerlo también para salir de ella con paso decidido y altura de miras, desde el punto de vista sanitario y también social, pues es probable que afrontemos una caída del PIB de entre el 10 y el 15 %. Ahora nos corresponde afrontar la recuperación de la normalidad, sin olvidar que las listas de espera han crecido exponencialmente, que hay que continuar atendiendo a pacientes con problemas de salud derivados de haberse contagiado por el COVID, sin perder de vista las posibles secuelas psicológicas que sufran nuestros profesionales tras tres meses sufriendo como nadie, y arriesgando su propia salud y la de su entorno más cercano. Y, también será necesario redefinir la atención sociosanitaria con el claro objetivo de cuidar a nuestros mayores.

Por todo ello, consideramos necesario que el presupuesto destinado a la sanidad pública crezca exponencialmente un punto anual del PIB hasta alcanzar el 10 % en 2023. Presupuesto para sanidad que ha de ser con carácter finalista, y diseñar al mismo tiempo medidas para disminuir el gasto farmacéutico respecto del gasto sanitario, acercándonos a la media de Europa, que está un 2 % por debajo de la de España. Al mismo tiempo, consideramos urgente reformar la financiación autonómica para poder destinar más dinero a sanidad y reorientar el gasto a políticas de prevención y promoción de la salud, fortaleciendo los cuidados de una población con una esperanza media de vida de 83 años, la segunda más alta de mundo, solo detrás de Japón. También consideramos esencial que la gestión de compras

sea centralizada, con la participación efectiva de las comunidades autónomas y respetando su capacidad de gestión.

En cuanto a salud pública, solo pedir y proponer que esta sea liderada y cohesionada por el Ministerio de Sanidad, teniendo como referente la Ley de Salud Pública y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Pero si, de verdad, queremos reconstruir nuestro Sistema Nacional de Salud, no será posible sin una apuesta clara y decidida por la prevención, la educación sanitaria y los hábitos de vida saludables, para que nuestros niños, niñas y jóvenes de hoy sean adultos sanos mañana, pues en ello nos va, no solo su salud, sino también la viabilidad y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

España cayó, según la Carga Global de Enfermedades (GBD), publicado en la prestigiosa revista científica *The Lancet*, del puesto 7 al 25 en el ranking de salud mundial. ¿Los responsables? Obesidad infantil, alcohol y tabaco. Al respecto señalar que la obesidad infantil pone en peligro nuestra esperanza actual de vida. Señorías, los costes anuales directos e indirectos de la diabetes son de 22 000 millones de euros al año. Los problemas de salud de la obesidad generan un gasto anual de 2000 millones de euros. El tabaquismo genera un coste de 7000 millones de euros al año, por su enorme responsabilidad ante enfermedades como la EPOC el asma, las enfermedades coronarias y cerebrovasculares o el cáncer de pulmón. La cronicidad hoy causa el 80 % de las consultas de atención primaria y el 60 % de los ingresos hospitalarios, además de generar el 70 % del gasto sanitario. Todo ello, en nuestra opinión, puede sufrir una drástica reducción si dotamos a los centros escolares de una enfermera o un enfermero escolar, con dedicación exclusiva a las personas escolarizadas tendremos enormes beneficios en salud y también en gasto sanitario.

En cuanto a nuestra atención primaria, proponemos una reforma profunda de la misma, que contemple entre otras cuestiones nuevas competencias para las enfermeras y enfermeros, como puede ser cirugía menor, atención domiciliaria y seguimiento a crónicos, hospitalización a domicilio, o el triaje de enfermería en la atención no urgente no demorable. Así mismo, potenciar la atención en fisioterapia, establecer programas de atención a la cronicidad, destinar entre el 20 y el 25 % de los presupuestos sanitarios a la atención primaria, no exceder de una asignación máxima de 1100 personas por enfermero o enfermera, mayor coordinación de atención primaria con la especializada, dotación de recursos y medios básicos de diagnóstico en todos nuestros centros de salud, como puede ser radiología, electrocardiograma o ECO, determinar y planificar la atención a crónicos pluripatológicos y personas dependientes, garantizar la atención a la mujer en todas las etapas de su vida, con al menos una matrona en cada centro de salud, culminar el desarrollo de la llamada prescripción enfermera antes de octubre de 2020, y, por último, respetar el equipo sanitario de un médico, una enfermera.

Pero si hay algo que debemos cuidar entre todos y no escatimar recursos para ello, son los profesionales, los cuales han hecho de dique de contención entre el virus y los ciudadanos. A ellos, como bien ha dicho el presidente del Gobierno públicamente el pasado día 12 de mayo, con motivo del Día Internacional de la Enfermería, les debemos todo y debemos darles todo. Estas palabras resumen la atención y cuidados laborales y profesionales que requieren y necesitan quienes, con entrega, capacidad profesional y decidida valentía han arriesgado su salud y su vida por cuidar y ayudar a los demás en esta crisis de salud pública.

Ellos merecen y necesitan que este Congreso de los Diputados apruebe la Ley de Seguridad del Paciente, tramitada mediante una iniciativa

legislativa popular para dar seguridad a pacientes y profesionales. Necesitan también que se unifiquen sus condiciones laborales y retributivas para evitar desigualdades entre comunidades**,** pues a igual trabajo debe corresponder igual retribución. No es razonable, por otro lado, que se exija a nuestros profesionales el mismo nivel de alerta, vigilancia y capacidad profesional a los 25 años de edad que a los 65, por eso proponemos un itinerario laboral a partir de los 55 años de edad, que posibilita medidas que alivien la carga asistencial en beneficio de otras de carácter docente, tutorías o no realización de turnos de noche. Sin olvidar la necesidad de una ley de bioseguridad y medicamentos peligrosos, una ley contra las agresiones, sobre la que SATSE ha hecho una propuesta que estará encantado de compartir con los grupos de este Congreso, o facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar con la creación de guarderías para los profesionales en los grandes centros hospitalarios. Señalar que de esto último ya hay experiencias muy satisfactorias al respecto en algunas comunidades autónomas.

Por otro lado, es necesario definir los puestos de trabajo de enfermeros y enfermeras especialistas para su progresiva incorporación al sistema sanitario, con el valor añadido que esto conlleva para los pacientes y el conjunto del Sistema Nacional de Salud. También nuestros fisioterapeutas necesitan, en el desempeño de su labor profesional, disponer de un real decreto que regule la indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios.

En cuanto a los recursos y medios que necesita nuestro Sistema Nacional de Salud, proponemos adecuar el número de camas por 1000 habitantes a la media de Europa, España cuenta por 3 camas por 1000 habitantes, mientras en Europa es de 5 por 1000 habitantes. En cuanto a camas UCI, adecuar el número a la media de la OCDE, España cuenta con 9,7 camas UCI por 1000 habitantes, y en la OCDE hay 15,9 por 1000

habitantes. Al respecto, señalar, por ejemplo, que Alemania cuenta con 33,9 camas UCI por 1000 habitantes. Así mismo, consideramos necesario, con vistas a posibles crisis sanitarias de salud pública, adaptar nuestras necesidades de camas de agudo y de camas UCI a lo determinado por el Ministerio de Sanidad para la desescalada en cada autonomía y provincia, que ha planteado entre 37 y 40 camas por 10 000 habitantes para agudos, y de 1,5 a 2 camas por 10 000 habitantes en UCI.

En otro aspecto diferente, en lo referente a la dirección, gestión y participación en el Sistema Nacional de Salud, proponemos profesionalizar la gestión y dirección de nuestra sanidad pública, creación de una dirección general de cuidados, liderada por una enfermera o enfermero, tanto en el Ministerio de Sanidad, como en las consejerías de las distintas autonomías. Establecimiento normativo para que las titulaciones sanitarias universitarias de Grado opten en igualdad a los procesos para cobertura de puestos de dirección y gestión en los centros sanitarios, atendiendo a los principios de igualdad, mérito y capacidad. Incrementar la presencia de enfermeros y enfermeras en puestos de alta dirección y responsabilidad sanitaria. Y, por último, la creación de un órgano estatal y autonómico de participación real de los pacientes, generando compromisos y sinergias en la toma de decisiones, en el que también estén representados, junto a la administración sanitaria, los profesionales sanitarios.

Respecto de la gestión política sanitaria, proponemos el fortalecimiento integral del Ministerio de Sanidad, dotándole de mayores recursos y medios económicos, materiales y humanos, sin menoscabo de la capacidad de gestión de las autonomías, considerándose el Ministerio de Sanidad como esencial y de profundo valor político y estratégico en el conjunto del Gobierno, similar al reconocido a los ministerios de Interior, Hacienda o Justicia. Modificación del reglamento de funcionamiento interno del consejo

interterritorial, dotando de carácter vinculante las decisiones vinculantes las decisiones adoptadas en el mismo, con la participación efectiva de todas las comunidades autónomas. Dotación normalizada e integrada en el Ministerio de Sanidad de un comité científico con carácter permanente, como garantía en la toma de decisiones que así lo requieran. Creación de un observatorio de la mujer, dependiente del Ministerio de Sanidad, con carácter ejecutivo y poder sancionador ante comportamientos y actitudes sexistas y de marcado carácter estereotipado contra la mujer.

Pero si algo nos ha sorprendido a todos y marcado para siempre, ha sido lo ocurrido en los centros sociosanitarios y centros de mayores. Una sociedad civilizada y comprometida con los demás, como la nuestra, no puede permitir que esto ocurra nunca más con nuestros mayores; los mismos de los que hemos heredado sus conocimientos, sus experiencias de vida y nos han ayudado a ser lo que somos. Desde SATSE proponemos realización de una auditoría independiente a los centros sociosanitarios públicos, privado y concertados; dotación adecuada de personal sanitario cualificado que garantice la atención sanitaria y cuidados las 24 horas del día; coordinación reglada y máxima entre el ámbito sanitario y el sociosanitario; y establecimiento de protocolos y normas básicas de obligado cumplimiento de todos los centros sociosanitarios determinadas por la autoridad ministerial correspondiente.

Por otro lado, no podemos ni debemos olvidarnos de proponer y solicitar la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema de salud de cada autonomía antes del próximo 31 de diciembre de 2020. La situación es insostenible y no podemos, ni debemos, olvidarnos de una población que tiene derecho a recibir una atención sanitaria con plenas garantías, y que la falta de medios y recursos humanos y materiales lo impide, pues están privados de libertad, pero no deberían estarlo de una atención sanitaria y

cuidadoso en igualdad como ser humano. Tampoco los profesionales sanitarios de los centros penitenciarios pueden seguir ni un día más sufriendo innecesariamente por sus condiciones laborales y profesionales, que hacen incompatible su calidad de vida personal y laboral con la profesión que quieren ejercer y como les gustaría ejercerla, ayudando y cuidando a los que lo necesitan durante su tiempo de privación de libertad.

Por último, proponemos algo, que en sanidad es vital para continuar avanzado, liderando la atención sanitaria y cuidados a la población, es decir, potenciar la investigación y la formación a los profesionales, pues si en cualquier profesión ambos aspectos son necesarios, en sanidad es vital e irrenunciable por el bien del paciente y el valor añadido de nuestro Sistema Nacional de Salud. Por ello, proponemos un incremento del presupuesto destinado a investigación y formación de los profesionales sanitarios a través de los Presupuestos Generales del Estado; creación en cada autonomía de un comité científico que regule y gestione los recursos destinados a la investigación, y donde se garantice la participación efectiva de la profesión enfermera.

Termino, señorías, con la confianza de que los compromisos públicos y los reconocimientos con nuestro Sistema Nacional de Salud y sus profesionales, expresado reiteradamente por todas las instituciones públicas, privadas y de toda índole, se materialicen y se hagan realidad, y que esta no sea una más de las que, tras el interés inicial por resolver, poco a poco vayamos cayendo en el olvido y la pereza, y lo que antes era incuestionable e irrenunciable se convierta en liviano y pasajero. Si eso ocurre, pagaremos las consecuencias, sin duda alguna, pero, sinceramente, ni nuestra sanidad pública, ni los ciudadanos, ni nuestros profesionales sanitarios merecen que se les ponga nuevamente al límite de sus posibilidades y capacidades físicas,

profesionales y psíquicas. Ustedes, señorías, pueden contribuir a que eso no ocurra.

Muchas gracias.

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

A continuación, tienen la palabra los representantes de los grupos parlamentarios.

Tiene la palabra el Grupo Euskal Herria Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Buenas tardes. Muchas gracias, señor Cascos.

Quisiera aprovechar la oportunidad de que trasmita a sus compañeras y compañeros nuestro agradecimiento por la entrega, el homenaje a todas las personas que han fallecido, a todas las que han enfermado, a todas las que han estado trabajando. Y quisiéramos que trasmitiera también nuestro reconocimiento a las familias de las profesionales y lo profesionales, que, en buena parte también, han tenido que aguantar -y todavía siguen- esta situación.

Con respecto a las propuestas que nos trae, tengo que agradecerle la extensión y la amplia panoplia de propuestas, que recogen tanto atención primaria, como atención especialista, y dirección y gestión de actividades. Cuando hablan de dotación de enfermería escolar en general, ¿hablan de enfermería escolar específica en el centro o sería dentro de una coordinación con los centros de salud comunitarios, en coordinación para varios centros? Lo digo por tener una visión en ese aspecto, que es importante, porque todo el mundo sabemos el amplio tema de trabajo que tendría una cuestión de enfermería dentro de los menores, desde crónicos, hasta atención en escuelas

o educación de la salud. Si han profundizado en ese sentido, nos interesaría saberlo.

Con respecto a la atención primaria, totalmente de acuerdo con el papel de la enfermería. Hay que tener en cuenta que en el aspecto académico ha habido cambios importantes a la hora de considerar los estudios universitarios, y, sin embargo, en lo laboral, no se ha llevado a cabo, ni en la práctica ni en el reconocimiento.

Cuando se habla de la necesidad del reconocimiento económico, que sea igual dentro de las diferentes autonomías, ¿no podría tener consecuencias negativas en regiones como la nuestra, que los niveles de vida son prácticamente un 30 o un 40 % superiores? ¿no podría tener un empeoramiento de las condiciones salariales y de empleo para aquellos trabajadores y trabajadoras que están viviendo en comunidades en las que las condiciones de vida son mejores y que un piso, la compra o los estudios son más caros que en otras partes? ¿Tienen esto pensado o estructurado a la hora de hacer ese reconocimiento?

Con respecto a las necesidades de compras centralizadas, ¿qué razones ven para que sea necesario mayor centralización? ¿Una mayor centralización no conllevaría a que sería también una mayor centralización en lo productivo, y perder así en la industria de la producción de manera, que nos llevara a una mayor centralización en favor de las multinacionales?

Agradecerle la intervención, la visión es muy general, muy amplia y muy concreta en esos aspectos.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Gracias, presidenta.

Buenas tardes, señor Cascos. Muchas gracias por sus aportaciones, como siempre han sido integrales y muy interesantes.

Ya mantuvimos una relación cordial con ustedes justo antes de esta pandemia. Tengo que decir que compartimos prácticamente todas sus reivindicaciones, como ya le dije en su día. Hoy, si cabe, el compromiso de Ciudadanos con los sanitarios de enfermería es mayor.

Como sabe, vamos a apoyar y a defender la iniciativa legislativa popular que ustedes tienen presentada en esta Cámara, para garantizar los ratios de enfermero en la seguridad del paciente, que, a fin de cuentas, es lo que más nos interesa a todos.

Lo primero que quiero es que trasmita a su colectivo nuestro pésame por los compañeros que han caído, el infinito agradecimiento de mi grupo parlamentario y el orgullo que ha sido verles trabajar y seguir viéndoles trabajando incansables por la seguridad de todos. Y lo siguen haciendo. Usted ha dicho que hay que prever los posibles daños psicológicos que puedan llegar a tener por tanto esfuerzo. Sin duda, nos van a tener en esas, y presentaremos iniciativas también en ese sentido.

Dicho esto, le voy a plantear unas pocas preguntas, no van a ser muchas porque se nos va de tiempo el tema. ¿Qué datos tiene el colectivo de enfermería de contagios y fallecimientos entre los propios profesionales? Como organización sindical en el ámbito sanitario, ¿tienen ustedes alguna información que arroje luz sobre las terribles cifras de fallecimientos por el COVID-19? ¿En cuanto estiman el déficit de personal, que ya anteriormente sufríamos, como ya me trasmitió en su día, y que ahora ha quedado más visible con esta pandemia? ¿En qué zonas ha sido más acuciante este déficit? ¿Qué medidas creen más efectivas, y sobre todo urgentes, para evitar o tratar un posible rebrote de forma que no nos afecte tanto?

Nuestros mayores. Usted lo ha mencionado, ha sido usted muy prolijo en la exposición, pero ¿qué proponen concretamente para la mejor atención a nuestros mayores en residencias y fuera de ellas?

En cuanto a la enfermería escolar, no podemos estar más de acuerdo. De hecho, creemos que se debería establecer lo antes posible. ¿Con qué criterios básicos podría establecerse ese servicio?

Sin más, le quería decir lo que ya le dije al principio, estamos orgullosos de este colectivo de personal sanitario, que felicitamos, además, por el merecidísimo Princesa de Asturias. Nuestro grupo parlamentario, como ya se lo ofrecí en su día, quiere ofrecerse para defender tanto la ILP como todas aquellas reivindicaciones que les surjan, transmítalo a sus compañeros, estamos orgullosos de ustedes.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra Junts per Catalunya.

La señora **CAÑADELL SALVIA**: Buenas tardes. Gracias por su exposición.

Dos preguntas. Todos estamos de acuerdo en que el colectivo que usted representa ha dado el cien por cien durante la pandemia, pero también antes de ella. ¿En qué medidas están trabajando por un rebrote? Y después, no he entendido muy bien, como anteriormente ha preguntado el compañero de Bildu, sobre la enfermera escolar, ¿en qué dimensión o cómo la visualizan?

Agradecer todo lo que han hecho por nosotros.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Republicano.

El señor **ERITJA CIURÓ**: Muchas gracias, presidenta.

Muy brevemente. Sumarme a los agradecimientos y que traslade a sus compañeros y compañeras todo el trabajo que han hecho estas semanas desde el COVID, que el esfuerzo que han hecho ha sido por encima de lo que deberían.

Estamos totalmente de acuerdo en que pueden y deben asumir más competencias de las actuales, básicamente porque el trabajo que están haciendo puede tener mucha más cobertura a partir de la asunción de varias competencias. Simplemente decir que la asunción de competencias también quiere decir responsabilidades, y esto tiene que ir acompañado con recursos, lo digo porque no pueden ustedes asumir más competencias y responsabilidades sin recursos detrás. Supongo que ya lo tienen en cuenta.

Creo que ya tienen ustedes delegaciones en las diferentes comunidades autónomas, a las que han trasladado las mismas propuestas que ha planteado usted aquí, básicamente porque muchas de las propuestas son competencias directamente de comunidades autónomas por tema de gestión sanitaria.

Muchas gracias.

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

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenas tardes. Don Manuel Cascos, muchas gracias por haber acudido.

Nuestro grupo tenía mucho interés en que nos explicara la iniciativa legislativa popular que ustedes registraron sobre ratios de enfermeras. Acaba de hablar del ratio de enfermera-médico 1:1, que me imagino que se referirá

a atención primaria. ¿Qué información tienen sobre ratio médico-enfermera en otros países de nuestro entorno? ¿sabe usted si en el consejo interterritorial se ha tratado alguna vez de esta cuestión, sobre ratios?

Esperemos que este otoño no haya ningún tipo de pandemia, pero si lo hubiera, ¿qué se podría llevar a cabo para mejorar todo esto que hemos pasado? ¿qué planes tienen?

Quería comentarle una noticia que ha salido sobre los rastreos de los casos nuevos, que en Cataluña se privatiza el seguimiento de los contagios. Exactamente dice la noticia: la actitud de la conselleria ha sido peligrosa y se ha dado un paso atrás, porque no se dotará a la atención primaria de los recursos necesarios, porque la Generalitat catalana contrata a empresas privadas para hacer seguimiento de contactos por coronavirus. La empresa Ferrovial hará el seguimiento telefónico de los contactos de los que han dado positivo con un contrato de 17,6 millones de euros. Yo le planteo, ¿cree que deben ser enfermeras o enfermeros de atención primaria y comunitaria los que hagan la detección, valoración y seguimiento porque son los que tienen formación y competencias en salud pública?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Vox.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Buenos días.

En primer lugar, quiero que mis palabras vayan como reconocimiento al heroísmo, a la generosidad, al altruismo, y todos los adjetivos que puedan ser posibles para ensalzar el heroísmo con el que se ha enfrentado todo el personal sanitario a esta pandemia, porque hemos visto todos los días cómo han dado la vida, no les ha importado contagiarse y han dado un ejemplo

absolutamente admirable. Desde nuestro grupo parlamentario de Vox en el Congreso queremos hoy rendirles un emotivo homenaje a todos ellos.

Recordar cuál ha sido la situación de estos profesionales. Quiero que conste en el acta, porque luego, las conclusiones a las que llegue esta Comisión, no van a tener nada que ver con lo realmente ha pasado, pero nuestro compromiso no es solo con los enfermeros que están ahora mismo todavía enfermos o con los que ya han fallecido, sino también con el resto de fallecidos y con el resto de gente que está enferma en esta pandemia, que, por desgracia, según estamos viendo los derroteros que está tomando esta Comisión, van a ser los grandes olvidados a la hora de llegar a las conclusiones finales, y ojala me equivoque.

Estamos hablando de un personal sanitario que, acuérdense que en un principio ha trabajado con bolsas de basura porque no había equipos de protección individual, a los que tuvieron la desfachatez de darle aquellas mascarillas *fakes*, que no filtraban, que no protegían, y que asistíamos al espectáculo de que se contagiaban a diario centenares de sanitarios creyendo que estaban protegidos por unas mascarillas que no funcionaban, por todo el material defectuoso con el que han tenido que trabajar, incluso los respiradores, todo el tema oscuro que ha habido en torno a las adjudicaciones de este material de gente sin escrúpulos a los que les ha importado un pimiento la seguridad y la sanidad de nuestros heroicos y admirables sanitarios. Y, como digo, todo lo que ha sido la gestión de los respiradores, que se perdían, que no llegaban, que no funcionaban, etcétera.

Yo quería preguntarle acerca de si han emprendido ustedes, como sindicato, y en qué situación está, acciones judiciales por todo este tipo de tropelías que se han cometido contra la seguridad del personal sanitario. Incluso hoy mismo, ya hemos visto a la fiscal general del Gobierno, porque no puede llamarse fiscal general del Estado, que está más preocupada en que

se archiven las cosas, incluso sin leerlas en todo lo referente a estas causas que se han abierto por la gestión, presuntamente criminal, de este Gobierno. Quería saber qué tipo de acciones legales ha emprendido su sindicato contra este tipo de negligencia, que incluso le han costado la vida a más de un sanitario.

Quiero acabar reconociendo de corazón el admirable trabajo, la tranquilidad que nos ha dado su profesionalidad y lo bien que lo han hecho todos los profesionales de la sanidad, que, para nosotros, han dado un ejemplo de patriotismo, de generosidad y admirable abnegación, y cómo han dedicado la vida y su salud a los demás.

No tengo más palabras que un emocionado recuerdo, especialmente a las familias de aquellos que hayan perdido a héroes en estas condiciones.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

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

En primer lugar, darle la bienvenida a esta Subcomisión de Sanidad y Salud Pública a don Manuel Cascos, y agradecerle las propuestas que, de antemano, nos había hecho llegar a la Subcomisión.

Felicitarles como enfermera y agradecerles todo el trabajo que vienen haciendo con el objeto de buscar un efectivo desarrollo de la profesión enfermera, de las enfermeras especialistas y los fisioterapeutas, junto con la mejora de las condiciones laborales y el aumento del reconocimiento social de la profesión. Y, muestra de ello ha sido el respaldo que han tenido para poder presentar la iniciativa legislativa popular sobre ratios de enfermeras

para garantizar la seguridad del paciente en centros sanitarios y otros ámbitos.

Hablando de reconocimientos, les traslado en nombre del Grupo Popular la felicitación por el reciente premio Príncipe de Asturias a la concordia, más que merecido, como muestra del reconocimiento a las profesiones sanitarias por el trabajo realizado durante esta pandemia de la COVID-19. Esperamos también una pronta recuperación para todas las enfermeras afectadas por la COVID y condolencias a las familias de las que han fallecido. Estoy segura que no podría trasladar muchas experiencias vividas por nuestras compañeras durante esta crisis de la COVID-19, con respecto al material de protección, a las dotaciones de personal, a la formación que necesitaban y que no ha dado tiempo a recibir, a la habilitación de espacios en los centros sanitarios para actividad asistencial, tanto en unidades de hospitalización como en intensivos, a la incorporación de las enfermeras en funciones sindicales para pasar a actividad asistencial, a sus largas jornadas de trabajo sin apenas poder descansar, o no poder conciliar con sus familias por miedo a posibles contagios. Y qué decir de sus secuelas psicológicas.

Pero, es momento de aportar soluciones ante situaciones pasadas muy mejorables y ante estas situaciones, ¿qué propuestas tendríamos que identificar ante futuras pandemias en materia de recursos humanos y que puedan tener una implantación inmediata? ¿cómo valora que se cree un pool nacional de personal especializado para desplazarse a otras áreas sanitarias, bien en apoyo, bien en formación?

Desde que se aprobó la LOS y la ley del estatuto marco, pocos avances en materia de recursos humanos podemos enumerar. Con la ley del estatuto marco se garantizó un modelo retributivo de estructura común para todo el Sistema Nacional de Salud, en el que las retribuciones básicas incluyen,

además del sueldo base y los trienios, las pagas extraordinarias y otra parte que se encuadra como retribuciones complementarias en concepto de carrera profesional. ¿Se debería contemplar una retribución específica como consecuencia de situaciones, como la que hemos vivido de pandemia, que compense el tremendo esfuerzo realizado por atender y cuidar a miles de personas como ha sido el caso del coronavirus COVID-19? Por supuesto, acordada dentro del marco del diálogo social en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, y no dejarlo al albur de cada una de las comunidades autónomas.

Somos el primer país en profesionales sanitarios contagiados, y en gran parte ha sido por no disponer de material de protección adecuado, contando además con un retraso en la compra o una mala gestión en las compras. Ustedes llegaron a denunciar esta situación a la OMS, porque, desde luego, el incremento de enfermeras contagiadas era como para tomar medidas como esta, felicitaciones por ello. ¿Qué valoración hace sobre que se cree una reserva estratégica de material y donde considera que se debe ubicar?

En el ámbito de la formación, se abre un nuevo escenario postCOVID-19, ¿cómo considera que debemos adaptarla a los cambios generados en el entorno sanitario y que, además, generemos ese efecto motivador para las enfermeras?

Con respecto a la coordinación de la asistencia sanitaria, atención primaria y atención sociosanitaria. En esta pandemia hemos visto que tenemos que trabajar en áreas de mejora, usted nos ha planteado alguna, pero pueden ir otras con respecto a la adecuación de las competencias profesionales de las enfermeras de familia y comunitaria, o la enfermera de geriatría, la utilización de la historia clínica electrónica, las nuevas tecnologías para el seguimiento de los pacientes crónicos, o definir en la cartera de servicios y atención primaria una actualización de sus servicios

con un catálogo de prestaciones, la última actualización creo que fue de 2019, que permitan establecer indicadores claves de evaluación y si los servicios de las carteras se organizan en turnos a la asistencia o grupos poblacionales. En el caso de los mayores, tendremos que tener en cuenta los lugares donde vivan, tanto domicilio como residencia. ¿Cómo cree que están participando en la reforma de la atención primaria? ¿se les está teniendo en cuenta?

La riqueza de las líneas estratégicas de futuro solo será eficaz si partimos del consenso, no solo de los grupos parlamentarios de esta Cámara, sino también de los trabajos que organizaciones como la suya pueden trasladar a los diferentes foros de participación.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias. Bienvenido a este grupo de trabajo sobre Sanidad y Salud Pública de la Comisión de Reconstrucción, don Manuel Cascos, presidente de SATSE, sindicato de Enfermería.

Es un grupo de trabajo en el que estamos con el ánimo de construir. Los ciudadanos y las ciudadanas no están mirando, y nuestra responsabilidad es buscar y acordar los pilares básicos para que nuestra sanidad, que ha dado una respuesta excepcional en estos momentos, y sus profesionales se vean reforzados y acordemos buscar esos acuerdos para fortalecerla. Venimos con el ánimo de trabajar, de construir y de lograr el máximo consenso. Desde luego que ahí nos van a encontrar al Grupo Parlamentario Socialista.

Quiero también expresar mi sentimiento más profundo por la pérdida de vidas humanas, entre las que están sus compañeros de profesión, y

trasladar también el ánimo y nuestra solidaridad con todos los afectados. También en nombre del Grupo Parlamentario Socialista quiero darles la enhorabuena como profesión sanitaria, como profesión enfermera por el premio Princesa de Asturias, un premio justo y merecedor de que ustedes sean premiados con este reconocimiento, de toda su profesión, pero, en especial, de estos meses, de estas semanas, en las que ustedes, la profesión enfermera, junto con otros profesionales sanitarios, han dado la cara, nos han curado, nos han atendido y nos han acompañado hasta en el momento de la muerte. Muchísimas gracias.

Tengo varias cuestiones que hacerle, son bastantes. Voy a empezar por los pacientes, ¿cómo cree usted que debe ser el papel de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud? ¿de qué manera, desde su punto de vista, se podría promover el autocuidado y la autonomía de los pacientes? Y, en especial, ¿qué ventajas cree que nos plantean las tecnologías al respecto?

En cuanto al papel de la enfermería, ¿cuál considera usted que debe ser el papel de la enfermería, sobre todo en la atención primaria, y de qué manera este papel podría reforzarse?

Quiero hacer una mención especial a los condicionantes de género. Me gustaría que nos diera su opinión sobre de qué manera impactan los condicionantes de género en la profesión de enfermería.

También quiero tocar un tema que se refiere a las agresiones a los profesionales sanitarios, ¿qué medidas considera usted que deberían implementarse para reducir las agresiones a los profesionales sanitarios?

En relación a la atención sociosanitaria, quisiéramos saber si considera usted que en nuestro país hay una adecuada atención y coordinación sociosanitaria.

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, ¿qué opina al respecto?

¿Qué propuestas nos plantea para abordar el reto demográfico y su impacto en la salud de las personas? Cronicidad, solidad no deseada, dependencia.

Y para ir finalizando, cómo desarrollar la enfermería de enlace y cómo ve el papel de la primaria en la coordinación con las residencias. Y cómo cree usted que se debería abordar la atención en domicilios y cuál sería aquí el papel de la enfermería, qué nuevos roles correspondería y si se requieren cambios colectivos.

Ya sé que son muchas preguntas, pero el tema es muy interesante. Ya termino. Si le parece oportuno, nos podría ofrecer un listado de propuestas que quieren ustedes que atendamos, incluso ya recopilando las de su intervención inicial.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Para dar respuesta a todas sus preguntas tiene la palabra el señor Cascos.

El señor **CASCOS FERNÁNDEZ** (enfermero especialista en radiodiagnóstico, electrología y enfermería médico-quirúrgica. Presidente del sindicato de Enfermería SATSE): Muchas gracias.

Voy a intentar dar respuesta a la demanda de toda la información y las dudas que plantean, si alguna queda pendiente, no ha sido intencionado, les agradecería que me las recodasen y encantado.

Permítanme, si os parece, empiezo de abajo a arriba, igual que se han planteado y, probablemente, vaya aglutinando, intentando dar respuesta de

manera global a algunas cosas que tienen repercusión, directa o indirecta, con las intervenciones de otros grupos.

Evidentemente, recogemos el guante y no duden que trasladaremos al conjunto de profesionales sanitarios, y de manera especial a las enfermeras, enfermeros y fisioterapeutas, el agradecimiento profundo y sincero que han expresado sus señorías por el trabajo desarrollado durante esta pandemia, pero también en el día a día desde que son profesionales como enfermeras y enfermeros y existen como profesión, cosa que comparto.

Hay una cuestión que han planteado casi todos los grupos en cuanto a la enfermera escolar. El modelo que nosotros planteamos de enfermera escolar es una enfermera dedicada de manera selectiva y exclusiva a los centros escolares, perteneciente a Salud, ubicada en el centro de salud, pero con dedicación laboral exclusiva a los centros escolares. Al respecto, permítanme que haga una referencia que nos va a ayudar a comprender la transcendencia de este planteamiento en la prevención y en la educación. En nuestros centros escolares nos encontramos niños, niñas y jóvenes con asma, con diabetes, con epilepsia, con alergias, celiacos, enfermedades raras, discapacitantes, alteraciones conductuales o bronquitis, pero, además, ocurren con frecuencia problemas agudos como son convulsiones, caídas, accidentes, traumatismos, heridas, paradas cardiorespiratorias, o atragantamientos. En cuanto a la situación de las familias con niños con problemas de salud, les genera una inseguridad permanente y una ansiedad continuada, porque no conocen exactamente el grado de seguridad de su hijo o de su hija, que tiene un problema de salud crónico, durante el tiempo que permanece en el centro escolar. Eso da lugar a un absentismo del padre o de la madre, y, en ocasiones, con abandono del trabajo, que, circunstancialmente, cuando eso ocurre, quien lo hace generalmente es la madre. Decirle, que no estamos diciendo nada descabellado cuando hacemos

esta propuesta para la prevención y para la educación, ya hay países donde existe y es una realidad con excelentes resultados, como Reino Unido, Francia, Estados Unido, Canadá, Suecia o Noruega. ¿En España tenemos alguna situación? Yo diría que pobre y desordenad en la Comunidad de Madrid. En Euskadi en su día se apostó decididamente, pero no tengo tan claro que en estos momentos se siga con ese ímpetu inicial. Y en la Comunidad de Murcia. Pero, insisto, de manera desordenada y sin mucho convencimiento.

Yo creo que es vital que entre todos seamos capaces de poner en marcha esta figura, y entiendo que a sus señorías les preocupe. Pero, ¿esto cuánto vale? Pues esto vale 18 euros por habitante y año, es lo que vale poner una enfermera o un enfermero en cada centro escolar en nuestro país. Ese es el coste que tiene. Yo creo que merece la pena, por nuestros hijos, por nuestras hijas, nuestros niños, nuestras niñas y los adolescentes.

Planteaba el representante de Bildu en cuanto al reconocimiento económico, si podría ser negativo a otras comunidades. En absoluto. Cuando pedimos que haya una igualación salarial o retributiva, intentamos mejorar la de todos, pero siempre respetando la singularidad de aquellos territorios que, por circunstancias concretas, sus profesionales tengan una situación diferente. Y también, teniendo en cuenta que estamos hablando de conceptos elementales y básicos, sabiendo que cuando cambias de autonomía, la situación de conceptos como la nocturnidad, los domingos, los festivos o las guardias, se generan en la mesa sectorial donde se negocias esos conceptos concretos, que, evidentemente se perciben si realiza esa actividad, y si no, no.

En cuanto a las compras centralizadas, nuestro planteamiento es coordinar desde el Ministerio de Sanidad, por facilitar el ahorro que eso pueda conllevar, pero, sin lugar a dudas, con participación efectiva y real de

todas las comunidades autónomas. Una cosa que entiendo que es positivo y que puede ahorrar dinero a los presupuestos del Sistema Nacional de Salud no puede convertirse en negativo para las comunidades autónomas, o, incluso, para el presupuesto del conjunto de los centros sanitarios. Son propuestas para la mejora, nunca para el perjuicio.

Junts per Catalunya plantea lo de la enfermera escolar, creo que he dado respuesta.

De ERC, ¿se establece un crecimiento en competencia con más recursos? Totalmente de acuerdo, no es posible hacer más con lo mismo. Es decir, esta crisis sanitaria ha evidenciado las debilidades de nuestro Sistema Nacional de Salud, y fruto de que creo que todo el mundo ha tomado conciencia de esas debilidades, es por lo que, en un momento determinado, se decidió poner en marcha la Comisión de la Reconstrucción del Sistema Nacional de Salud. Hay cosas que han favorecido que en nuestro país la epidemia se haya comportado de manera diferente a otros países, en eso hay que tener en cuenta la situación profesional, evidentemente, la situación y dotación de camas de agudos, y la situación de camas UCI. Por tanto, con vistas a posibles rebrotes, creo que hay que solucionar dos problemas importantes, que, además lo han dicho autoridades al respecto, que saben y conocen nuestro Sistema Nacional de Salud. Me estoy acordando en este momento del exministro de Sanidad, Julián García Vargas, que, en una entrevista pública hace una semana, ha dicho que nuestro Sistema Nacional de Salud tiene dos problemas importantes, la falta de enfermeras y la falta de camas de media distancia, que llevamos lustros con ese problema y que ningún gobierno ha sido capaz a fecha de hoy de resolverlo.

Por tanto, cuando se ha planteado de manera global que cómo podemos abordar un posible rebrote, yo creo que podemos abordarlo creando un estocaje de medidas de prevención para que nuestros profesionales no sufran

por no tener medios de protección. Como profesionales que somos asumimos riesgos naturales y normales de nuestro ejercicio profesional, pero no es razonable que se nos someta a riesgos añadidos por falta de medidas de protección. Por tanto, esperemos que hayamos aprendido la lección, que creemos un estocaje en cada comunidad autónoma, perfectamente planificado y establecido, para que si ocurre haya disponibilidad más que suficiente y que nuestra prioridad esté garantizada. Por una cuestión, si los profesionales sanitarios se contagian y hay que aislarlos, ¿quién sigue cuidando y atendiendo a los ciudadanos?

Otra cuestión es importante, hay que incrementar las camas de media distancia de manera importante. Por eso, en Madrid se tuvo que habilitar de manera urgente un hospital para dar cabida a 5000, ¿por qué? Porque no era posible abordar y asumir la necesidad de atender pacientes COVID, teniendo en cuenta que eso se hizo al mismo tiempo que se suspendió toda la actividad programada no urgente, actividad quirúrgica, actividad de pruebas diagnósticas y actividad de consultas externas. Pues, aprendamos la lección y seamos capaces de prever para, en no más de dos o tres días, posibilitar el número de camas que necesitemos. Y, camas UCI. Alemania, 39,9 por 1000. España, muy por debajo. Si observamos el comportamiento de la epidemia, por ejemplo, en Alemania, ha sido diferente en positivo a España. Dos cuestiones a tener en cuenta, el ratio de enfermeras por mil habitantes es muy superior al de España, y la disponibilidad de camas de agudos y de camas UCI también es muy superior al de España. Aprendamos la lección. Creo que el diagnóstico está bien hecho entre todos, apliquemos el tratamiento por si esto ocurre otra vez, que no tengamos que sufrir de la manera que lo hemos hecho.

A Ciudadanos le agradecemos el apoyo a la iniciativa legislativa popular. Es verdad que nos vimos antes del virus, y agradecí la sensibilidad,

también la he recibido de varios grupos de los aquí presentes, a la Ley de Seguridad del Paciente.

Los contagios a los profesionales, a fecha de hoy son unos 52 000, el 22 % del total de personas que se han contagiado. En mi opinión elevado, por diversas circunstancias que yo no voy a poner sobre la mesa en estos momentos, por varias razones, porque todo el mundo ya ha opinado al respecto, y además de manera pública, por lo tanto, no les voy a cansar con nuevos datos y opiniones, que el que tiene interés en el tema se ha informado de lo que piensa cada uno. Pero sí le puedo decir que los índices de contagio en China, en Estados Unidos o en Alemania son infinitamente inferiores, hasta en Italia, con lo que ha ocurrido, es del 10 %, en España del 22, en China del 3,4, en Estados Unidos del 4 %. Por tanto, en algo tendremos que estar pendientes y mejorar para que no vuelva a ocurrir esa situación.

En cuanto al déficit de personal, creo que he contestado en mi intervención inicial. Un déficit estructural, y por eso hemos sufrido más.

Si les parece engancho con la situación de la ILP y la falta de profesionales. Mire, he de decirle algunas cosas al respecto. El ratio de enfermero-médico en Europa es de 2,5 enfermeras por médico, en España es de 1,4. Pero es que en Dinamarca es de 4,6; es decir, en Dinamarca hay 4,6 enfermeras por cada médico, y en España solo 1,4. Tengamos en cuenta que la particularidad natural de la jornada de trabajo de las enfermeras es de lunes a domingo, de 8 a 8, por tanto, ha de dar cobertura a mucha mayor asistencia, de ahí la necesidad que porcentualmente sea superior a la de los compañeros médicos. En cuanto a enfermeras por 1000 habitantes, la media de la Unión Europea es de 8,8, y en España es solo de 5,3. Dinamarca tiene 16,9, Alemania 13,3, Holanda 12,2, Suecia 11,1, Francia 10.2 o Bélgica 11,1. Es decir, la inmensa mayoría de los países de la Unión Europea han apostado hace tiempo decididamente por las enfermeras y los enfermeros, y siguen

apostando. Cada verano, que es cuando los nuevos graduados enfermeros salen de las facultades de Enfermería, son reclamados de manera insistente para ser llamados a los países del entorno europeo por su excepcional formación, capacitación y competencia. Son requeridos y admirados como profesionales. Creo que no es razonable que haciendo falta en nuestro país 87 000 enfermeras y enfermeros en la sanidad pública, cuyo coste es de 55 euros habitante/año, no es razonable que nos gastemos los dineros en formarles y que luego Europa se aproveche de esa excelente formación, cuando en nuestro país tenemos necesidades de esos profesionales. Mucho más si tenemos en cuenta que la esperanza de vida nos va a llevar a la dependencia, mucho paciente crónico y pluripatologías. Se van a necesitar muchos cuidados, y los cuidados, por excelencia y porque la ley así lo requiere, los dan profesionales titulares en cuanto a la dirección, evaluación, planificación y desarrollo de los cuidados, son las enfermeras y los enfermeros.

Permítanme que les dé dos o tres datos que nos sitúan en la gravedad de lo que significa que no haya un número suficiente, o, dicho de otra manera, una asignación máxima o excesiva de pacientes por enfermera. Estudios científicos han acreditado al respecto que por cada paciente por encima de 7 que se asigna a una enfermera o a un enfermero, la mortalidad se incrementa un 4 %. En nuestras UCI, cuando se asigna por encima de 2,5 pacientes por enfermero, la mortalidad se incrementa en 3,5 veces. Son datos que no digo yo, los dicen los científicos que se han preocupado en informarse. Voy a intentar trasladarles las consecuencias que puede tener una baja dotación de enfermeras y enfermeros para el paciente. Una baja dotación aumenta los costes, incrementa los reingresos, alarga las estancias, incrementa las infecciones, las úlceras, las demoras en la atención, los

efectos adversos no detectables como hemorragias o situaciones de inversa; en definitiva, deshumanización de la atención sanitaria.

Me planteaban desde Vox la situación de los profesionales durante la crisis. Como bien dice, ha sido una pandemia generalizada que ha sufrido nuestro país, que ha sufrido Europa y que ha sufrido todo el mundo. Es verdad que con un comportamiento diferente, probablemente una parte achacada -y los científicos aún no se han puesto de acuerdo- a la evolución natural del virus, y otra circunstancia diferente, porque no es lo mismo abordar una crisis, como la que ha provocado el coronavirus, con una dotación de medios y recursos, que no es de hoy, que es de hace muchos años. Lo he dicho antes, que Julián García Vargas ha dicho varios lustros. Lo digo, porque yo quiero alejarme de la confrontación política, seamos capaces de aislar las cuestiones políticas de lo que realmente necesita nuestro Sistema Nacional de Salud, y renunciemos a culpabilizar a nadie. Nuestro Sistema Nacional de Salud, lo hemos dicho muchas veces y muchas personas, hace mucho tiempo que está al límite, y no podemos seguir de esa manera si queremos responder, no solo para la pandemia, sino ante situaciones normales. Permítame que le ponga un ejemplo, todos los años sabemos que va a haber gripe, y todos los años, cuando viene la crisis de la gripe, tenemos dos problemas, las urgencias se masifican, las camas se ralentizan y las esperas en la urgencia para acceder a una cama, se prolongan. Eso evidencia que hay un problema estructural en nuestro Sistema Nacional de Salud, insisto, que no es de hoy, que llevamos lustros en esta situación. Por eso he pedido en mi intervención que creo que tienen que cambiar algunas cosas, que creo que el Ministerio de Sanidad debe ser un ministerio estratégico, con un componente y valor político importante. Una crisis sanitaria ha puesto en jaque a todo el país, a todos los sectores, aprendamos

la lección, porque puede volver a ocurrir, no sabemos cuándo, pero puede volver a ocurrir, que nos pille preparados de otra manera.

Por el Partido Popular se plantean varias cuestiones, de la ILP creo que ya he informado al respecto, ante una posible pandemia, creo que también he hecho referencia en cuanto a los recursos humanos. Planteaba si sería conveniente establecer un pool para que se pueda desplazar de unas comunidades a otras. Si respetamos la ratio de Europa no es necesario ningún pool. Es decir, si dotamos a nuestros centros sanitarios de la dotación real que se tiene de profesionales, y, especialmente de enfermeras y enfermeros no hace falta ningún desplazamiento, ni crear ningún pool, porque tendremos respuesta estructural para asumir lo que nos pueda venir.

En cuanto a compensación a los profesionales, nosotros lo hemos pedido públicamente con humildad en dos ocasiones. Creemos que el agradecimiento que sus señorías han expresado a los profesionales es de valorar, sé que es sincero, pero también es verdad que creo que es razonable que, de alguna manera, el exceso de estrés, de sufrimiento, y el permanente contacto durante estos meses, aunque se hace de manera natural en el día a día, con el dolor, con el sufrimiento, y con demasiada frecuencia con la muerte en esta crisis sanitaria, se les compense a los profesionales sanitarios con medida de mejora laboral, coyuntural y circunstancial, acotadas en el tiempo de esta crisis sanitaria.

En cuanto a lo sociosanitario, nosotros estamos convencidos que los centros sociosanitarios deben ser liderados por las enfermeras y los enfermeros, por una sencilla razón, porque lo que necesitan, sobre todo, las personas de los centros sociosanitarios y de las residencias de mayores son cuidados. Y como son cuidados, los líderes en cuidados son las enfermeras y los enfermeros. Por eso he dicho en mi intervención que creemos que es necesario, sin perder de referencia el componente de psicopatología, de

dependencia y de cronicidad, que el Ministerio de Sanidad y las distintas comunidades autónomas, y ya hay comunidades autónomas que lo han puesto en marcha como Castilla La Mancha, una dirección general de cuidados liderada por una enfermera, para que trascienda la planificación de los cuidados desde la propia consejería hasta el conjunto de la estructura del servicio de salud y llegue a los centros sanitarios.

En cuanto a la reforma de la atención primaria, he intentado ser lo más concreto posible en el conjunto de medidas que he propuesto. Creo firmemente en la atención primaria, no solamente ahora, en la desescalada, para hacer el seguimiento de los pacientes que pudieran estar contagiados, o puedan trasmitirlo y se aíslen, que es importantísimo y responde a otra cuestión, estamos convencidos de que el profesional excepcional y cualificado para ello son las enfermeras y los enfermeros, por su formación, por su capacidad de adaptarse a todas las circunstancias, por su capacidad para la entrega y por su forma de ver al paciente de manera integral, no ver solo una parte, sino en el conjunto.

Desde el Partido Socialista se han planteado algunas cuestiones. En cuanto a los pacientes, permítanme sus señorías una licencia que no me corresponde, no sé por qué no está en están representados los pacientes en esta Comisión de Salud, seguro que tienen sus razones, pero yo, desde fuera, creo que sería conveniente que los pacientes diesen su opinión, la que sea, del modo y forma y a través de quien se considere, pero me ha sorprendido que no estuvieran presentes. En cuanto a los pacientes, yo he pedido que se cree un órgano en el ministerio y en las comunidades autónomas donde los pacientes tengan voz y voto, y puedan opinar, porque la toma de decisiones que se hace en materia sanitaria les afecta a los pacientes, por tanto, hay que darles participación en las distintas comunidades autónomas, y también en el Ministerio de Sanidad, y, que de manera normalizada y reglada, se

establezca un órgano de participación activo donde se creen sinergias para construir entre los pacientes, la administración sanitaria y, por supuesto, donde también estén presentes los profesionales sanitarios. Por eso, creo que es importante que los pacientes participen, porque a ellos les afectan las decisiones que se toman en materia sanitaria.

En cuanto a condicionantes de género, entre las enfermeras y enfermeros, el 85 % son mujeres. Yo creo que no tenemos ninguna dificultad en ese sentido, es más, creo que lo hacen de manera excelente. Yo soy enfermero, no soy enfermera, pero yo no he tenido ningún problema en identificarme como enfermera y no como enfermero, no me genera ningún problema de ningún tipo, porque creo que eso va mucho más allá. Es decir, las precursoras de nuestra profesional, para bien o para mal, la historia fue así, mayoritariamente fueron mujeres. El sentir del cuidado, sin querer decir que los hombres no lo sintamos, tiene algo especial, en la cercanía y en la forma de hacer cuidado. No tengo la sensación de que el género en nuestra profesión afecte negativamente, si no todo lo contrario. Ya le digo que de cada 100, 85 son mujeres y 15 son hombres.

En cuanto a las agresiones, lo tenemos muy claro y hemos hecho una propuesta, tenemos establecido un anteproyecto de ley que, como les decía, estaremos encantados de compartir con sus señorías cuando estimen oportuno. Y lo hemos hecho por una simple razón, no puede ser que en cada comunidad las agresiones se aborden de manera diferente, hay comunidades autónomas donde están reguladas por un acuerdo con las organizaciones sindicales, en otras por una resolución, en otras por unos protocolos, en otras no hay nada, eso no es razonable. Cuando se produce una agresión, sea en Galicia, en Andalucía, en La Rioja, o en Euskadi, el abordaje tiene que ser exactamente el mismo, no dependiendo de la comunidad autónoma. No puede ser que en una comunidad autónoma haya botones antipánico y en otra

no, que en una haya apoyo psicológico y en la otra no, que en una se prevea la asistencia jurídica y en la otra no, no puede ser. Por eso creemos necesario que haya una ley que integre de manera conjunta en el Estado el abordaje integral a las agresiones, desde la prevención y, cuando se ha producido, el abordaje y el acompañamiento a los profesionales para ayudarle en lo que sea necesario.

El reto demográfico, ¿va a impactar a las personas? Sin lugar a dudas, ya está impactando, y creo que debemos prepararnos porque la expectativa de vida va a seguir creciendo, y va a haber mucha dependencia, mucha pluripatología y mucha cuestión de índole crónica. Creo que debemos prepararnos para ello. Hemos de pasar de lo que es el curar, que no hay que abandonar, pero sí girar hacia el cuidado, porque es la sociedad nos va a demandar, al ser más longevos a lo largo de nuestra propia vida.

La enfermera de enlace. En Andalucía se puso en marcha hace muchos años y, evidentemente, es un valor añadido, es un valor al alza que creo que deberían mirar el resto de las comunidades autónomas, porque da satisfacción al paciente, agiliza muchas de las gestiones de la atención sanitaria y de los cuidados entre el paciente y el sistema sanitario, y, además, ahorra mucho dinero al sistema sanitario.

Creo que he respondido a todos, no sé si se me queda algo.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Si habían emprendido acciones legales contra el Gobierno.

El señor **CASCOS FERNÁNDEZ** (enfermero especialista en radiodiagnóstico, electrología y enfermería médico-quirúrgica. Presidente del sindicato de Enfermería SATSE): Las acciones que hemos emprendido al respecto han sido centradas en la falta de medidas de protección, y se han

dirigido a las inspecciones de Trabajo y a las inspecciones de Servicio en todo el país, y también hemos mirado a Europa. En mi organización estamos convencidos de que Europa tiene que tomar cartas en un asunto, que no solo afecta a nuestro país, sino que afecta a toda Europa, por lo tanto, nos hemos dirigido trasladándoles nuestra situación y pidiéndoles alternativas y soluciones a la OMS, a la Agencia de Enfermedades Infecciosas, a la comisaria en Europa, a la OIT, a distintos organismos de ámbito europeo. Si lo que le preocupa es nuestro país, inspecciones de Trabajo e inspecciones de Servicio. Eso no quita que, en un momento determinado, las inspecciones de Trabajo pongan sobre la mesa alguna cuestión que a nosotros nos soliviante y procedamos a iniciar otras acciones, pero, a fecha de hoy, no las hemos contemplado porque entendemos que es otro camino el que habría que elegir, y por eso no lo hemos elegido.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Cascos, por su presencia. Como han dicho los representantes de todos los grupos, traslade a todos los que usted representa nuestro apoyo y agradecimiento.

El señor **CASCOS FERNÁNDEZ** (enfermero especialista en radiodiagnóstico, electrología y enfermería médico-quirúrgica. Presidente del sindicato de Enfermería SATSE): Así lo haré. Les deseo buen trabajo y que nuestro Sistema Nacional de Salud salga fortalecido.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

- DE D. IGNACIO RIESGO GONZÁLEZ. MÉDICO, GESTOR Y CONSULTOR SANITARIO.

La señora **PRESIDENTA**: Buenas tardes. Seguimos con la comparecencia de don Ignacio Riesgo González, al que le agradecemos su presencia y le damos la palabra.

Muchísimas gracias en nombre de todo el grupo de trabajo de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social.

El señor **RIESGO GONZÁLEZ** (médico, gestor y consultor sanitario): En primer lugar, un recuerdo a los fallecidos por el coronavirus, particularmente a los más de 60 profesionales sanitarios que fallecieron. En segundo lugar, quiero agradecer a la Comisión por haber contado conmigo al pensar que podía tener algo interesante que decir, y, muy en particular, al Grupo Parlamentario Popular, que me ha propuesto, máxime cuando sabe que voy a hablar con total independencia, porque frente a otros intervinientes, que representan corporaciones u organizaciones, yo hablo en nombre propio, me represento a mí mismo, y, por supuesto, es un honor para mí estar aquí. Y, por último, les deseo suerte en sus importantes trabajos, tan relevantes para el país y para el sistema sanitario.

La crisis del coronavirus ha sido un problema de salud pública, un déficit de salud pública, y si se me permite, de estrategia de seguridad nacional, porque las tres estrategias de seguridad nacional que han sido publicadas, las tres identifican las pandemias y las epidemias como una amenaza para la seguridad nacional, no tanto un problema del sistema sanitario. No hay sistema sanitario capaz de resistir una avalancha de enfermos de esas características. Al contrario, el sistema reaccionó con celeridad y fue capaz de reconvertirse en muy poco espacio de tiempo, aunque en algunas partes, como en Madrid, llegó al colapso, lo que significó

limitación terapéutica por escasez de recursos, que se tradujo en aumento de mortalidad.

¿Qué enseñanza nos trajo el COVID? Desde el punto de vista general, la importancia de contar con un sistema sanitario potente y que hay que tener mucho cuidado con los recortes, particularmente cuando los recortes no van acompañados de reformas. En segundo lugar, debilidades extremas del Ministerio de Sanidad. En tercer lugar, dificultades de gobernanza del Sistema Nacional de Salud y de colaboración entre administraciones y de estas con el sector privado. Y, por último, desde el punto de vista general, ausencia de un sistema de información en el Sistema Nacional de Salud, con estándares comunes, con acceso a datos comunes y con interoperabilidad.

Desde el punto de vista de salud pública, una gran debilidad, se dedica el 1,1 % del gasto sanitario público, lo cual es insuficiente y muy por debajo, en términos comparativos, con lo que dicen otros países europeos. Y, por su puesto, carecía de un plan.

Desde el punto de vista de asistencia, hemos visto la importancia de la autonomía de gestión. Las instituciones funcionaron bien, se adaptaron rápidamente porque lo hicieron con total autonomía, no siguiendo directrices generales que nunca existieron, sino con absoluta autonomía. Esto es una lección para tratar de unificar el sistema en esa línea. También la debilidad de la atención primaria y la necesidad de reforzarla. En las residencias también fue un problema de salud pública, faltó la identificación de los residentes como grupo de riesgo. Se desarrolló, tanto en la atención hospitalaria como en la atención primaria, la telemedicina de forma espontánea, y a veces rudimentaria, y, también, se constató la importancia del sector privado, que llegó a tratar el 19 % de los contagiados y el 10 % de los ingresos en UVI.

Desde el punto de vista de profesionales, a parte de su gran dedicación, hemos visto la importancia de los equipos multidisciplinares, la importancia de la enfermería, la necesidad de un liderazgo médico visible y eficaz, a veces ausente a lo largo del conflicto, la importancia de la ciencia y de que la ciencia no es un lujo, y, desde el punto de vista de las empresas vinculadas a sanidad, fundamentalmente el sector farmacéutico y el sector de tecnologías médicas, su gran liderazgo durante la crisis, lo cual les ha hecho ganar la consideración, ya no solo de *partners* o de socios del sistema sanitario, sino como piezas fundamentales en la cadena de valor del sector sanitario.

Ninguno de estos problemas fue creado por la crisis, todos existían ahí. Los hemos visto con ojos nuevos, se han resaltado por la crisis, pero ahí estaban, ya los conocíamos. Tenemos un sistema creado para otra sociedad. Durante la Segunda República, hubo un proyecto de seguro público, pero que nunca llegó a aplicarse por decisiones políticas. El primer seguro público en España fue creado en el año 1942, con más de 50 años de retraso en relación con otros países europeos, y el sistema se refundo no solo por la Ley General de Sanidad del año 1986, sino a raíz de la Ley General de Sanidad y las reformas que la acompañaron. Pero fue creado por una sociedad distinta, fue creado por una sociedad donde no había el envejecimiento que hay ahora, y, por lo tanto, el número de crónicos, donde la tecnología sanitaria no había tenido el desarrollo que está teniendo ahora, por supuesto los costes tampoco, y donde las demandas sociales eran totalmente distintas, y menores.

Sin embargo, a pesar de este cambio de la sociedad, no ha habido reformas, a pesar de las reformas que se han impulsado en otros países, a pesar de que ya desde el año 1991, a raíz del Informe Abril, hay toda una tradición reformista en el sistema que propugna ciertos cambios, como por

ejemplo la transformación del modelo de gestión, el régimen de personal, la financiación y otros. Pero ha predominado todos estos años el inmovilismo, y podemos decir, por tanto, que el sistema ha vivido de las rentas de la reforma hospitalaria, de la reforma de atención primaria, del sistema MIR, reformas que se hicieron en los años 80. ¿Por qué ocurrió esto? Las reformas sanitarias, como ustedes saben, son siempre muy difíciles, pero han ocurrido dos circunstancias específicas en España. En primer lugar, nos habíamos llegado a creer eso de que teníamos el sistema sanitario mejor del mundo. Una mala lectura de ciertos rankings internacionales, que no hablan de sistemas sanitario o de asistencia sanitaria, sino de salud, nos llevó a esta conclusión, lo cual produjo cierta complacencia y narcisismo en el Sistema Nacional de Salud. Hasta a la ONU, en la última asamblea general, la entonces titular del ministerio fue a decir -y ahí están las actas- que teníamos el mejor sistema sanitario del mundo. Y claro, si todo está tan bien, para qué hacer reformas.

El segundo punto es que el completar las transferencias coincidió con una pérdida de liderazgo del ministerio, incapaz de abordar o plantear las grandes reformas necesarias. La característica fue la inhibición ante los problemas, y el ministerio renunció a su labor de dirección estratégica, por supuesto en el marco de las competencias del Sistema Nacional de Salud, para convertirse en un ministerio de contingencias, en un ministerio para el ébola, para la hepatitis C, para la gripe A, y ahora para el COVID, pero no para la dirección estratégica del Sistema Nacional de Salud. Insisto, en el marco de un sistema descentralizado, que debe caracterizar el rol del ministerio. Voy a poner dos ejemplos muy sencillos, hace poco, este año, en la comparecencia del titular del ministerio en la Comisión de Sanidad del Congreso, fue preguntado por las listas de esperas, respuesta del ministro: es un tema de las comunidades autónomas. Pero esto no es de ahora, hace unos

meses, otro representante del ministerio, al máximo nivel, de distinto partido político fue preguntada por la obsolescencia de las tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. Respuesta por escrito: esto es un tema de las comunidades autónoma. Claro, si todo está trasferido no hace falta impulsar reformas. La ausencia de calado es lo que ha hecho que el sistema no se haya ido adaptando a los cambios de la sociedad española.

Esta es mi interpretación, pero hay otras, que voy a comentar. Hay gente que dice que todos los problemas vienen de los recortes que sucedieron entre el año 2010 y 2012. Antes, al parecer, teníamos un sistema semiperfectos, pero los recortes destrozaron el sistema y estamos sufriendo las consecuencias de los recortes. Ciertamente, los recortes no ayudaron, he escrito un libro criticando los recortes y la forma de hacerlos, pero, no nos equivoquemos, los recortes no influyeron en los parámetros básicos del sistema sanitario, que eran previos. La dotación de camas, el déficit de enfermeras, el número de personal, las listas de espera. Es más, la actividad del sistema, gracias al esfuerzo de los profesionales, aumentó durante los recortes, se hizo más con menos. Los parámetros fundamentales del sistema no se modificaron por los recortes, independientemente de que, como digo, no ayuda.

En segundo lugar, otro argumento que se utiliza es decir que es la privatización, el sistema estaba bien, pero se ha privatizado. Si por privatización entendemos la exclusión de colectivos, o la exclusión de determinadas prestaciones de la cobertura pública, no ha habido privatización, lo que ha habido son fórmulas de colaboración público-privada, implicación de la gestión privada en el servicio público. Creo que hubo experiencias que fueron positivas y que, lejos de revertirlas, como algunos proponen, habría que estimularlas, regulándolas muy bien, y ahí el papel de la administración es fundamental. Pero, en todo caso, pensar que

unas pocas experiencias de colaboración público-privada, que se pueden contar con los dedos de una mano, pueden afectar a un sistema cuya dotación consiste en centenares de hospitales, miles de centros de salud, cientos de miles de profesionales, millones en términos de actividad, de ingresos, de consultas, de intervenciones quirúrgicas, etcétera, no es realista.

Yo digo que la mayor amenaza para el sistema no son los recortes ni las llamadas privatizaciones, es la ausencia de reformas, la ausencia de voluntad de adaptar el sistema a los tiempos actuales. Y, precisamente por esta ausencia de reformas, el sistema está generando problemas a los pacientes y a los profesionales. ¿Qué tipo de problemas? En el documento que les he hecho llegar los especifico con detalle. Listas de espera, un elemento de deslegitimación del sistema, porque no es cierto que las listas de espera sean consustanciales con sistemas públicos de acceso universal, Francia, Alemania, Holanda, Bélgica y otros muchos países tienen sistemas públicos de acceso universal y no tienen listas de espera. La buena noticia es que este tema tiene arreglo. Inadaptación a crónicos complejos, calidad desigual, obsolescencia tecnológica, retrasos en la incorporación de terapias, inequidades en el acceso a las terapias, profundo malestar profesional y deterioro de la percepción pública de la sanidad. Las encuestas del CIS demuestran en los últimos años un porcentaje creciente de ciudadanos que meten la sanidad entre los tres más importantes problemas del país. Esto es creciente. Y en el barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad, que se publica todos los años, se evalúa el porcentaje de usuarios que creen que el sistema ha mejorado o empeorado. Hasta el año 2012 eran más los que decían que el sistema mejoraba, y desde el año 2012 son más los que creen que el sistema empeora en atención especializada, en hospitales y en atención primaria.

Yo creo que habría que impulsar un planteamiento reformista. Evidentemente, cualquier planteamiento de reforma debe hacerse desde el reconocimiento de los logros del sistema y el respeto de sus rasgos fundamentales, que, en mi opinión, son la financiación predominantemente púbica, la cobertura universal y la organización descentralizada. Lo importante es que se genere una dinámica reformista impulsada por el ministerio, con un liderazgo compartido, con participación de las comunidades autónomas y del conjunto de los agentes del sector. La idea es que el posible pacto, acuerdo, o como se quiera llamar, no puede ser solo entre administraciones, ni puede ser solo entre partidos políticos, a espaldas de los agentes clave del sector, me refiero a las sociedades científicas, a las asociaciones de pacientes, a las empresas y a tantos y tantos agentes activos en el sector. Debe haber un planteamiento de refuerzo del conjunto del sector sanitario, y me refiero incluyendo las empresas vinculadas al mismo, que forman parte de la cadena de valor del sector. Y dentro de ese planteamiento de reforma del sector, un planteamiento de refuerzo y mejora del sector público. En el documento que les he hecho llegar van una serie de medidas, pero solo me voy a referir a cinco. En primer lugar, la gobernanza, el sistema ha carecido de cohesión, y lo que propongo son agencias independientes especializadas, modelo AIReF, participadas por el ministerio y las comunidades autónomas, y con participación de agentes del sector, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, y, si es necesario, también de la Unión Europea. Al menos la de salud pública, de información y evaluación y calidad, y evaluación de tecnologías. Este sería un primer nivel. Debe haber también otro nivel, que es un comité donde estén representados los distintos agentes del sector. El consejo interterritorial representa solamente gobiernos, pero ese nivel, esa especie de consejo consultivo, que se preveía en la Ley de Inclusión y Calidad modificado, debe incorporar al

conjunto de los agentes del sector, me refiero a sociedades científicas, asociaciones de pacientes, empresas, etcétera. Y también tiene que haber cambios en el consejo interterritorial.

Otro punto de los cinco es la visión integral. Lo que ha quedado claro durante la pandemia es que el sistema público no puede llegar a todo, en algunos casos requiere la colaboración del sector privado, y el sector privado puede colaborar en el servicio público, y esto es bueno para el sector público, y pasa en toda Europa.

Que valore a los profesionales. Tiene que haber una mejora y flexibilización de la política de recursos humanos. La definición de la situación de los profesionales es bajos salarios y alta temporalidad. Este es un tema que hay que abordar. Y una dualización del sistema, de tal manera que están, por una parte, los de plaza en propiedad, y después todos los demás de forma secundaria.

Con una financiación suficiente y con evaluación, hay que entrar con seriedad en el debate de la financiación, y, en todo caso, el sistema tiene que tener una voz en su financiación y en sus necesidades, definitivamente no la última, pero si una voz. No puede ser lo que ocurrió durante los recortes, que no solamente se hicieron, sino que, además, el Sistema Nacional de Salud no tuvo nada que decir ante los recortes, nunca ese tema fue tratado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Estos son los cinco temas que me gustaría resaltar, pero están mucho más desarrollados en el documento que les he hecho llegar.

Por último, quería decir que la articulación de estas medidas de reforma requiere su tiempo, no son de un día para otro. Y son importantes los aplausos y los premios, pero, seguramente, haya algunas acciones urgentes. Y entre estas, yo propongo un plan de acción urgente frente a futuras pandemias, y, en concreto, frente a un posible rebrote de la pandemia del

coronavirus; un plan urgente de mejora y refuerzo del sistema sanitario público que incluya una mejora retributiva sustancial, particularmente de los médicos, que es donde el *gap* con otros países es más pronunciado; un plan de mejora de la experiencia de los pacientes; un impulso a la participación de las asociaciones de pacientes en las distintas instancias del Sistema Nacional de Salud; una lucha contra la temporalidad laboral, que es una lacra absoluta del sistema, no estoy diciendo que no tenga que haber temporales, tiene que haber, como todo sistema con mucha turnicidad y con mucha feminización, en torno a un 5-7 %, pero no un 40 %. La propuesta que planteo es ofrecer a los temporales un contrato laboral indefinido, después ya se verá si pasan a estatutarios, si se convocan las plazas y demás, pero, de entrada, estabilidad laboral. Hemos asistido estos días a los residentes que han estado implicados en la lucha contra el coronavirus, que se les ofrece un contrato de un fin de semana, de un mes, de dos meses, pero bueno... Un plan de mejora de la actividad profesional de las enfermeras en relación a su cualificación y competencias. Un plan urgente de mejora de atención primaria, tanto en el sistema de personal como en el sistema de dotación de las tecnologías para poder hacer la telemedicina de forma adecuada, porque, excepto en algunas comunidades, posiblemente en Cataluña, en Galicia y en Extremadura, en el resto de las comunidades esto de las llamadas a los pacientes se hizo de forma rudimentaria, con teléfonos móviles, sin acceso a la historia clínica, sin videoconferencia, etcétera. Un plan sobre listas de espera. En las listas de espera se ha ensayado de todo, y todo ha fracasado. Yo propongo que aquí hay que ser un poco ecléctico, tomando enseñanzas de otros países, empoderando más a los pacientes, de tal manera que, superados determinados límites de espera, el paciente pueda elegir centro público o privado acreditado para resolver su problema. Creo que esto es interesante, no como en el País Vasco, que lo han hecho mediante el sistema

de reembolso de gastos, y por eso se utiliza poco, sino directamente al sistema público con compromiso posterior del sistema de cubrir ese aspecto. Un plan sobre atención médica a residencias, evidentemente. Un observatorio en equidades. Y, por último, un plan de actualización del parque tecnológico.

Habrá que hacer muchas reformas, pero me parece que hay que hacer algo de forma urgente, y esto que les he propuesto de forma urgente son cosas relativamente sencillas, que no requieren grandes desarrollos legislativos ni complejidades como sí las tienen otras cosas.

Nada más. Me queda desearles lo mejor y suerte en sus importantes trabajos.

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

Tiene la palabra el Grupo Euskal Herria Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Muchas gracias.

Es un desafío lo que nos propone. Creo que la visión que nos da es de agradecer.

A la hora de la autocomplacencia, que nos ocurre en todos los marcos, nos puede ocurrir en el Estado español, en el País Vasco, nos puede ocurrir en cualquier contexto. El sistema sanitario es un sistema de tales inercias, instituciones profesionales corporativas son instituciones hospitales que tienen 50 o 60 años, con unos cuerpos de profesionales con escuela propia, por así decirlo, con sentimiento de centro, de instituciones, en los cuales abordar una reforma es una empresa muy difícil. En ese sentido, en la evaluación, que tantas vueltas le estamos dando, y no solamente con una visión de parámetros estatales, sino europeos, ¿no podría ser un elemento para empezar a aplacar esa complacencia? En el sentido de que los diferentes

sectores profesionales y políticos empecemos a tener unas miras de hacia dónde y de ver cómo se puede hacer, de manera que podamos ir dejando esta autocomplacencia y tener un sentimiento más autocrítico de nuestra práctica y de nuestro centro, que puede ser primario, puede ser hospital o puede ser de las diferentes instituciones.

Respecto a las reformas, la última reforma importante que se hizo fue lo relacionado con sanidad laboral, que, desde la visión del paciente ha dejado una visión muy crítica de la introducción del sector primario. En esa insatisfacción que estamos hablando que hay en general en la población sobre el sistema de salud, dentro del ambiente laboral, el sentimiento de pérdida y de crítica de cómo está funcionando puede ser otra rémora, otro freno importante en el sentido de determinadas líneas que se tomaron hace 15 años, que yo creo que está pesando en algunos sectores de manera importe. ¿Ese sentimiento puede ser generalizado en el Estado en general o es un sentimiento muy particular que puede tener el sector que yo más conozco, en el País Vasco?

El tema fundamental es cómo romper la autocomplacencia en estos momentos, me parece que es uno de los elementos fundamentales para que podamos dar pasos y abordar en el medio plazo. En el corto plazo, yo creo que las propuestas que he visto son muy claras, muy convincentes y sobre las que puede haber un consenso importante.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Gracias, señor Riesgo, por venir aquí, por las explicaciones que nos ha dado y por la

documentación que nos ha aportado, que, junto a sus explicaciones, es muy interesante, se compartan o no las reflexiones que usted ha planteado.

Refiriéndose a los temas urgentes, ha dicho que hay una serie de temas urgentes que son muy sencillos de abordar, y leyéndolos no parece tan sencillo de plantear. Este grupo, que yo creo que puede ser interesante solo por el mero hecho de reflexionar de forma conjunta y poder escuchar distintas voces, pero, con la dinámica de trabajo que se ha establecido, que tiene que ser en dos o tres semanas cuando se planteen soluciones en el contexto de la pandemia, ¿puede salir realmente algo suficiente como para poder responder a los grandes retos, incluso los urgentes, incluso esos que usted plantea como sencillos y que a mí me parece que son complejos de abordar?

Usted estaba planteando que sería necesario que se articularan sistemas de decisión y de debate donde hubiera otro tipo de agentes incluidos, ¿no tendría que ser otro tipo de fórmula más serena y sosegada para afrontar todos estos retos que usted está planteando y que tengan, realmente, carácter de venir para quedarse y reestructurar el sistema?

En cuanto a las listas de espera, usted comentaba que existen algunas experiencias en otros lugares que están teniendo éxito, si nos pudiera ampliar esta información sería muy interesante para nosotros, porque, efectivamente, es uno de los grandes problemas y que los usuarios lo perciben como tal del sistema sanitario.

Se ha referido a las agencias independientes especializadas, que cree usted que, en distintos temas como la salud pública, la innovación de la tecnología, en distintos ámbitos, habría que crearlas, al estilo de la AIReF. ¿Qué diferencia habría en relación con las agencias estatales específicas del sector de administración? ¿por qué usted las considera más adecuadas para el futuro?

En relación con la colaboración público-privada, usted ha dicho que hay que estimularla utilizando distintas fórmulas, y que a eso debería responder la administración, ¿qué fórmulas de estimulación de esa colaboración público-privada podrían explorarse?

¿No cree usted que, de cara a afrontar el futuro de los sistemas sanitarios, hay un problema que es la estigmatización por determinadas partes? Parece que esta polarización excesiva de la política lleva a veces a la fetichización de determinados símbolos por unas y otras partes, y algunos consideran que el sector privado puede aportar, y, automáticamente, otros rechazan por completo la aportación que desde el sector privado se pueda hacer. Nuestro proyecto sanitario apuesta por la colaboración público-privada, nosotros apostamos por una sanidad pública, gratuita, equitativa, igualitaria, universal, pero donde, en determinados momentos, se pueda recurrir a la sanidad privada. Pero, tenemos la sensación de que, a veces, nos cuesta avanzar en la búsqueda de esas fórmulas de colaboración, precisamente por esa estigmatización, por la que se rechaza de plano esa colaboración de ambos sectores.

Por ir terminando. Usted se ha referido al coronavirus como un déficit del sistema de seguridad nacional, que va más allá de lo que sería estrictamente una responsabilidad del sistema sanitario. ¿Cómo se le debería responder a esta dimensión que usted incluye? ¿solo desde el sistema sanitario, o entrarían otros sistemas a responder? Y, en esa dimensión, ¿no es Europa, la dimensión macro, la que ha tenido el déficit? Porque el que no haya habido un sistema de alerta que haya funcionado bien ha sido un problema de Europa, porque llegó a China, Europa lo vio y no respondió, llegó a Italia, lo estuvimos viendo, y parece que nos costó responder. ¿A esa dimensión de seguridad no le deberíamos responder desde una dimensión

supraestatal, europea, como un conjunto que nos daría otra dimensión y más capacidad de respuesta?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Gracias, presidenta.

Muchas gracias por sus interesantes aportaciones, señor Riesgo.

Como a todos los profesionales que están interviniendo en el ámbito de este grupo de trabajo, quisiera trasmitirle, en primer lugar, y en nombre del Grupo Parlamentario Ciudadanos, nuestras condolencias por las terribles y demasiadas pérdidas de tantos compañeros que se han dejado la vida trabajando y luchando por nuestra salud. Enhorabuena también por el Princesa de Asturias, más que merecido.

En este sentido, me ha parecido muy interesante el diagnóstico de la situación actual que usted ha hecho, en cuanto a la coordinación público-privada, en la que me gustaría, igual que a la compañera, que ahondara un poco más en lo que propone. También en cuanto a las mejoras laborales para los profesionales, que sin duda necesitan, y la participación de pacientes y sociedades científicas en el sistema sanitario.

Quisiera plantearle unas pocas cuestiones relativas a su exposición. Como profesional de la seguridad pública que soy, me interesa mucho acabar con las agresiones a profesionales sanitarios. En mi vida personal he atendido muchas de estas agresiones y me gustaría saber, bajo su criterio, qué medidas cree necesarias incluir para conseguir ese objetivo de agresiones cero en los profesionales sanitarios.

Ha hablado usted del potencial de participación de los pacientes en el ámbito sanitario, ¿en qué fases, aspectos y en qué se traduciría dicha participación?

¿Son suficientes las infraestructuras y el personal sanitario que tenemos actualmente? ¿estamos preparados para un posible rebrote? ¿Cree que se están planteando las reformas necesarias en el ámbito de esta Comisión para poder acudir a ese rebrote y acabar con él?

Sin más, quisiera agradecerle sus aportaciones, la documentación que nos ha pasado, que creo que es muy interesante, y poner a mi grupo parlamentario a su disposición para cualquier gestión o iniciativa que nazca.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Republicano.

El señor **ERITJA CIURÓ**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, señor Riego.

Muy interesantes las aportaciones que hace usted, sobre todo desde la perspectiva de una visión muy amplia, una visión de gestión global de todo lo que es el sistema sanitario, y creo que, en ese sentido, sus aportaciones pueden ser muy interesantes.

Me sumo al sentimiento del grupo de Bildu, conforme a que, quizá, el primer paso sea la aceptación de que no somos el sistema sanitario mejor del mundo, sino la aceptación de que, realmente, hace falta ya, después de más de 30 años, una reforma profunda. Todavía estamos viviendo de que no hace falta ninguna reforma, y quizá es el momento de que pasemos a esta segunda fase. Eso será un trabajo previo, porque, de momento, no hay esa percepción de que hagan falta reformas profundas. Fíjese si hacen falta reformas

profundas, que está planteando usted que dentro de este nuevo modelo de reformas tendría que haber un nuevo modelo de cogobernanza, de manera que un primer paso sería el acuerdo político y de gestión entre el ministerio y las comunidades autónomas. En el COVID ha quedado en evidencia esa falta de coordinación, un ministerio vaciado de gestión y unas comunidades autónomas vaciadas de decisión, que han conllevado a este decalaje, a estas contradicciones constantes en el momento de gestionar un COVID, como nos hemos encontrado. Por tanto, yo creo que el primer paso antes de pasar a un pacto de reforma, haría falta saber exactamente qué acuerdos políticos entre comunidades y ministerio tendría que haber y cuáles son las prioridades. A partir de aquí, entiendo perfectamente que tienen que integrarse muchos agentes de los que están realmente tomando decisiones y que están gestionando día a día toda la gestión sanitaria en el Estado.

Ha hablado también que, de alguna manera, tendría que haber representación de organismos europeos en ese gran pacto, ¿de qué manera usted incorporaría esa representación de organismo o representantes europeos en ese gran acuerdo? Yo creo que es muy importante, porque si se ha de llegar luego -como en esta pandemia- a una coordinación general de cómo afrontar el COVID, o cualquier otra pandemia, hace falta realmente coordinar a nivel europeo y no solo de Estado. Es importante saber de qué manera o qué elementos incorporaría usted de representación europea en ese gran pacto.

Muchas 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**: Buenas tardes.

Lo primero, disculparme porque he llegado tarde. Voy a empezar por lo que usted ha explicado de que todos pensábamos que teníamos un sistema sanitario muy bueno y resulta que no era tan bueno. Yo pienso que, la verdad, partió de un buen sitio, me parece que la ley de 1986 era un buen sistema, lo que pasa es que un sistema basado en la universalidad y financiado vía impuestos, cae en medio de un mercado que veía la sanidad como una fuente de ingresos muy importante. Para que un sistema funcione, lo tenemos que cuidar un poco. De hecho, usted ha reconocido el problema de la financiación. Es cierto también que es difícil soportar una pandemia como esta. Y también estoy de acuerdo con algo que me lo ha llegado a hacer más visible, y es que, en realidad, no ha habido una privatización real, porque la gente no paga, uno va a un hospital de gestión privada, aunque sea de titularidad pública y no paga. ¿Podría usted plantearse que este tipo de privatización, de tipo PFI, o concesión administrativa, el que sea, puede ser un fraude encubierto por la Ley 15/1997? Fíjese, es una gestión privada cuya prioridad es llevarse un beneficio, y que ha supuesto un encarecimiento del gasto total en comparación con los hospitales públicos, estudiado y publicado, aunque no se contabilice debido a que Europa no lo considera como gasto público, porque lo considera como préstamos, ...toda esa historia. Dice usted que el sistema privado ha respondido en la epidemia, pues se ha hecho una petición de un ERTE que afecta a 28 000 trabajadores.

Puede ser que el hecho de deteriorar el sistema, porque no se le presupuesta, y eso no se hace inconscientemente, eso se hace premeditadamente, actuara como nicho de mercado el hecho de que, como funciona mal porque no tiene financiación, y hay lista de espera y cuando vas al médico te atiende en tres minutos... ¿cree usted que eso actúa como nicho de mercado? Ahí tenemos, por ejemplo, el caso de Fresenius Helios,

que en 2018 facturó 2594 millones de euros y al año siguiente 3023 millones de euros, con un crecimiento del 17 %, según el dato que yo tengo.

Y otra cosa que quería decirle del plan de lista de espera, no se crea que se ha probado todo, yo llevo 35 años trabajando de médico en un hospital público, no se ha probado todo. Antes se desvía un paciente a la privada, a los planes de choque, que son puramente privados casi todos, que contratar personal para hacer un turno de tarde y poner a funcionar los quirófanos, por ejemplo, que son las listas de espera más notorias, porque como consiste en no financiar la pública para que se lleve el negocio la privada...

Parque tecnológico tenemos. Fíjese, se compra un PET/TAC en un hospital, por ejemplo, y como no se va a contratar a gente para que el PET/TAC funcione por la tarde, sino solo por la mañana, esos pacientes son desviados a hospitales privados. ¿Usted piensa que eso favorece la pujanza de la privada y eso la justificaría?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Vox.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Buenas tardes.

Decirle que estamos muy de acuerdo en muchas de las cosas que usted ha dicho aquí. En comparación con otras cosas que se oyen, la verdad es que como estar oyendo a alguien hablar en otro idioma. Estoy de acuerdo en lo que dice de que la crisis no fue del sistema sanitario, sino una crisis de salud pública, y una crisis de seguridad nacional.

Pero, creo que debemos ir más allá, y creo que no ha sido solo eso, sino que ha sido una crisis de incompetencia, e incluso de negligencia criminal por parte de un gobierno que ha estado ocultando la crisis durante meses,

durante semanas, que animaba a ir a las manifestaciones del 8 de marzo, a llenar iglesias, campos de fútbol, cines, polideportivos, ocultando cuál era la realidad de la cifra de los datos que tenía y anteponiendo la agenda ideológica a la vida y a la salud de los españoles. Quiero decir esto para que conste en acta y para que a usted le quede que no todos aquí decimos lo mismo.

Ya le adelanto que esto no lo va a ver en las conclusiones de ninguna comisión, y menos de esta, porque estas conclusiones ya las tiene la izquierda cerradas y bien atadas. Porque esta es la Comisión de la nueva normalidad, es decir de la reescritura de la historia con mentiras y con ocultación de la verdad para salvar la cara al Gobierno, así de claro.

Aquí no interesa sacar conclusiones sobre el virus chino, lo estamos viendo y lo estamos oyendo, aquí se habla de otras cosas. Siguen con la ideología y no parece importarles la pandemia lo más mínimo, siguen con el *tole-tole*, que si el medio ambiente, que si el cambio climático, que si la perspectiva de género en los hospitales, o no sé qué cosas he estado oyendo hoy que es indignante, con 50 000 muertos en España, pero bueno, ellos siguen, no hacen autocrítica y seguimos aquí aguantando el *tole-tole*. Pero desde Vox no vamos a consentir que esas sean las conclusiones que se saquen y, en esas actas que levante la secretaria o el secretario va a quedar bien claro cuál fue nuestra postura y qué fue lo que dijimos.

Por eso, le hacemos la conclusión desde Vox, y por muchos informes *fakes* que hagan no vamos a permitir la impunidad en la negligencia que ha causado 50 000 muertos y centenares de miles de heridos, y una España en la ruina por culpa de su gestión.

De todo lo que ha dicho me gustaría preguntarle su opinión, por qué cree que Corea del Sur ha sido tan exitosa en esta epidemia, igual que Alemania, y si cree, como creemos en Vox -que alertamos ya desde enero lo que se nos venía encima y al doctor Steegman lo tachaban poco menos que

de loco- que el secreto está en el diagnóstico rápido mediante la PCR de los casos. ¿No demuestra esto que se debe invertir en biotecnología, dado el riesgo de futuras pandemias? ¿cuál su opinión con respecto a este punto?

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, presidenta.

Muchas gracias, doctor Riesgo, por su intervención y porque ha puesto sobre la mesa algunos de los temas más relevantes para el Sistema Nacional de Salud. Felicitarle por su trayectoria profesional, usted ha sido médico, gestor, ha sido consultor, y sigue en la brecha intentando poner soluciones desde esa independencia que usted nos ha recordado. Es fundamental que las personas que intervienen aquí sean personas totalmente independientes, que no se deben a nadie y que no quieren contentar ni que nadie le prepare lo que vienen aquí a decir.

Tengo cuatro minutos y no me da tiempo, pero ha tratado usted varios temas que son muy relevantes, unos tiene que ver con la gestión de la pandemia, que aquí estamos reunidos en esta Comisión de Reconstrucción, yo creo que se pueden llegar a acuerdos, y por eso mi primera pregunta va a ser, usted con su experiencia y su trayectoria profesional, que ha trabajado con distintas administraciones, ¿cree posible que haya tres o cuatro cosas gordas que se puedan pactar en lo que a nosotros nos gusta llamar el pacto Cajal? ¿cree que merecería la pena en un momento como este, tras la pandemia, que llegáramos a tres o cuatro cosas? Si usted tuviera que seleccionar tres o cuatro, ¿cuáles señalaría?

Ha señalado algunos asuntos que son los del cuarto plazo y ha hecho un diagnóstico. Le agradezco que haga un diagnóstico, porque yo, desde el mes de marzo, creo que todavía estaba con el coronavirus, dije que esto era una crisis de salud pública y estoy encantada de escucharle a usted que lo diga, es una crisis del sistema de salud pública. Hay temas que tendrían que haberse hecho de otro modo, pero, fundamentalmente es la gobernanza del sistema de salud pública, que tiene que estar perfectamente integrado en el sistema sanitario. Y esa gobernanza requiere tener instrumentos tecnológicos, personas y, sobre todo, la red distribuida, que es el tema de médicos centinela, que no está funcionando, y que es lo primero que tenemos que abordar. Si usted tiene alguna propuesta en este sentido. Sabe que nosotros hemos abogado por una agencia de salud pública y calidad asistencial, pero yo, analizando más como técnico que como político, decirle que el sistema de información y el sistema de vigilancia, y usted lo recuerda bien porque creo que éramos gerentes por entonces, había un sistema de vigilancia epidemiológica que consistía en que todos los viernes se mandaba un boletín epidemiológico, y ese recogía todas las enfermedades infecto-contagiosas. Han pasado casi 40 años y resulta que tenemos un sistema que es casi voluntario, por así decirlo, y que ha devenido en que no ha funcionado. ¿Qué propuestas nos podría decir en este campo? Y en ese campo que tanto nos afecta en este momento, que es el inmediato, que es el de mejorar la gobernanza en materia de salud pública e incardinarla dentro del sistema sanitario, y por supuesto, el papel tan importante que tienen que tener los médicos y todos los profesionales de atención primaria.

En segundo lugar, el sistema de información del Sistema Nacional de Salud en su conjunto. Creo que tenemos que hacer un sistema integrado, seguimos teniendo problemas de, yo lo llamo, intolerancias, de intolerancias entre unos sistemas y otros, y seguimos teniendo déficit para

interconectarnos. Y lo que usted estaba diciendo, que lo normal hubiera sido que cuando te llamaban por teléfono del servicio de medicina preventiva de un hospital tuvieran acceso a la historia de primaria, a la historia hospitalaria, si la hubiese, y a la historia integrada. ¿Qué opinión le merece y cómo se podría avanzar en ese sentido?

Ha tratado otro tema que también es muy relevante para mí, el tema de las agencias. De cómo transformar la gobernanza del sistema en una agencia nacional, como han hecho algunos otros países a los que le va bien. Una agencia nacional donde se pueda, de forma independiente, y donde participen comunidades autónomas, la sociedad civil científica y el Gobierno, e incluso algunos ministerios que no sean el propio Ministerio de Sanidad, sino otros. Ojalá haya una agencia nacional donde intervenga el Ministerio de Hacienda y esté sentado en esa mesa, porque desde que separamos las fuentes de financiación, que pasamos de la financiación mixta, que era vía Seguridad Social y vía impuestos, a la financiación que no es finalista, tenemos siempre un muro que es el presupuesto. Aprovecho para preguntarle qué opina usted de la financiación finalista o no, ya que es una financiación vía impuestos de nuestro sistema público.

Otra pregunta. Usted ha hablado de acuerdos políticos con las comunidades autónomas. Cuando hablamos del pacto Cajal entiendo que no es solamente parlamentario, sino que las propias comunidades autónomas, que al final son la gobernanza del sistema, puedan entrar a este pacto.

Mi última pregunta tiene mucho que ver con los recursos humanos. Los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud están bien formados, y tienen inestabilidad laboral. Es un tema que yo reclamaré siempre, tú no puedes tener a un otorrino, que lo contratas para hacerte el sábado y el domingo y lo vuelves a contratar un mes después, porque ni conoce la estructura hospitalaria, ni conoce el quirófano, y un día lo puedes contratar

en un sitio para un quirófano y al otro para el día siguiente. Por tanto la política de recursos humanos y el desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, especialmente las áreas de capacitación específica *versus* especialidades nuevas. ¿Qué opinión tiene al respecto? ¿No sería mejor que desarrolláramos alguna especialidad más, pero áreas de capacitación específicas? Específicamente, en este momento cuando nos hemos dado cuenta que muchos clínicos de nuestros hospitales han tenido que hacer atención a coronavirus y, sin embargo, llevaban desde que terminaron la especialidad sin tocar nada del área de infecciosos. Pero, me consta que profesionales de todas las áreas clínicas, mis compañeros y los suyos, han tenido que hacerlo. ¿Qué le parecería un área de capacitación específica para lo que tiene que ver con la gestión de procesos infecciosos epidémicos, o pandémicos, sobrevenidos?

Decirle que todavía hay políticos que pensamos que merece la pena llegar a acuerdos, pero no a cualquier precio, no renunciando a lo que hemos defendido siempre, un sistema público universal, para todos los ciudadanos, que tenga equidad en el acceso y que sea un sistema de calidad, pero, ojo, de calidad medida. De la inmensa mayoría de las cosas que estamos oyendo en los últimos tiempos, esa calidad de lo que se habla y esas cifras, nada se mide, y también aquí y en nuestro sistema, no solo hay calidad percibida, sino calidad medida.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, la representante del Grupo Parlamentario Socialista.

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

Bienvenido, don Ignacio Riesgo González. Tiene usted una larga trayectoria de experiencia en el ámbito de la sanidad desde distintos puntos de vista, eso hace que sus aportaciones sean muy enriquecedoras. Quiero expresar nuestra pena y nuestro dolor por todos los fallecidos en esta pandemia mundial, y nuestras condolencias a sus familias. Y, también trasmitir nuestro ánimo a todas esas personas que, en este momento, están sufriendo la enfermedad.

La Comisión de la Reconstrucción Económica y Social de España, de la que este grupo de trabajo forma parte, se ve enriquecida con las comparecencias de todas y de todos los comparecientes que están asistiendo en estos días de jornadas maratonianas, pero nada cansa porque todo lo que aquí exponen cada uno y cada una de ustedes nos enriquece y nos ayuda a construir una sanidad mejor de la que tenemos, a la que tenemos que dar la enhorabuena, porque durante estos meses de crisis, de enfermedad provocada por este virus, ha conseguido curarnos a muchos, cuidarnos y, sobre todo, poner en valor la calidad de sus profesionales.

Quiero decir también que este Grupo Socialista viene aquí con la intención de llegar a acuerdos, creo que es posible, y que es la responsabilidad de todos los grupos que formamos parte de esta Comisión el llegar a acuerdos, porque todos estamos aquí para trabajar por nuestro país, por España y por las españolas y españoles, para construir una sanidad mejor para todos.

Dicho esto, quería hacerle unas preguntas. Me gustaría que profundizase en cómo se debe asegurar una financiación suficiente y equitativa para la sanidad y qué medidas nos propondría.

En cuanto a la atención primaria, si tiene la consideración de profundizar en cómo debe reforzarse la atención primaria, sugiriéndonos alguna o algunas medidas, sobre todo prioritarias, para ello.

En cuanto a la equidad, ¿cómo considera que se debe asegurar en la sanidad pública? ¿qué medidas, desde su punto de vista y desde su experiencia nos sugiere?

Y, desde su ámbito profesional, desde su trabajo, desde su ámbito de actuación, ¿cuáles serían las prioridades que usted nos pueda proponer para esta Comisión? Creo que esa pregunta ya se la hecho alguna señoría en esta sala, pero me gustaría que nos dijera las prioridades irrenunciables.

En cuanto a los pacientes, ¿cómo cree que debe ser el papel de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud?

Termino preguntándole cuáles son las principales barreras para el reformismo que usted propone.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Señor Riesgo, tiene usted la palabra.

El señor **RIESGO GONZÁLEZ** (médico, gestor y consultor sanitario): Muchas gracias a todos.

Voy a ser incapaz de contestar a todas las preguntas, en algunos casos por limitaciones propias, porque ni soy epidemiólogo, ni soy virólogo, ni microbiólogo, ni nada de todo eso, simplemente tengo cierta experiencia de mucho tiempo, por la edad, de trabajar en el Sistema Nacional de Salud y en algunas cosas puedo pronunciarme, pero en otras sería más complicado para mí.

En primer lugar, ha salido bastante el tema del sector privado. Yo creo que hay un tema fundamental, no hay que confundir gestión pública con gestión administrativa. Puede haber experiencias de gestión pública muy interesantes, y las hay, desgraciadamente paralizadas en gran medida en

estos momentos, empresas públicas, fundaciones, consorcios, etcétera, que son ejemplos de gestión pública, pero no gestión administrativa. Y, no hay que confundir tampoco servicio público con gestión pública. El servicio público puede ser dado por empresas privadas, con o sin ánimo de lucro, siempre legítimo. Lo que hay que preguntar a las empresas es si cumplen la ley, si pagan impuestos, si dan calidad, y si cumplen con los requisitos que les pone la Administración. Si eso es así, es su obligación ganar dinero para retribuir a los accionistas, y eso no es nada ilegítimo. No veo yo que tengamos en España un sector privado que pretende desarrollarse en base a las cenizas del sector público, más bien veo lo contrario, veo un sector privado que está preocupado y tiene interés en colaborar con el sector público, en un sector público potente, desarrollado y bien financiado.

El tema de la autocomplacencia. Tampoco podemos ir al masoquismo. Nosotros tenemos, ni más ni menos, un sistema sanitario modelo europeo, de cobertura universal y financiación predominantemente pública, no hay ningún sistema ideal. Hay que ser eclécticos, hay unos sistemas que son muy buenos en la primaria, otros muy buenos en el tema de investigación, otros que el tema de la salud mental lo tienen muy potenciado. Tenemos que ser un poco eclécticos y copiar de lo mejor, desde la perspectiva de que no hay ningún sistema ideal. La autocomplacencia es un mal general y si me permite la broma -la única que voy a hacer durante mi comparecencia- en el País Vasco, por mis conversaciones con vascos, está especialmente presente, pero, probablemente, legítimamente.

He hecho algunas propuestas urgentes. Se dice que no todas son tan sencillas. A mí me parece que son sencillas, otra cosa es que no sean gratis y que cuesten dinero, evidentemente. No es demasiado complicado resolver la lista de espera. Cuesta dinero, evidentemente. El tema de la temporalidad de los profesionales tampoco es de una complejidad extrema el resolverlo.

Esos temas que van en la relación de acciones urgentes, creo que nada es especialmente complejo. De todos modos, lo importante para mí es que el sistema necesita un gesto inmediato. Hay temas muy complicados, como el de la gobernanza, el del sistema de información, pero hay temas a los que hay que dar respuesta inmediata, porque el sistema, que está exhausto después del esfuerzo hecho por el coronavirus, requiere algún gesto de aproximación, y, seguramente, el tema de las listas de espera, o la consideración retributiva, el de la estabilidad laboral y el tema del refuerzo de la atención primaria, y, por supuesto, de las residencias, creo que son temas a los que habría que dar alguna respuesta rápida.

He planteado la participación de la Unión Europea, no tanto en el pacto como en la gobernanza de algunas agencias especializadas, y en concreto de la de salud pública. La salud pública es una competencia también de la Unión Europea, y a lo mejor no es un disparate que la Unión Europea esté representada en esa agencia. Por cierto, que la Unión Europea ha estado bastante ausente en esta crisis. Si les pregunto cuál es el nombre de la comisaria de Sanidad europea seguramente no me lo puedan decir, es de Malta, y yo, en estos momentos, no me acuerdo de su nombre, pero es difícil acordarse porque no ha hecho una sola declaración durante la crisis.

No tengo criterio con relación a la pregunta específica de las agresiones a profesionales sanitarios. En cuanto a ahondar en la colaboración público-privada y cómo se puede hacer, en el documento que les he hecho llegar propongo, entre las acciones generales, un programa marco de colaboración sector privado con el servicio público. Lo fundamental para la colaboración público-privada es la confianza, y tiene que haber una confianza del sector público en las empresas privadas, y tiene que haber una confianza de las empresas privadas en el sector público, y tiene que haber unas reglas de

juego, y tiene que haber unas perspectivas comunes. Eso es lo que hay que trabajar en este marco que yo propongo.

A corto plazo propongo el tema de las listas de espera, la posibilidad de opción de un centro privado, superado un plazo determinado, pero, a medio y largo plazo, propongo este plan marco de colaboración de recuperación de la confianza, por así decirlo. Lo que está ocurriendo es que las administraciones públicas no quieren saber nada de la colaboración público-privada porque tiene coste político y porque a ver qué van a decir, y porque no va a estar bien visto, pero es que las empresas privadas también empiezan a distanciarse del sector público, porque no se fían de la seguridad que les dan, y eso es negativo. Yo creo que hay que generar un ambiente de colaboración.

Se ha hablado de la polarización. Se ha hablado de la estrategia de seguridad nacional, efectivamente, hay tres estrategias de seguridad nacional, el tema de las epidemias y pandemias como amenazas a la seguridad nacional está ahí, lo que pasa es que, desgraciadamente, no se hicieron los planes oportunos para ponerlas en marcha en caso de ese tipo de problemas.

En cuanto a la agencia de salud pública y calidad, apoyo el modelo de agencias especializadas. Creo que es un poco distinto, y yo separaría salud pública de calidad. Salud pública está preocupada, fundamentalmente, de lo colectivo, y cuando hablamos de calidad, en general, nos referimos a la actividad asistencial del sistema, servicios individuales a las personas. Y creo que son dos mundos distintos. Creo que es bueno separarlo porque a veces se crea la idea, yo he escuchado a muchos gerentes que dicen: yo, lo que produzco es salud. ¿Cómo que produces salud? Tú produces servicios sanitarios individuales a las personas. Las políticas de salud son intersectoriales por definición. Simplificando mucho, el sistema sanitario no

tiene solamente que salvar vidas, tiene que hacer otras cosas, tiene que tranquilizar, tiene que acompañar, tiene que curar, tiene que dar certidumbre, todo eso lo tiene que hacer el servicio sanitario, pero no es un problema de salud pública, es un problema del sistema sanitario de asistencia. Por lo tanto, yo más bien lo separaría.

En cuanto al plan de sistemas de información, a mí me parece fundamental. Ahí hay un planteamiento, que es el programa FAIR, que empezó en Estados Unidos en la época de Obama, pero que ahora se está implantando en muchos sitios, que trata de definir los estándares de todo, de los diagnósticos, de los procedimientos, de tal manera que haya un lenguaje intercambiable, independientemente de la tecnología. Este es un tema que ahora se está expandiendo, incluso algunas comunidades en España como Galicia, creo que están trabajando en esa línea. A mí me parece fundamental. Uno de los problemas de la pandemia son los fallos tan tremendos en el sistema de información, que es que no sabemos ni contar los muertos, ni el número de ingresos en UCI, pero ¿cómo puede ser eso? Yo creo que hay que avanzar ahí. Y no es que no lo supiera el ministerio, es que tampoco lo sabían las comunidades, cada hospital era un mundo. Ese tema es capital.

La señora Pastor, utilizando esa terminología de la Comisión, me ha preguntado, primero, si se puede llegar a un acuerdo, y tres o cuatro cosas gordas. Primero, veo que es muy difícil que se pueda llegar a un acuerdo, porque el país está muy polarizado, hablo con toda honestidad, pero creo que es necesario, creo que, además, el sistema sanitario está demandando un acuerdo, y creo que sería una decepción para mucha gente -entre las que me incluyo- si de esta Comisión no salen algunos acuerdos básicos en algunas prioridades. ¿Cuáles en sanidad? Eso ya es mucho preguntar, pero yo veo algunas cosas. Desde luego, el tema de la gobernanza, el tema del sistema de

agencias y el tema de la implicación de los distintos agentes en alguna especie de comité consultivo, o lo que sea, es fundamental.

Tiene que haber un debate sobre el tema de la financiación. El tema de la transparencia. Se me ha preguntado si defiendo un modelo de financiación finalista o un modelo no finalista. No tengo criterio en ese tema, porque sé que tiene muchas complicaciones jurídicas y no estoy en condiciones de dar ninguna luz en relación con eso. Pero lo que sí me parece importante es que el sistema sea transparente en cuanto a resultados. Tenemos un sistema no transparente, aunque hay experiencias interesantes en Cataluña e incluso en Madrid de observatorios donde dan mucha información, pero una información a nivel nacional que permita comparar comunidades, comparar áreas, comparar resultados de hospitales, incluso de servicios, mortalidades de distintas patologías y demás, no existe, y eso es fundamental. Creo que este tema de la transparencia, junto con el observatorio de inequidades, porque hay muchas inequidades y diferencias de tratamiento en las mismas patologías en distintas comunidades, creo que es importante. De todos modos, ustedes pueden determinar las prioridades mejor que yo.

Quiero insistir en que me parece fundamental llegar a un acuerdo.

Creo que he contestado a casi todo, y lo que no he contestado es porque considero que mi criterio no va a aportar gran cosa al conocimiento que pueda tener el grupo de trabajo en relación con eso.

Quería decir una cosa en relación a lo afirmado por Vox. No creo que haya habido negligencia criminal en ningún tratamiento de esta crisis por parte de ninguna administración, ni nacional ni autonómicas. Otra cosa es que haya habido problemas o incompetencias, incluso, pero, en cuanto a negligencia criminal, me parece mucho decir.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Riesgo, por haber aceptado nuestra invitación.

- DE D.ª SANDRA GARCÍA ARMESTO, DIRECTORA GERENTE DEL INSTITUTO ARAGONÉS CIENCIAS DE LA SALUD (IACS).

La señora **PRESIDENTA**: Continuamos con la sesión con la siguiente comparecencia, la de doña Sandra Gargía Armesto. Muchas gracias, señora García por haber aceptado la invitación que la ha hecho el grupo de trabajo de esta Comisión de Reconstrucción Económica y Social.

Tiene usted la palabra.

La señora **GARCÍA ARMESTO** (directora gerente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)): Muchas gracias, señora presidenta y muchas gracias a todos los portavoces y a todas las gentes que con tanta dedicación se están embarcando en esta tarea, no puedo por menos que felicitarles y desearles la mayor de las suertes, porque su suerte es la de todos.

Me van a permitir que les dé unas pequeñas pinceladas para que entiendan desde dónde les hablo. Yo soy médico, soy epidemióloga, soy economista de la salud, he dedicado la mayor parte de mi carrera, ya más de dos décadas a la evaluación de sistemas sanitarios y de políticas de salud, y he sido muy afortunada, he tenido oportunidad de hacerlo tanto desde el ámbito internacional, he trabajado en la OCDE como analista de políticas, he trabajado como experta en distintos comités de la Comisión Europea y de la Organización Mundial de la Salud. También he trabajado a nivel nacional, he sido investigadora en el Carlos III, he tenido oportunidad como responsable dentro de la Red de agencias de evaluación de tecnologías

sanitarias del Sistema Nacional de Salud, Guía Salud, el programa de guías de práctica clínica, el atlas de variaciones de la práctica médica. Y en el ámbito autonómico, tengo dos experiencias que valoro mucho, una en la consejería de Madrid, en el Observatorio del Sistema Madrileño de Salud, en la extinta Agencia Laín Entralgo, y la otra, que es la que ahora me ocupa, soy la directora del Instituto aragonés de Ciencias de la Salud, que es una suerte de Carlos III aragonés, básicamente porque tenemos atribuidas las mismas competencias en términos de transferencia, investigación e innovación para el Sistema Nacional de Salud.

Desde ahí les hablo. Me ha interesado muchísimo llegar pronto y haber oído el final de la otra intervención, porque pensaba que el abordaje que les iba a hacer iba a ser un poco extemporáneo, si me permiten, en el sentido de que tienen ustedes una nómina impresionante de contribuyentes, la verdad es que, humildemente, les agradezco que me hayan colocado ahí, y entiendo que el análisis que se va a hacer repetidamente de la gobernanza del sistema, de las necesidades del sistema, de los profesionales, de lo que han aportado, en realidad les compete más a otros, no porque no me interese, me encantaría lanzarme, pero con el tiempo que tienen ustedes y el que me han asignado a mí, no me da.

Lo que me interesaría es hablar con ustedes hoy también de gobernanza, de la gobernanza del sistema de salud y del sistema de generación de conocimiento y de innovación en nuestro país, y de la manera en la que sí o no están cooperando virtuosamente para trabajar en la inteligencia del sistema. Yo creo que una de las cosas que nos ha puesto encima de la mesa esta pandemia es la posibilidad de evaluar los marcos institucionales y las herramientas que tenemos, y construir a partir de ahí. Lo que voy a hacer es nada de reflexión sobre lo previo, simplemente voy a hacer un balance de

situación de dónde estamos ahora y les voy a lanzar un par de propuestas en este sentido.

Lo decía ya Monnet, uno de los fundadores del proyecto europeo, y cito textualmente: nada se puede hacer sin las personas, pero nada subsiste sin las instituciones. Por eso, creo que todo lo que dediquemos a fortalecer institucionalmente estos dos sistemas, el de ciencia y el de sanidad, y su relación mutua. Porque, desde mi experiencia, venimos trabajando de manera excesivamente separada, y voy a detallar un poco más este argumento. Básicamente, no somos conscientes del grado de interrelación que necesariamente tenemos que tener, y creo que se han descuidado profundamente las herramientas para trabajar juntos en esa interdependencia mutua.

Son ustedes perfectamente conscientes de que, incluso antes de la pandemia, el discurso de la innovación era ubicuo en el sector biosanitario. Prácticamente todo lo biosanitario quedaba caracterizado de forma automática con la etiqueta de innovador. Sobre esto podríamos discutir durante horas, yo sencillamente me voy a limitar a apuntarles que, básicamente, cuando se hablaba de innovación, de las únicas cosas que estábamos hablando era de producción de dispositivos, producción de moléculas, todo bastante orientado a lo que tiene que ver con la industrialización y la capacidad de generación de patentes. Nuestro sistema de ciencia, tanto a nivel europeo como a nivel nacional, ha estado premiando y fomentando y dando herramientas específicas para estos tipos de innovación. Sin embargo, existe otro tipo de innovación que esta crisis nos ha puesto delante de la cara de la manera más patente su necesidad, sus virtudes, y su potencia, que es la innovación organizativa. Se venía reivindicando ya.

¿De qué estoy hablando cuando digo innovación organizativa? Estoy hablando de una innovación que surge dentro del propio sistema de salud, que responde a las necesidades del sistema de salud y que, en prácticamente cualquier ocasión, tiene un apoyo tecnológico, no estoy hablando de que sean innovaciones que suceden en el aire. Probablemente haya un elemento tecnológico que necesita apoyar esa innovación, pero la lógica es completamente inversa, no es la tecnología, el *driver*, la fuerza de esa planificación de la innovación, es la necesidad del sistema sanitario la que planifica esa innovación y ve qué elementos necesita incorporar tecnológicos, fármacos, lo que sea. Desafortunadamente, esta innovación, esta distinta manera de, frente a una necesidad, dar un servicio, o, simplemente, inventar un servicio nuevo. La telemedicina, por usar el ejemplo más palmario, todos nuestros médicos de atención primaria hablando por WhatsApp cono sus pacientes. Esto no se ha inventado en esta pandemia, por cierto. Yo ahora mismo trabajo en un territorio despoblado, parte de la España vacía. En esos entornos rurales, este tipo de cosas venían sucediendo ya en el sistema, y ahora ha sido bastante más fácil naturalizarlas.

Pero, vuelvo a lo que les intentaba hacer notar como carencia. Este tipo de innovaciones no tiene ningún mecanismo ni de reconocimiento, ni de soporte financiero, ni de valoración, que haga que se evalúen y que, en caso de que funcionan y son coste-efectivos -no me separaría de esto, no piensen que les estoy hablando de Filosofía- que los haga escalables y los extienda en el sistema. Sin embargo, a lo que venimos asistiendo, porque es lo que estamos fomentando conscientemente o no desde nuestro sistema de ciencia, es que cualquier novedad tecnológica impulsada desde el sector biosanitario, y la mayor parte de las veces producida desde el tejido de generación del conocimiento, que en su mayoría es público, universidades, centros de investigación, cualquiera de estas innovaciones se reconoce y tiene, a pesar

de que proliferan y en la mayor parte de los casos ya hay estudios publicados en *The Lancet*, no es un caso único de España, sobre el escaso valor añadido de la mayor parte de estas innovaciones que se nos venden como tales, y que se introducen en el sistema y que se generalizan, la mayoría de ellas tienen muy poco valor añadido. Pero esto no tiene ningún problema ni para que tengan una capacidad de penetración enorme, ni para los precios que por ellas pagamos. ¿Qué sucede? Que se generan unos enormes desequilibrios presupuestarios, se generan inequidades en el acceso a los servicios de calidad de los ciudadanos, nada de esto es baladí.

Imagínense, si esto era lo que nos venía sucediendo, a qué nos estamos enfrentando al calor de la pandemia. Es todavía más crítico, desde mi punto de vista, deshacer esto, porque es bastante paradójico que esta innovación malentendida se convierta en una amenaza para la sostenibilidad del sistema. La única razón por la que esto sucede, y a mí personalmente me parece intolerable, es, primero, porque estamos sujetos a una innovación reactiva, es una innovación que dirige las novedades del mercado, es, normalmente, una innovación que se nos plantea como incremental, esto igual es un palabro de nuestro sector de economistas de la salud. No es una tecnología sustituye a otra, es que se aumenta el número de tecnologías para hacer la misma cosa, lo que quiere decir que, comparativamente, la aportación no debe ser tan grande, aunque el precio sea mayor.

Y una cosa crítica. La mayor parte de estas innovaciones se introducen de forma fragmentaria, no hay ninguna planificación asociada a la introducción de estas innovaciones. ¿Qué sucede? Que, en muchos casos, incluso aquellas valiosas, los efectos que tienen son muy poco notables e incluso se cancelan mutuamente, porque estamos financiando a la vez innovaciones que tienen efectos contradictorios, y, desde luego, duran muy poco en el tiempo.

La propuesta que les quiero hacer. Mi diagnóstico es que el divorcio del marco y de los instrumentos que estamos manejando en el sistema sanitario para trabajar e impulsar la innovación y en el sistema de I+D+i español está acentuando más e impedir que se alimente debidamente la inteligencia del sistema. Tenemos multitud de microproyectos dispersos por el territorio, mecanismos que solo financian este tipo de microproyectos y que no llegan a cuajar en un modelo nuevo asistencial.

Estarán ustedes hartos de escuchar lo que les venimos a decir todos los expertos que es: lo que ha sucedido no tiene precedentes, la reacción del sistema, tampoco, y no podemos permitir volver a como estábamos, no porque estuviéramos en un mal sitio, sino porque hemos aprendido tanto y hemos podido diagnosticar tan bien qué cosas era absolutamente necesario cambiar, que no podemos permitirlo ignorarlo. En este sentido es en el que les digo que necesitamos que estos dos elementos empiecen a trabajar conjuntamente. La situación ahora mismo es que la agenda de I+D+i vive de espaldas a las necesidades del sistema, sin embargo, las capacidades de financiación, sostenimiento, reconocimiento, están básicamente concentradas tanto en el Ministerio de Ciencia como en las consejerías de Ciencia, como en alguna de las secretarías de Estado dependientes de Economía.

Mi propuesta es que seamos conscientes de que esto es disfuncional para el sector salud, que quien debería definir cuáles son los retos que hay que abordar es el propio sistema sanitario, que ya nos ha demostrado que tiene este potencial de diagnosticarlo y de hacerlo.

Si necesitamos conseguir que este binomio innovación-sostenibilidad opere de forma virtuosa en nuestro sistema, tanto para el sistema de ciencia como para el sistema sanitario, porque de lo que estoy hablando también es de darles orientaciones a las empresas del sector biosanitario sobre qué es lo

que necesitamos solucionar, y démosles un horizonte temporal que, realmente, les permita realinear su agenda de I+D+i, que, en este momento preciso no está orientada, no les estamos dando señales claras de qué es lo que queremos, entonces operan según el beneficio del mercado o las modas.

Articulando la propuesta. Necesitamos un sistema de gobierno de la innovación que cumpla con los siguientes objetivos: fomentar una innovación que sea orgánica, que explote el conocimiento propio del sistema y que fomente desarrollos organizativos, que no sea en el aire, que sea en lo concreto; que sea institucional, es decir, que se empleen medios y talento en identificar los desarrollos que sean necesarios, y que sean estos desarrollos, guiados por qué retos tiene que afrontar el sistema, y ahora ustedes tienen una panoplia de retos que tiene que afrontar el sistema, antes que seguir orientándolos por la oferta del mercado. Otro de los objetivos de este nuevo sistema de innovación es que la innovación tiene que ser sinérgica y equitativa, es decir, hemos de ser conscientes de que el acceso a esas innovaciones ha de garantizarse a lo ancho del sistema. Y, por otro lado, que refuerce procesos de transferencia y de aprendizaje mutuo, es decir, que realmente hagamos esta transferencia de conocimiento, de innovación y de capacidad de pensar las cosas de otra manera dentro del sistema.

Para acercar la agenda de innovación tecnológica a estas necesidades reales que les detallo y cumplir con estos objetivos, es decir, buscar que se nos ofrezcan soluciones de alto valor y minimizar que nos entren por la puerta de atrás mejoras que, probablemente, serían prescindibles. Para hacer esto, habría operativamente cuatro acciones. Planes específicos de identificación y puesta en marcha de iniciativas innovadoras dentro del propio ámbito del sistema de salud. Hay que facilitar que estas iniciativas, que están floreciendo al calor del COVID, pero que, insisto, las había ya en otros muchos ámbitos de la asistencia o de la prestación de servicios, pero

no lo sabíamos, porque ya les digo que no había forma de visibilizarlos, hay que facilitar que se evalúen y que se escalen. Y hay que potenciar el talento transformador de la propia actividad profesional dentro del sistema. Estamos todo el rato -y yo lo comparto con ustedes, señorías, no puedo hacer otra cosa- felicitando a los profesionales sanitarios, felicitándonos por el Príncipe de Asturias. Vuelvo a la frase de Monnet, las gentes son imprescindibles, pero son las instituciones las que tienen que hacer que lo que esas personas son capaces de desarrollar tenga un objetivo y tenga un efecto.

En este sentido, buscar y reconocer esas iniciativas que ya existen, y favorecer, y financiar, apoyo metodológico y tecnológico, para que esos desarrollos progresen, no se conviertan en el experimento voluntarista de un grupo de enfermeras, por ejemplo, que es uno de los casos paradigmáticos de una de las cosas más avanzadas que están sucediendo en todos nuestros sistemas de salud.

Por otro lado, es necesario favorecer que los profesionales incorporen una cultura de evaluación de las tecnologías sanitarias. El medio hospitalario es un medio de fascinación tecnológica, y muchas veces es absolutamente necesario hacer conscientes a nuestros profesionales de que no es oro todo lo que reluce, y que su papel en decir si, efectivamente, lo que tienen delante es más efectivo o menos de lo que venían haciendo, es crucial. Incorporémoslos a las estructuras y hagamos que esto suceda.

Es crucial también, porque este es otro de los defectos de nuestro sistema de ciencia cuando mira al entorno salud, corregir el hospitalocentrismo, lo centrados que están en los hospitales como el único vehículo de ciencia e innovación. Venimos predicando, señorías, que necesitamos un modelo evolucionado para atender las necesidades de los pacientes del siglo XXI, con pandemia y sin pandemia, de los pacientes crónicos y de los pacientes agudos en una situación como una pandemia. Las

dos cosas son verdad. Estos modelos son necesariamente transversales en la cartera de servicios, necesitamos fomentar redes de conocimiento que, efectivamente, tengan competencias multinivel y que sean sostenibles dentro del sistema. Eso es lo que necesitamos, premiar como innovación, financiar como innovación, incorporarle toda la tecnología que sea necesaria, pero con propósito. Esta es mi recomendación para el sistema.

Por último, hay una herramienta, que en algunas comunidades autónomas venimos utilizando con menos asiduidad de lo que quisiéramos, pero que en todos los casos ha resultado exitoso, y es la compra pública de innovación. Esta herramienta tiene la siguiente virtud, los pliegos en los que uno descansa para decir qué es lo que quiere comprarle al sector productivo, no son pliegos en los que se dice: quiero este producto; se dice: tengo este problema y necesito cubrir estas funcionalidades, inventemos juntos -yo le apoyo- con tecnología existente, a ser posible, y si no existe vamos a un precomercial y yo le ayudo a desarrollarla. Inventemos juntos aquello que yo le voy a comprar, pero hágame algo que sea lo que yo quiera. Ventajas para usted: lo primero es que se lo voy a validar, este producto lo puede vender usted después donde quiera, el entorno internacional es libre; normalmente es un banco de pruebas al que usted no tiene acceso, hay un proceso de cocreación con los sanitarios y con los usuarios a los que, normalmente, usted no tiene acceso. Potenciemos este tipo de instrumentos, seamos directores de la provisión que necesitamos para mover hacia delante nuestro sistema.

Sigo estando en el ámbito de la innovación, desde mi punto de vista, porque nada de lo que les he contado es posible si no conseguimos que nuestro sistema sea capaz de aprender. ¿Cómo vamos a saber qué innovaciones nos funcionan o no nos funcionan si no somos capaces de

evaluarlas de manera sistemática, si no podemos aprender de lo que está sucediendo?

La inteligencia del sistema se alimenta de información, y aquí enlazo con la última parte de la comparecencia anterior, y, por lo que he deducido de lo que ustedes comentaban, un tema continuo y trasversal que tienen ustedes encima de la mesa, los sistemas de información. ¿Qué ha pasado con los sistemas de información sanitarios? Me dan ganas de cogerlo donde lo dejó el doctor Riesgo, pero me voy a atener canónicamente al desarrollo que había pensado para que mis ideas les lleguen un poco más claras y no tan atropelladas como me están llegando a la cabeza.

Seguro que todos ustedes son conscientes, subliminalmente, les voy a hacer conscientes explícitamente de que, en este momento, cada uno de nuestros sistemas autonómicos está produciendo y recogiendo millones de datos al día. Son datos de una naturaleza muy variada, códigos, imágenes, analíticas, datos genómicos, texto... y son datos, además, anclados en el proceso asistencial; es decir, se refieren a pacientes reales, a todos los pacientes que pasan por nuestro sistema público, que, como todos ustedes saben, son todos, prácticamente. Pasan por cualquiera de nuestros dispositivos y dejan este rastro de datos. No les estoy hablando solo de los hospitales y de la primaria, les estoy hablando del 061, de las farmacias, de atención al paciente. Toda esa información se registra y está recogida en multitud de sistemas de información distintos, incluso dentro de una misma comunidad autónoma, y entre comunidades autónomas cada uno hemos desarrollado los sistemas de información que nos han parecido más oportunos, y no voy a entrar en por qué o en las consecuencias de esto, sencillamente es lo que hemos hecho. Y llevamos 20 años pensando cómo construir un sistema de información unificado.

Todos estos sistemas de información que les he dicho, los parciales, tienen finalidades muy distintas, de planificación, de gestión clínica, financieras..., porque estoy hablando desde la historia clínica electrónica hasta reembolsos de farmacias, estoy hablando de toda esa información. Esto, desde hace 10 años, no es tan nuevo, no les estoy hablando de la última moda. Esto es perfectamente posible manejarlo de forma conjunta, independientemente del sistema de información del que hayamos traído los datos, y constituir un lago de datos sobre el que podemos montar un sistema de información. Esto en Aragón lo tenemos montado funcionando, se empezó a trabajar en ello en 2015 y funcionando lleva desde 2018. Me consta que hay otras comunidades autónomas que también están por este camino, porque, básicamente, nos han pedido que les contáramos cómo lo habíamos hecho y les estamos acompañando en la medida de nuestras posibilidades. Además, está hecho con software no propietario, lo que quiere decir que es perfectamente escalable y transferible, y que nosotros no somos -si me permiten- rehenes de ningún proveedor concreto. Es decir, que cualquier desarrollo que necesitemos más, lo podemos seguir haciendo.

Esta revolución, insisto, se produzco hace 20 años, hace 10 años que lo estamos aplicando en el ámbito de la sanidad, y no les estoy hablando de ciencia ficción, les invito a venir a verlo. El aragonés se llama BIGAN. ¿Qué sucede? Pues que mientras existe esto, y yo les estoy contando con detalle el que conozco, porque lo hemos generado nosotros, resulta que no existe ninguna iniciativa nacional para coordinar estos esfuerzos, no hay un proyecto colaborativo desde el que se conciba que, aplicando esta misma lógica, venga del sistema de información que venga, utilicemos un sistema de datos común y construyamos un sistema de información fluido.

Estamos anclados, parte de los problemas que hemos tenido es que seguimos pensando en un sistema de información a base de bases de datos

relacionales que se rellenan periódicamente con datos e indicadores remitidos desde las comunidades autónomas. De lo que yo les estoy hablando es de dato individuales, refrescado diariamente, sobre el que se puede hacer minería de procesos, minería de datos, aplicar algoritmos inteligentes que aprenden con los datos que se van refrescando directamente, y que dan información a tiempo real de lo que está pasando en el sistema. Imagínense si hubiéramos tenido algo así. No estoy hablando de cara a la salud pública, aunque hubiéramos querido deliberadamente seguir ignorando que teníamos un problema de pandemia, porque a fin de cuentas la OMS no nos advirtió hasta bastante más tarde, hubiéramos visto los primeros indicios simplemente en los datos de consulta, los hubiéramos visto en atención primaria.

Insisto, estamos anclados en este modelo, y resulta que nos ha superado por todos los lados, no solo las posibilidades tecnológicas, señorías, les pongo como ejemplo lo que está sucediendo en Europa, la tendencia ahora mismo en Europa, que venimos trabajando en ella también desde hace 10 años. La razón por la que acabamos desarrollando esto en Aragón es porque lo veníamos desarrollando ya en sucesivos proyectos como *Joint Action* para Europa.

Básicamente es lo que decía el doctor Riesgo, él ha dicho: hay esta iniciativa FAIR en Estados Unidos. Lo que hay es ya perfectamente estandarizado y aceptado internacionalmente un modelo común de datos, OMOP, se llama. Permítanme que haga una matización más a esta analogía que voy a poner encima de la mesa, porque me parece particularmente relevante para un Estado compuesto como el nuestro. Recuerden, lo saben mejor que yo, que la Comisión Europea no tiene competencias en sanidad, tiene algunas competencias en salud pública, limitadas y en autorización de fármacos y medicamentos. El principio que rige en el ámbito europeo en

temas de sanidad siempre es la subsidiariedad, los Estados son soberanos. Yo ya les he comentado que llevo en esto más de 20 años, y las reticencias de los Estados a que pueda haber cualquier control por encima de la unidad Estado a nivel europeo, y eso, lógicamente, se hace con información, han sido tremendas. De 10 años para acá parece que estas reticencias se han suavizado, y les voy a explicar las virtudes del modelo que ha hecho que, efectivamente, los Estados miembros se estén planteando entrar en esto, y que ahora mismo haya varias líneas de financiación abierta para crear este sistema, incluida una que ha salido de urgencia para montar una cohorte paneuropea COVID, que acaba pasado mañana.

Les cuento las características. Básicamente, es una estructura en red, se comparte un modelo común, se comparten estándares de protección, y las decisiones de gobernanza son colegiadas entre todos los nodos. Les estoy hablando del diseño teórico, esto en Europa todavía no existe, y es lo que estoy proponiendo que trabajemos aquí, se puede hacer en muy poco tiempo, porque tenemos mucho ganado. Insisto, la estructura de gobernanza es colegiada, participan todos los nodos. Existe un nodo central, cuya función básicamente es proveer servicios al resto de los nodos de la red, servicios que permiten aumentar las capacidades tecnológicas y el capital humano en cada uno de los nodos. La lógica de todo esto es que todos los nodos trabajan para la red y la red trabaja para los nodos. Es decir, cada uno es capaz de solventar de mejor manera el problema de su sistema de información, la capacidad de esto que les contaba, la virtud de tener un sistema que analiza los datos de una forma fresca y que permite analizarlos en burbuja, conjuntos y no solo linealmente... Quiero decir que estas capacidades se aumentan en los nodos locales, pero, además, no se les escapará a ustedes que, una de las cosas más relevante para cualquier análisis, tiene que ver con la robustez estadística, que, básicamente, se hace a base de números. La variedad de

casos y de experimentos naturales que tenemos en Europa, y en nuestro Estado, con los 17 sistemas sanitarios, la variedad de pacientes y el número de pacientes que podemos llegar a incluir en cualquiera de los análisis que necesitemos hacer, nos pone en situaciones de -utilizo ahora el lenguaje de la Comisión Europea- mejorar sustancialmente nuestra competitividad con respecto a nuestros competidores internacionales, que básicamente, como ustedes saben, son Estados Unidos o las potencias asiáticas. Europa se está quedando atrás en la capacidad de utilizar el *big data*, que también genera tejido productivo, pero lo que principalmente genera es inteligencia del sistema, capacidad de autogobierno. Imagínense que fuéramos capaces de montar una estructura nacional de estas características.

Tiene que existir un centro especializado en dar estos servicios. Es necesario que se fomenten estas capacidades distribuidas de computación y de utilización de datos en cada una de las comunidades autónomas, y eso va a requerir financiación. Las decisiones que se tomen sobre qué se analiza han de ser necesariamente colegiadas y no solo ha de atender a las necesidades de todos, sino que tiene que ser capaz también de atender a las necesidades de cada uno de los sistemas, es su principal virtud, es lo que hace que esta cooperación sea virtuosa.

Lo voy a dejar aquí. Solo una cosa a modo de conclusión. Está claro que el revés de la moneda crisis COVID ha sido todo el sufrimiento, todos somos conscientes de los costes, y el enorme esfuerzo para paliar ese sufrimiento que, efectivamente, nos ha dejado exhaustos, pero tiene una cara y es que hemos hacho cosas y hemos visto cosas que no creerían. Hemos hecho cosas que no sabíamos que podíamos hacer. El grado de versatilidad, de agilidad, de incorporación de conocimiento, a pesar de lo que he dicho, de que las agendas viven de espaldas, hemos tenido esta capacidad improvisada de, de repente, hacerlo, lo que quiere decir que es posible.

Si queremos un sistema inteligente, un sistema que sirva para el siglo XXI, no para la próxima pandemia, que también, tenemos que embarcarnos ya en estos elementos que van a resultar críticos.

Muchísimas gracias, estoy a su disposición.

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

Tiene la palabra el Grupo Euskal Herria Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Muchas gracias, Sandra.

La intervención me ha parecido muy interesante. Por eso voy a hacer una pregunta concreta, ¿cómo se arranca? Porque podemos esperar a crear el órgano que lo haga o que surja a raíz de una iniciativa, con un contenido. ¿Podría ser una iniciativa entorno a la compilación de toda la información de todo lo que hemos tenido con el tema del COVID? ¿podría ser un punto de arranque? ¿cuál sería el punto de arranque para empezar una iniciativa en este sentido? Porque, muchas veces, esperar a que se constituya un órgano, etcétera, luego a lo mejor se constituye el órgano y la función no aparece.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Buenas tardes, señora García, y gracias por las explicaciones dadas.

En la anterior intervención, que usted ha escuchado también, decía el señor Riesgo que el sistema no estaba hecho para la nueva sociedad, sino para una sociedad anterior y que las reformas venían de eso, de que se había quedado viejo. Parece que todo lo nuevo tendría que ir por esta línea de lo que usted está planteando, de la inteligencia del sistema y de la innovación.

Me llama la atención y a ver si me ayuda a entenderlo. Ha abordado la innovación en una triple dimensión, la atención al usuario, la telemedicina, el tratamiento de la información, los datos, la historia clínica única, sistema sanitario, social, por otra parte, las tecnologías sanitarias, y en un tercer lugar, entiendo, proyectos de I+D+i, investigación, tratamientos, vacunas y todo lo demás. Entiendo que estaba abordando la innovación desde la triple perspectiva.

Desde la primera, la atención a los usuarios, la telemedicina, decía usted que estaba ya allí y que lo que ha hecho es florecer al calor de la pandemia, es la expresión que usted ha utilizado. Es cierto que durante el confinamiento se ha hecho uso para atender a los usuarios de la telemedicina, del WhatsApp, del teléfono, de todo un sistema de atención distinta exclusivamente al presencial, que estaría allí, ¿hay algún riesgo de que, de nuevo, el sistema se repliegue y vuelva a los usos y costumbres anteriores y no se aproveche ese potencial?

Por otra parte, en relación al tratamiento de los datos, usted ha comentado, salvo que la haya entendido mal, que en Estados Unidos existe algún sistema de tratamiento de información y de red de nodos en el que se comparte esa información. Si es así, tampoco parece que en Estados Unidos haya funcionado o se haya desplegado ningún valor añadido diferente al que, por ejemplo, hayamos tenido en Europa. O incluso en Asia, que también dice que en el ámbito del *big data* tienen cierta ventaja, tampoco parece que haya desplegado con carácter previo la detección precoz.

En el segundo ámbito, el de las tecnologías sanitarias, me ha parecido entenderle que muchas veces lo que pasa es que se incorporan tecnologías, ha dicho que en el sistema sanitario la fascinación tecnológica es algo que opera muy a menudo, entiendo que restando por esa fascinación análisis o capacidad de análisis objetivo al análisis de coste-efectividad que deberían

tener la implementación o la aplicación de nuevas tecnologías sanitaria. Sin embargo, todos tenemos agencias de evaluación de tecnología sanitarias. Nosotros en Euskadi tenemos Osteba, y existen muchas. ¿Para qué están esas agencias de evaluación de tecnología sanitaria si luego nos dice que lo que pasa es que muchas veces se adquieren tecnologías que no aportan valor añadido?

Y, en tercer lugar, en el ámbito de los proyectos de investigación, de tratamientos, vacunas y demás, muchas veces tal vez tengamos la sensación, y yo creo que usted parecía que estaba diciendo que hay atomización de ese tipo de proyectos y que, además, no parte del propio sistema sanitario la demanda de qué proyectos deben desarrollarse, sino que son estos proyectos. Pero, sin embargo, a lo largo de la pandemia se ha ido vendiendo como valor el que se pongan en marcha muchos proyectos. La verdad es que, visto como mero observador, sí que parece que hay una excesiva atomización, y luego dices ¿cómo llega la trasferencia de ese conocimiento? ¿cómo se hacen las colaboraciones de los distintos proyectos? Me ha llamado la atención que diga que todos esos proyectos no están interrelacionados con el sistema sanitario.

Estas serían nuestras apreciaciones.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

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

Gracias por sus aportaciones, señora García, como profesional de la gestión sanitaria, son muy valiosas y las tendremos muy presentes.

Voy a realizarle tres cuestiones muy sencillas. Hoy, que se ha demostrado que la innovación es tan importante, hoy más que nunca, nos

gustaría saber qué medidas considera necesarias para impulsar una verdadera revolución en materia de I+D+i.

También ha hablado usted de un divorcio, yo lo considero más bien un trío roto, que sería el de innovación, necesidades e inversión. ¿Cómo podríamos reconciliar a este trío?

¿Cómo podemos incentivar la retención de talento investigador en nuestro país? ¿cree que el sistema actual puede sacar todo su potencial? Aunque de su discurso ya he podido saber que no, que falta una estrategia de coordinación nacional.

Hablando de hospitalocentrismo y de potenciar la atención primaria, ¿cómo cree que podemos generar una estructura más eficaz? ¿qué reformas considera que debemos hacer en nuestro modelo de atención primaria?

En cuanto a los sistemas de información y las dudas con los datos de fallecidos que estamos teniendo, ¿cuál es su opinión?

Sin más, agradecerle sus interesantes apreciaciones, lástima que no haya habido más tiempo, sé que tenía mucho más material. Gracias por colaborar en ese grupo de trabajo.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

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

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

Parece importante lo del divorcio entre el sistema sanitario y todo este mundo de la investigación I+D+i. ¿Cómo ligarlo? ¿es una cuestión de voluntad política? ¿solamente de dinero?

Es una cosa personal que viví. Un proyecto que se hizo en Valencia entre el Hospital Peset, en Anestesia, y la Universidad Politécnica, de control

de pacientes operados que se iban a su casa, cada vez con cirugías más complejas. Era como una especie de telemedicina, pero que el paciente tenía que responder con un simple botón de “sí” o “no”, una foto o un aparato que le daban, cualquiera podía contestarlo sin tener ni idea de tecnología. Se hizo todo el estudio y no cuajó en nada, era bastante sencillo, era barato y, sobre todo, que los pacientes lo percibían muy positivamente, porque impedía que el paciente volviera al hospital de urgencia, por dolor o cualquier cosa que le llamara la atención. Por ejemplo, te operaban un pie, se te ponía un poco oscuro, como te mandaban la foto, tú lo veías: no se preocupe, haga esto... Todo aquello, que duró un año, fue todo un éxito y desapareció, conforme el proyecto acabó, aquello voló, y nunca más se hizo. Sirvió para que una serie de los que publicaban tuvieran sus referencias, pero nada más.

Parece que es esto lo que pasa. Me acuerdo que Enfermería hizo una iniciativa que me pareció asombrosa, en la que los pacientes que se iban a su casa recién operados, el médico firmaba el alta, pero el que decidía cuando se iba era el paciente. Y nos llamó la atención que los pacientes adelantaban el horario de tener que irse a su casa, no era el que decía el médico, que ya estaba reglado. Llamaba la atención ese tipo de respuesta, el paciente se sentía capaz de irse. Todo eso quedaba en el vacío, todo para publicaciones.

¿Eso como se consolida y se queda asentado?

La señora **PRESIDENTA**: Tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Vox.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Gracias.

Usted es coautora, con otro de los comparecientes que ha sugerido el Partido Socialista y Podemos, de un libro que se llama *Spain: Health system review*, de 2018. En ese libro usted hace alusión a la Sociedad Española de

Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), de la que parece que usted forma parte, y que es una confederación de doce asociaciones científicas. Esta confederación no advirtió en ningún momento de la peligrosidad que tenía el virus chino, el coronavirus. De hecho, el 26 de febrero de 2020, se dice en la página web que en la última actualización del Ministerio de Sanidad no se contempla tomar la temperatura a personas que provengan de países en riesgo, como se sugiere en medios de comunicación y redes sociales. SESPAS respalda esta posición dado que es posible trasmitir el coronavirus, aunque no se esté con fiebre, porque no es necesariamente útil. Tampoco han cambiado las recomendaciones sobre el uso de mascarillas, a pesar de que la población tiende a pensar que es una de protección eficaz, las autoridades sanitarias han trasmitido que no son necesarias porque son ineficaces en población general si no se acompañan de otras medidas higiénicas como el lavado frecuentes de manos, salvo en centros sanitarios, donde deberán ser utilizadas tanto por casos sospechosos a los que se vaya a hacer la prueba, como por los profesionales que los atienden en todo proceso. Dicen ustedes: SESPAS valora muy positivamente la gestión del riesgo realizado, supongo que se refieren a la gestión del Gobierno, pero señala que hay que ser prudente y evitar que el miedo injustificado sea el que guíe las decisiones. Por lo tanto, ya el 26 de febrero de 2020 ustedes pensaban que podía haber personas infectadas y contagiosas a pesar de no tener síntomas.

Mis preguntas van en este sentido. ¿En qué informes se basaban para hacer dicha afirmación? Si tenían esa información, ¿por qué SESPAS no desaconsejó los actos del 8M al Gobierno? Ya que ustedes sabían que el virus se podía trasmitir a pesar de no tener fiebre. ¿Esta decisión cree que estuvo influida políticamente por el deseo de preservar la manifestación del 8 de

marzo? Porque, a nuestro grupo parlamentario, visto lo visto, nos parece que sí.

Las comunidades autónomas también tienen atribuciones en cuanto a la vigilancia epidemiológica, ¿a qué atribuye que ninguna de las regiones acometiera labores de cribado del coronavirus en personas procedentes de China? ¿Pensaban que esto era poco menos que una gripe? ¿No le pareció extraño que China clausurase una región de 60 millones de personas? ¿creían, acaso, que era una enfermedad solo de los chinos?

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular

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

En primer lugar, darle la bienvenida en nombre del Grupo Popular a doña Sandra García a esta Subcomisión de Sanidad y Salud Pública.

Como directora gerente del Instituto de Ciencias de la Salud, adscrita al departamento de salud del Gobierno de Aragón, y que promueve el conocimiento de la biomedicina y de las ciencias de la salud en tres áreas de trabajo, como es el área de la producción de conocimiento e innovación, el área de la trasferencia de conocimiento y el área de la gestión, y esta muy relacionada con la innovación organizativa, según de sus palabras he querido entender, ¿cuál ha sido su experiencia de esta pandemia y cuáles son las fortalezas y debilidades que nos puede trasladar?

Se hablamos de la investigación biomédica, que se caracteriza por incluir un amplio abanico de líneas de actuación que van desde la investigación fundamental o básica hasta la investigación clínica, la investigación epidemiológica, o la investigación en servicios de salud, la

experiencia acumulada en las últimas décadas, que permite considerar que es necesario que, fundamentalmente en los hospitales universitarios, se disponga de un marco adecuado de investigación en el que se intente resolver múltiples preguntas que derivan de la práctica asistencial. Espero comparta conmigo, como investigadora, que la investigación médica ha experimentado un gran progreso, especialmente gracias a la biología molecular, que ha culminado con la secuencia completa del genoma humano. Cada vez más, se están aplicando en la práctica clínica los nuevos conocimientos generados por la investigación biomédica básica, y cada vez la investigación traslacional, que consiste en la aplicación de conocimientos biomédicos al proceso asistencial, se hace más necesaria. Los avances en la investigación en proteómica, las técnicas en imagen, en avances como la tomografía por emisión de protones, o la protonterapia, entre otros ejemplos, o los ensayos clínicos, que también se benefician de la investigación traslacional, ensayos en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria.

Desde su experiencia, ¿qué considera que se debe hacer para fomentar la formación específica en investigación? ¿se ha de incorporar en los programas pregrado, o durante la residencia? ¿qué cambios considera se debe hacer en la formación de las categorías en Ciencias de la Salud, en la organización de la investigación? ¿cómo considera que se deben incorporar? ¿Qué medidas organizativas hay que contemplar en los centros sanitarios para fomentar el desarrollo de la investigación y de la innovación en biotecnología y biomedicina? ¿Está perfectamente reglada la participación del sector empresarial con los grandes hospitales universitarios, o con los centros de salud, las universidades y los centros de investigación básica? ¿qué mejoras habría que incorporar?

Porque, está claro que la trasferencia de conocimientos entre centros de investigación y empresas multinacionales líderes en los sectores de la

biología y de la biotecnología es un factor de éxito. ¿Cómo valora el apoyo de las administraciones a la investigación en cuanto a dotación económica? ¿Considera que el marco jurídico que tenemos es el adecuado? ¿No cree que es necesario que contemos en el sistema sanitario con una agencia de evaluación de tecnología e investigación biomédica? Porque lo que tenemos son múltiples agencias de evaluación de tecnología, en varias comunidades autónomas, que revierten los resultados al ministerio, ¿no cree que sería más operativo una agencia de evaluación tecnológica potente dentro del Ministerio de Sanidad? Como instituciones transparentes en sus procesos, con independencia de su forma de trabajar, capaces de evaluar con rigor metodológico y ágiles, para no convertirse en un freno al desarrollo tecnológico.

Forma parte de un instituto de investigación acreditado por el Carlos III, y sé de la complejidad de la acreditación de un instituto biosanitario, porque viví muy de cerca la acreditación del ISAL, el Instituto Biomédico de Salamanca. ¿Considera que la coordinación de la investigación con la acreditación de los diferentes institutos biosanitarios en todo el territorio español está perfectamente regulada, o habría que establecer alguna reforma al respecto?

En la línea que ha hablado de la coordinación de la agenda I+D+i con el sector sanitario, ¿qué es lo que nos propone?

Para terminar, si queremos garantizar la capacidad innovadora de nuestro sistema de salud está la capacidad de convertir los datos en conocimiento, y en el sistema sanitario se recogen múltiples datos que necesitamos que se gestionen lo más rápido posible cada vez para poder detectar enfermedades en estadios iniciales y hacer gestión de la salud poblacional. Estamos hablando de *big data*, de la inteligencia artificial en medicina, del refuerzo de las tecnologías de la información, de las consultas

no presenciales, que ahora hemos visto cómo se han potenciado y, desde luego, han venido para quedarse, ¿qué ejemplos nos puede trasladar de gestión de datos que estén haciendo a través del instituto que usted dirige y que puedan ser in ejemplo de ámbito nacional?

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Tiene la palabra la representante del Grupo Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Doctora Sandra García Armesto, bienvenida a esta Comisión de Reconstrucción Económica y Social de España, bienvenida a este grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública.

Voy a ser muy breve. Es una maravilla es muy enriquecedor escucharla, y me surgen un montón de preguntas y cuestiones, pero he estado intentando reducirlas con un espíritu práctico.

Usted dijo que la Comisión Europea acaba de lanzar una línea de financiación urgente para construir una cohorte paneuropea de pacientes COVID. Me gustaría que nos ilustrase un poco en cómo se podría avanzar para estudiar la cohorte de los pacientes COVID.

En relación al tema de los pacientes, en base a las tecnologías, en base a la telemedicina, ¿cómo se podría promover el autocuidado y el conocimiento de los pacientes y su autonomía con respecto a sus propias patologías y enfermedades? Esta crisis nos ha enseñado que esto puede ser posible.

Para finalizar. El cambio climático nos hace ser cada vez más conscientes de su impacto en la salud de las personas, los determinantes sociales, los determinantes ambientales deben ser considerados para ver

cómo se puede abordar la mejora de nuestra salud, y me gustaría saber si tiene usted alguna propuesta al respecto sobre cómo abordar la incidencia del cambio climático sobre nuestra salud.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Señora García, tiene la palabra para responder a estas preguntas.

La señora **GARCÍA ARMESTO** (directora gerente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)): Muchas gracias, señora presidenta.

Muchas gracias a todos ustedes por las preguntas, francamente interesantes, que me han hecho. Voy a intentar responder la mayoría de ellas.

Me preguntaban que cómo se arranca esto de tener un sistema de datos. Una aclaración. Efectivamente, el modelo de datos de Estados Unidos, hacía mención a la referencia que había hecho mi predecesor en el uso de la palabra, porque lo había caracterizado como el modelo de Estados Unidos. No se les escapa que, tanto en Asia como en Estados Unidos, la economía de datos es brutal, es uno de los motores en marcha de sus respectivos sistemas económicos, y creciendo. El dato sanitario, gestionado por Google, no por los sistemas sanitarios, aunque existe el Institute of Medicine, tratando de poner un poco de orden, viene funcionando, y tenemos la ventaja de que han desarrollado ya muchos elementos básicos de homologación que podemos usar en Europa, no tenemos que inventar la rueda. Pero no porque queramos un sistema como el americano, efectivamente, no les ha ido muy bien, ni les va a ir desafortunadamente, por más que hay muchas voces que lo reclaman, básicamente porque tienen el sistema sanitario que tienen, con un grado de fragmentación y desagregación enorme. No me estaba refiriendo a esto

cuando estaba hablando del modelo de datos, lo que estaba diciendo es que los desarrollos, en términos de protocolización internacional y normalización ya están, por eso somos capaces de usarlo de manera rápida en el entorno europeo y en el nacional.

El COVID como caso de uso. Es perfecto. Me funciona para ilustrar lo que les quería proponer como alternativa, y para ilustrar la potencia de estas posibilidades de generación de datos con las cohortes. Básicamente, alrededor de la circunstancia COVID se ha producido una serie de convocatorias, tanto en el ámbito europeo como en el nacional, urgentes para solucionar temas de diagnóstico, temas de detección y temas de tratamiento. ¿Qué se puede hacer con un buen sistema de información y con una buena estructura que lo apoye? Les cuento lo que hemos sido capaces de hacer, porque en Aragón ya lo teníamos. Nosotros tenemos la cohorte COVID con todos los pacientes aragoneses que han sido sospechosos, y luego confirmados, o no, de esta enfermedad desde finales de abril. Está construida y se sigue refrescando con toda la información de todos los órdenes que venimos hablando, y en los que no voy a volver a abundar, ligada a ellos. Pero, es que, además, tenemos un biobanco, que es un poco lugar común, pero, a la vez, es una cosa muy especializada, es un entorno de recogida de muestras biológicas humanas para la investigación. Lo que se hizo fue empezar a recoger en todos los centros hospitalarios de Aragón, que es donde fundamentalmente se recogen este tipo de muestras, las muestras de los pacientes sospechosos o confirmados de COVID, y entonces tenemos sangre, exudado alveolar, tenemos muestras. Y hemos podido ligar estas muestras, porque sabemos de qué paciente son, a todo el dato clínico retrospectivo. Es decir, nosotros tenemos información de ese paciente desde hace 20 años, y vamos a seguir teniendo información de ese paciente los próximos 20, nuestras posibilidades de hacer estudios relacionados con el

genoma es lo que nos permite esta virtud de haber añadido la colección allá. Hacer estudios del genoma, pero no el genoma en abstracto, buscando la molécula que cure el COVID, sino básicamente factores predisponentes, o sea, qué ha pasado, por qué unos pacientes han reaccionado de una manera o de otra, por qué a unos pacientes les ha producido unos efectos unos tratamientos u otros. Y lo podemos relacionar con de dónde venían, qué patologías tenían, qué grado de exposición habían tenido y a qué, en qué dispositivo los hemos tratado. Esto lo teníamos ya muy hecho para los pacientes de ictus y de código infarto, sabemos empíricamente cuando a un paciente aragonés le pasa una de estas dos cosas que les he referido, y ahora, cuando un paciente aragonés tiene síntomas de COVID, dónde acude, qué le pasa y cuál es su tránsito por los distintos dispositivos y los resultados que tiene en cada entorno. Eso nos permite identificar cuál es la manera más eficiente de lidiar con ellos. Tiene valor para la salud pública, somos capaces de identificar los casos que hacen clúster, no solo porque los compañeros de Salud Pública... Yo también detesto la palabra rastreadores, porque todos mis compañeros de Salud Pública llevan trabajando día y noche, me parece un poco injusto, porque soy consciente de las noches que han pasado en consejería, y no estaban en un hospital, así que creo que el Príncipe de Asturias no les ha caído. Sigo, todos mis compañeros y los refuerzos que se han puesto, están haciendo esta labor de asegurarse de que se investigan los casos, de entender por qué y cómo se han contagiado. Bueno, pues con la información enriquecida de la que les estoy hablando, imagínense lo que se puede sacar de ahí.

Y esto se ha podido hacer así de rápido porque ya teníamos la plataforma en marcha, porque ya teníamos los sistemas de integración en marcha, que refrescan día a día. ¿Qué pasa? Nosotros, efectivamente, nos hemos sumado a la iniciativa europea. ¿Qué se está buscando en esa

iniciativa? Piensen que yo, por mucho que me quiera extender, en Aragón vivimos 1 300 000 personas. No es lo mismo sacar conclusiones de este orden, para este tipo de cosas que nos afectan a todos, con los datos de 1 300 000 personas, que, con los datos de 800, es evidente. Pues esa es la virtud. ¿Cómo se está haciendo? Utilizando todas estas herramientas, que, insisto, existen. La Health Cloud ya está montada, y OSC, que es la iniciativa para hacer esta unificación de datos con datos de proyectos de investigación, lleva funcionando diez años. Hay una iniciativa *Elixir*, insisto, que también lleva diez años construyéndose que trabaja con dato genómico puro, no maneja nada más, pero ahora se han dado cuenta de que igual necesitan el resto de los datos, porque solo con los genomas no dan para tanto.

Quiero decir que no está construido en el vacío. Y en España no se está aprovechando suficientemente esta capacidad científica y tecnológica que ya tenemos, porque en todos estos proyectos hay participación y presencia española. Yo lo que les estoy contando no lo estoy haciendo de oídas, se lo estoy contando porque nosotros somos parte de eso, porque España está participando en una *joint action* sobre sistemas de información de salud, que termina el año que viene. Porque, ahora mismo se acaba de presentar otra propuesta, también liderada por España, para montar la parte que tiene que ver con la herramienta de computación y de *cloud* europeo. Sabemos hacer eso en España. Y lo que yo les estoy contando que hemos hecho en nuestra comunidad autónoma de 1 300 000 habitantes, insisto, no ha venido IBM a hacérnoslo, básicamente trabajando con software libre, lo que nos permite, y en esto no insistiré nunca lo bastante, no ser cautivos de ninguna aplicación, porque la versatilidad de los módulos de todo el software interoperable te permite ir al ámbito nacional, al internacional, a donde quieras, sin tener que estar comprando licencias o pedirle que te haga los desarrollos a no sé qué empresa.

Efectivamente, el COVID es el mejor caso, y también es el mejor caso en este tema de cómo poner en valor la innovación.

Líneas de financiación. No sé quién me lo decía. Estamos hablando de que tiene que haber financiación sostenida, y tiene que haber un plan detrás. El ejemplo que usted daba, efectivamente, de estos podemos contar 800 000 si ustedes quieren, básicamente, porque en ninguno de estos casos ha habido una consejería detrás que ha dicho: yo quiero desarrollar telemedicina, estoy buscando una buena manera de hacerlo, ensayemos. Es perfectamente legítimo tener varios pilotos y elegir el que mejor te funcione, aprendemos así, lo que no es legítimo es que ninguno de esos pilotos llegue a ningún sitio y que estemos gastando millones en I+D+i que al sistema no le produce nada. Yo estoy proponiendo que la gestión de esos fondos, o, por lo menos, la decisión sobre la agenda con la que se guía la asignación de esos fondos, se produzca en el interterritorial, que ya tenemos órgano, quiero decir, que se produzca por parte de los sistemas sanitarios, que se descentralice. Órganos como el instituto que yo tengo el placer de dirigir -no les oculto que me divierte, me gusta y me enorgullece- hay en todas las comunidades autónomas. Nosotros también somos agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, estamos en la red con los compañeros de Osteba. No estoy hablando de inventar la rueda, ni de que haya que crear montones de estructuras nuevas, lo que estoy diciendo es que hay que aprovechar que somos un Estado compuesto, que tenemos niveles de desarrollo desiguales, pero unos más importantes en un sentido y otros en otro, y que eso solo hay que ponerlo junto y financiarlo.

E, insisto, si dejamos de pensar que la innovación es cosa de patentes y de empresas, será más fácil poner en marcha líneas competitivas. Yo no estoy hablando de que haya que financiar a cualquiera que se le ocurra una idea, sino en el mismo sentido que el resto del sistema de ciencia. Todos, cuando

queremos obtener financiación, nos vemos obligados a justificar por qué el proyecto es lo mejor que se puede hacer en ese ámbito. Hágase, pero con un plan detrás, y con una lógica de esto es lo que necesita el sistema, y lo necesita, y es por eso que lo buscamos, no a ver qué hay en el mercado o a ver qué se le ha ocurrido a alguien.

El hospitalocentrismo. Hay una cosa en la que me gustaría insistir, aunque solo diga esto de ello. Yo no creo que lo opuesto al hospitalocentrismo sea cómo reformamos la atención primaria. Mi propuesta no va por ahí, yo no creo que haya que sustituir los hospitales con atención primaria, es un absurdo. Primero, se lleva diciendo décadas y eso no funciona, y una de las razones por las que no funciona es porque lo que no cambiamos es la cartera de servicios. De lo que estoy hablando no es de que haya que sustituir o descargar los hospitales con la atención primaria, no, es que tenemos que pensar trasversalmente, tenemos que pensar que, si se trata de un proceso de atención a un determinado tipo de pacientes, tendrá que tener componentes no presenciales, componentes de primaria, componentes de especializada, componentes de hospitalaria, y que se tienen que alinear. Esa es la innovación, no reformar la primaria o llenarla de medios diagnósticos, que me parece bien, no tengo ninguna objeción a eso, pero no es eso de lo que a mí me gustaría que hablásemos.

Alguien me preguntaba sobre los datos de fallecidos y cuál era mi opinión sobre por qué era tan difícil medirlos. Ni SESPAS ni yo tenemos ninguna afiliación política ni ninguna necesidad, ni ganas, de apoyar al Gobierno, o de apoyar a los partidos que apoyan al Gobierno. Yo defiendo mi independencia donde haga falta, y la de SESPAS también. Pero, esto no me impide reconocer que lo que voy a decir ha venido siendo explicado reiteradamente por el doctor Simón, que para mí es el CAES, y para mí el CAES es un órgano técnico, creado por la doctora Pastor, por cierto. Para mí

es un órgano técnico al que le tengo enorme respeto, que ha manejado, en mi opinión, la mejor información que tenía en cada momento. El problema es que estamos utilizando los muertos, la mortalidad, que es un indicador que solo se puede medir a largo plazo, que solo tiene sentido medido ex post, lo estamos utilizando para tratar de valorar cómo va la pandemia. Y no funciona. Y por más que sea enormemente efectivo en términos periodísticos, o por más que parezca efectivo en términos políticos, técnicamente yo no tengo más remedio que ponerme al lado del doctor Simón y decir que no lo pueden usar para esto. Eso no quiere decir que no se pueda medir la mortalidad, se mide y se hace de manera finísima, pero es que no es el uso que se le está dando y la pretensión de ver cómo evoluciona la mortalidad día a día, no se llegan a consolidar esos datos para poderles dar ese uso. Esa es mi opinión, no creo que haya habido ningún problema en la contabilización de muertos.

Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias e investigación biomédica. Ya hago mi declaración de conflicto de interés, el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, que, efectivamente, forma parte del patronato de un instituto hospitalario, pero nosotros somos Dirección General de la Consejería, no sé cómo caracterizarlo, es agencia de evaluación de tecnología dentro de esta red española al servicio del Sistema Nacional de Salud. Uno de los principales problemas de intentar hacer evaluación de tecnologías alejados de los sistemas sanitarios es, básicamente, que este pulso, y a alguien le hacía gracia la expresión que yo había utilizado de que se nos cuela la tecnología por detrás, cómo puede ser. Pues puede ser porque la tecnología, la que aprobamos, la que utilizamos, la que tenemos en nuestros centros, no necesariamente pasa antes por la comisión de cartera de servicios, sino que muchas veces pasa después, cuando ya se está utilizando en el centro. Esto es una práctica habitual con la que lidiamos todos los

sistemas sanitarios. La principal virtud de que las agencias de evaluación de tecnologías estén pegadas a un sistema sanitario en lugar de habitar en lo abstracto..., y tengo un enorme aprecio por mis compañeros -de hecho fue mi primer trabajo- de la Agencia de Evaluación de Tecnologías del Carlos III, pero sí es cierto que muchas veces, lo que sucede es que no tienen forma de contrastar lo que están diciendo de tirar del sistema para ver si esa tecnología que están evaluando, efectivamente, ya ha entrado o no ha entrado. Esa es una cosa que, por ejemplo, Osteba o nosotros, o la agencia andaluza, AETSA, somos capaces de hacer en diez minutos. Nosotros, cuando tenemos que hacer un informe, lo primero que hacemos es ver si ha entrado o no, y lo único que tenemos que hacer es mirar en la central de compras si los insumos están allí. La virtud de acercar mucho la evaluación de tecnologías a la realidad de los sistemas, e incluso ir más allá, y esta era mi propuesta, e involucrar a los profesionales sanitarios, que sean conscientes de que no todo lo que pasa por sus manos es útil, me parece fundamental.

Por otro lado, creo que ya se ha traslucido suficiente durante mi exposición, yo soy una firme creyente en que las capacidades del sistema tienen que estar distribuidas y ligadas a todo el territorio, porque, si no, genera inequidades y malas decisiones, desde mi punto de vista. Creo que es un modelo tan virtuoso que nos han pedido varias veces que fuéramos a contarlo a Europa. La Unión Europea está pensando que el modelo de red de agencias que tenemos montado en España es un modelo virtuoso, porque permite multiplicar el músculo. Tenemos ocho agencias en España. Si me pregunta a mí, insuficiencia presupuestaria absoluta, necesitamos más recursos. Pero lo que estoy diciendo es que tenemos más que una sola agencia central, tenemos ocho, y las tenemos bien pegadas a la realidad asistencial. Compartimos metodología, nos fiamos unos de otros. Eso quiere

decir que, si Osteba hace un informe, sirve para todo el Sistema Nacional de Salud, si el IACS hace un informe, sirve para todo el Sistema Nacional de Salud, y podemos abordar simultáneamente muchas más cosas, y comparar qué está pasando en la realidad en distintos sistemas. Yo le veo más virtudes a potenciar este sistema distribuido que a montar una agencia centralizada.

Les agradezco que me hayan invitado, porque, como pueden ver, a poco que me dejaran me quedaría aquí varios días.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señora García, por haber accedido a venir a este grupo de trabajo.

- DE CARLOS RUS PALACIOS, PRESIDENTE DE ALIANZA DE LA SANIDAD PRIVADA ESPAÑOLA (ASPE).

La señora **PRESIDENTA**: Si les parece, continuamos con la sesión.

Siguiendo el orden del día, nos corresponde la comparecencia del doctor Carlos Rus Palacios. Muchísimas gracias, doctor, por acompañarnos. Es un placer que haya aceptado nuestra invitación a comparecer en este grupo de trabajo de la Comisión de Reconstrucción.

Muchas gracias, tiene usted la palabra.

El señor **RUS PALACIOS**: Muchas gracias, señora presidenta. Buenas tardes señoras y señores diputados y miembros de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica.

Comparezco ante sus señorías agradecido por la oportunidad de detallar ante este grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública la visión del

sector empresarial de la sanidad privada, y con el objetivo de aportar y colaborar en la necesaria reconstrucción del Sistema Nacional de Salud.

Lo primero, ofrecer nuestras condolencias a todos aquellos que han perdido a un ser querido en el transcurso de esta pandemia, y es obligatoria una especial mención, y aprovecho para rendir homenaje, a los profesionales, tanto de ámbito público como privado, sin distinciones.

También me gustaría resaltar que nuestro papel lo hemos entendido como un servicio al país, servicio del que estamos orgullosos. Siempre hemos entendido que nuestro Sistema Nacional de Salud está conformado por dos grandes aliados, el sistema público y el privado. Donde la sanidad privada complementa, integra y asume, como aliado flexible y estratégico, las necesidades que el sistema nacional de salud tenga.

La sanidad privada es, sin duda, un sector de alta cualificación, intensivo en mano de obra y promotor de la innovación tecnológica en el ámbito sanitario. Las asociaciones patronales, reconocidas en el artículo séptimo de la Constitución, estamos para hacer propuestas, para argumentar, razonar, reivindicar, negociar siempre, y, ahora más que nunca, para llegar a acuerdos y aportar el valor que se nos demande.

Me gustaría iniciar mi comparecencia adelantando los cuatro pilares que entendemos clave. El primero, la importancia del sector sanitario privado en España; el segundo, el papel de la sanidad privada en la lucha contra el COVID; el tercero, las medidas que, entendemos, deben implementarse en caso de un posible rebrote pandémico, y que entiendo deberían ser objeto de debate en este grupo; y como cuarto pilar, propuestas para la mejora de la eficiencia y el fortalecimiento del sistema nacional de salud y oportunidad de estrechamiento de la colaboración público-privada.

Sin duda, ha sido durante la pandemia vivida cuando ha quedado demostrado más que nunca que el trabajo esforzado, conjunto y eficaz, que

realizamos con las administraciones sanitarias es vital para la salud de nuestros ciudadanos. La suma, sin duda, nos hace mejores.

Entrando en el primer bloque, sobre la importancia del sector sanitario privado en España. Hablamos de un sector de provisión sólido, de excelencia, eficiente y bien organizado, pero, por el contrario, desmerecido como parte integrante y relevante del Sistema Nacional de Salud, e infravalorado como aliado natural e imprescindible del sistema público. Un sector interesadamente mal entendido, en el concepto de que nuestro crecimiento o mejora parece tener como contrapunto el empeoramiento de la sanidad pública, o de que el empeoramiento de la pública nos beneficia. Hemos crecido y mejorado al amparo e impulso de la sanidad pública, sin duda, entre las mejores de este planeta, y como consecuencia del estado de bienestar. Conviene, por tanto, ofrecer una visión, objetiva y con datos, de la contribución que la sanidad privada aporta al sistema sanitario en su conjunto y que facilite a nuestros representantes políticos tener una media fiel del estado de la cuestión, lejana de tentaciones ideológicas que pueden pretender una desaparición de la dualidad del Sistema Nacional de Salud, donde se conjugan la libertad de empresa del artículo 38 de nuestra Carta Magna, con la defensa y derechos recogidos en el artículo 43, y que son bases del modelo español. Modelo de colaboración público-privada construido desde 1996, cuando el partido socialista apoyó y sacó adelante la Ley General de Sanidad, que reconoce a la sanidad privada como complementaria en el Sistema Nacional de Salud y que, sin duda, fue un hito en la sanidad de este país. Lo que ha demostrado este modelo desde sus orígenes es que la colaboración público-privada en nuestro sistema dual de salud, supone, no solo una gestión eficiente de los recursos disponibles en materia de atención médica, sino que representa una opción, altamente eficaz, para hacer frente, tanto ante

situaciones de incremento de demandas puntuales, como de colapso sanitario, caso de esta pandemia.

Para poner en relieve la dimensión del sector facilitaré a sus señorías algunos datos que considero esenciales. A nivel de dotación e infraestructuras, el 58 % de los hospitales españoles son privados, 460, y las camas suponen el 32 %, cerca de 52 000. A nivel de actividad, y a modo de ejemplo, el sector hospitalario privado, lleva a cabo el 37 % de las intervenciones quirúrgicas, el 30 % de las urgencias, el 26 % de las consultas que se realizan en el conjunto de la sanidad privada, así como el 44 % de las resonancias magnéticas. En 2019 la sanidad privada supuso el 40 % del gasto sanitario nacional, con 36 300 millones de euros. Respecto a la facturación tipo de un hospital privado, creo que es importante que sus señorías conozcan que el 64 % proviene de aseguramiento, un 13 % de pacientes privados, un 8 % de otros servicios y, solo el 15 % de colaboración público-privada.

Del estudio comparativo entre precios de los conciertos, precios a los que la sanidad privada trabaja con la administración pública, y comparándolos con los precios públicos de cada comunidad vemos, por ejemplo, que una intervención de cataratas cuesta un 43 % menos en el ámbito privado respecto al público, una hernia inguinal, un 33 % menos, una sustitución de cadera un 42 % y en procesos de alta complejidad como la sustitución valvular aórtica, la diferencia es del 57 %.

El 50 % de nuestros hospitales colabora con la sanidad pública, ya sea en listas de espera, conciertos para la atención médica puntual, concesiones administrativas de determinados complejos sanitarios o el propio sistema de mutualidades de funcionarios. Este sector atiende a más de 12 000 000 de usuarios anuales, de los que 10,7 millones son ciudadanos que acuden a las compañías aseguradoras de salud en el libre ejercicio de su capacidad de decisión en una economía de mercado, opción que, sin duda, colabora en la

sostenibilidad del sistema. Además de los más de 266 000 profesionales que empleamos de forma directa, de los que un 49 % son profesionales sanitarios.

Dicho todo lo anterior, me atrevería a señalar que sin el concurso de la sanidad privada el Sistema Nacional de Salud sería absolutamente inviable, sin atisbo de exageración. Por tanto, la complementariedad de una sanidad pública y la privada es una herramienta clave de gestión, que ayuda a garantizar la prestación y asistencia sanitaria manteniendo la calidad en la misma. Así, se reconoce al Sistema Nacional de Salud fuera de nuestras fronteras, España encabeza, desde hace años, los mejores rankings de calidad y excelencia.

Entrando en el segundo bloque de mi intervención, sobre el papel de la sanidad privada en la lucha contra el COVID-19. Somos, sin duda, uno de los sectores más directamente afectados por la crisis, debido a su consideración de esencial, con un mantenimiento y, en su caso, ampliación de recursos operativos, con total y absoluta disponibilidad, con costes de aprovisionamiento con un nivel especulativo sin precedentes, limitados en cuanto a la posibilidad de adecuar nuestras estructuras y gastos a las realidades de las necesidades asistenciales de cada zona, supeditados a la desprogramación de toda actividad no urgente o de atención a pacientes COVID y, en general, con un descenso abismal de la actividad ordinaria por la trágica situación que hemos vivido en estos meses ha eliminado la discusión de nuestro papel como integrante natural del Sistema Nacional de Salud.

Lamentablemente, señorías, hemos obtenido este reconocimiento en tales circunstancias, pero al mismo tiempo, nos sentimos especialmente orgullosos de aportar toda nuestra capacidad asistencial. Desde antes del real decreto del estado de alarma de 14 marzo, la sanidad privada se puso a disposición de las autoridades públicas, permaneciendo en contacto con el

Ministerio de Sanidad, así como con las consejerías autonómicas. La predisposición de nuestros centros ha sido permanente, respondiendo de forma inmediata a las necesidades de cada autoridad sanitaria regional, el modelo de colaboración, por tanto, ha variado en función de las necesidades de la autoridad pública. Desde la creación de comités de coordinación permanente, toma de recursos de forma directa por las autoridades, el diagnóstico de afectados, la derivación de pacientes de privada a la pública e, incluso, en sentido contrario, la derivación de pacientes de la pública a la privada en aquellos territorios con estrés asistencial límite. En zonas de alta afectación, como Madrid o la provincia de Barcelona, fue necesario duplicar y triplicar UCI, la cesión de equipos a la pública, como en el caso de La Rioja o Canarias o, incluso, la creación de hospitales de campaña en la privada como sucedió en Madrid. En regiones como Castilla La Mancha o Castilla León la privada se utilizó como circuito libre de COVID, de forma que se liberaron infraestructuras de la sanidad pública para hacer frente a la crisis y se minimizó el riesgo de contagio de otros pacientes, lamentablemente esta medida no se extendió en otras regiones en situaciones asistenciales similares. Las regiones con menor afección pandémica tuvieron a disposición toda la infraestructura privada instalada en el territorio, prácticamente ociosa, y, al mismo tiempo, sin poder reprogramar asistencia médica, hospitales llenos de personal y vacíos de pacientes. El impacto del COVID en el sector hospitalario privado durante los meses más críticos de la pandemia de marzo y abril se documenta a través de un estudio realizado por ASPE, con 124 hospitales participantes, que representan el 27 % de los hospitales y el 24 % de las camas. Se trata, desde mi punto de vista, de una muestra suficientemente representativa y que incluye centros de todas las comunidades autónomas.

Respecto a los pacientes, en solo estos 124 hospitales se han asumido durante los meses de marzo y abril un 16 % de las hospitalizaciones, cerca de 20 000 hospitalizaciones y un 14 % de los ingresos en UCI, más de 1500 y hablamos solo de los 124 hospitales que han participado en esta muestra. Respecto a la actividad, todas las áreas asistenciales se han visto afectadas de forma significativa, debido a la gestión de la pandemia, concretamente las intervenciones quirúrgicas descendieron un 83 %, las urgencias un 73 % y las consultas un 67 %, respecto a aquellos recursos que han sido más necesarios en la atención a pacientes COVID también ha sufrido un descenso importante, aunque menor. Así, los ingresos hospitalarios han tenido una disminución del 58 %, las determinaciones de laboratorio de un 57 y los ingresos en UCI una disminución del 52 %. Respecto a los profesionales, y fue un dato que me llamó mucho la atención cuando vimos las conclusiones del estudio, el 89 % de los centros ha contratado a nuevos profesionales durante la crisis, de forma que si comparamos la plantilla de los centros en relación a abril de 2018 el crecimiento es de un 15 % y si la comparamos en relación a abril del 2019 el crecimiento es de un 5 %. Las principales motivaciones de contratación han sido por baja de profesionales como causa del COVID, por otro tipo de bajas y por la necesidad de incrementar el número de profesionales en la lucha contra el COVID. El capítulo de inversiones y compras también me parece especialmente relevante, estos 124 hospitales han realizado inversión por valor de 13,5 millones en equipos de protección y en respiradores, en el equipamiento necesario para la batalla contra el COVID.

Y, para finalizar, las principales conclusiones de este estudio, en relación con los precios de los productos relacionados con la protección, estos han experimentado subidas muy significativas. Sirva como ejemplo, en casos más extremos, el de las mascarillas quirúrgicas, cuyo precio se ha

incrementado un 1423 %, comparado con el precio de este producto en diciembre de 2019, en solo 2 meses. También creo que es importante resaltar en este capítulo que todas las compras realizadas por los hospitales durante los meses de marzo y abril suponen un 71 % más en importe que todo el año 2019.

Ante todo, en este contexto el sector se ha encontrado con un riesgo evidente de quiebra asistencial y financiera, no solo para pequeñas clínicas, sino también para grandes hospitales, por tanto, afrontamos una contingencia de enorme calado en el momento de mayor necesidad de atención sanitaria del país en el caso de un posible rebrote pandémico. En este punto, nos gustaría indicar que las medidas adoptadas hasta el momento por el Gobierno resultan del todo insuficientes. El IVA al 0 % para la compra de recursos esenciales llegó 60 días después del comienzo de la crisis, motivo por el que ASPE solicitó una enmienda en trámite parlamentario, que esperemos que llegue a tramitarse, para que tenga efecto retroactivo, al igual que ha pasado en muchos países de Europa. La posibilidad de realizar ERTE para centros de carácter esencial llegó igualmente con más de 40 días de confinamiento y solo por fuerza mayor. Respecto a los créditos ICO están dirigidos a empresas solventes, situación de la que muchos de nuestros operadores ya no gozan.

Y una última cuestión, respecto a las bonificaciones de la Seguridad Social, solo se incluyó al sector odontológico y, en nuestra opinión, es de justicia que se incluyera a todas aquellas empresas de ámbito sanitario que no se han acogido a la realización de ERTE.

Desde el pasado 20 de marzo, y ante la grave situación que ya se cernía sobre el sector, desde la patronal hicimos llegar al Gobierno peticiones de medidas económicas y de liquidez, medidas que en países como Reino Unido y Alemania se dispusieron al comienzo, y previendo la necesidad de acudir

a la sanidad privada. Literalmente el ministerio nos comunicó a mediados que consideraba, y cito literalmente, tarea prioritaria del gobierno estudiar las medidas fiscales y económicas a aplicar entendiendo la urgencia que la falta de liquidez podía ocasionar tanto en los balances de las empresas como en la calidad de los servicios. E, incluso, añadía que el Gobierno no podía dejar de lado a la sanidad privada, ya que literalmente también, los operadores del sector sanitario privado no pueden ser una excepción.

Pues bien, señorías, casi tres meses después de esta respuesta y de nuestra primera misiva al ministerio seguimos esperando una respuesta, una orden del mando único, una propuesta que ayude al sector a compensar los costes incurridos. Y yo les pregunto, por qué un sector empresarial que ha colaborado tan activamente en la crisis, por su colaboración de esencial, que se ha visto expuesto en esta epidemia, que se ha visto forzado a mantener estructuras operativas al cien por cien, fueran o no empleadas, y que tiene un peso económico tan relevante en el PIB, en el empleo no es ayudado por el Estado, al menos de la misma forma que otros sectores económicos que sí están recibiendo ayudas.

Por eso pedimos que el sector sea considerado en los criterios de reparto que fijará el real decreto del fondo autonómico sanitario, que el Gobierno ha anunciado hace semanas, así se lo hemos trasladado recientemente al ministro Illa.

La intención de nuestras propuestas económicas es una cuestión de justicia social, no es sacar tajada de esta situación, es, sencillamente, minimizar pérdidas. Entendemos que todos los sectores productivos de España han tenido pérdidas, y la sanidad privada tiene que tenerlos, pedimos, al menos, cubrir los costes de las peticiones que se nos han realizado, de las actividades sanitarias que hemos llevado a cabo y de los recursos que hemos puesto a disposición, sin ninguna intención de tener el más mínimo

beneficio. Y que se compensen los gastos de los centros, necesariamente incluyendo ambos conceptos, la atención a pacientes, por aquellos que se han derivado de la pública a la privada, como por la puesta a disposición de recursos, fundamentalmente porque no se nos ha permitido adecuar nuestras estructuras a las necesidades asistenciales de cada zona, que, recordemos que un ERTE no es la finalización de una relación laboral, se mantiene la vinculación con el trabajador, por lo tanto, en el momento en el que fuera necesario se hubiera podido recuperar.

Y, a nivel fiscal, la necesidad de establecer, de forma estable, un IVA superreducido sobre las compras de equipos y suministros sanitarios. Parece una medida del todo necesaria si atendemos a la volatilidad de estos recursos 1423 % el precio de las mascarillas, solo el impacto del IVA es más caro que el precio habitual de compra que tenemos. Necesario también porque no tenemos IVA en los servicios sanitarios privados, esta crisis ha puesto de relieve el carácter fundamental de estos bienes y la barrera que suponen los costes de adquisición en un sector donde el IVA es un coste al carecer de él los servicios sanitarios, flores, sí, sanidad, no.

Pasando al tercer bloque de mi intervención, sobre aquellas medidas que, entendemos, deben implementarse en caso de un posible rebrote pandémico y que, entiendo, deberían de ser también objeto de debate en este grupo. Con toda modestia, queremos sugerir un paquete de posibles medidas en caso de rebrote, entendemos que sería susceptibles de incorporarse a futuro como mejoras a medidas activadas durante la crisis y que afecten a la sanidad privada. Nosotros señalaríamos, a modo de decálogo, las siguientes medidas:

Primera, la necesidad de establecer una mesa de coordinación nacional, y otra en cada autonomía con representantes del ámbito privado, ha ocurrido en algunas comunidades autónomas, pero no en todas, con el

objetivo de hacer partícipe a los afectados, de conseguir una mayor eficiencia y una mayor seguridad jurídica.

Como segunda medida, establecer modelos de participación de la sanidad privada en base a la situación de cada territorio, implantando medidas diferenciadas. Estamos en fase de desescalada, en caso de rebrote, igual sería interesante plantearse fases de escalada en función a la situación de cada territorio.

Que se establezca una correlación de servicios directa en la atención y seguimiento médico entre los centros sanitarios privados y las residencias de mayores y centros sociosanitarios de su entorno.

Como cuarto punto, incluir a los centros sanitarios privados en planes de abastecimiento de medicamentos y equipos de protección y todos aquellos recursos necesarios en la atención a pacientes COVID, así como el acceso a la plataforma de compras públicas, circunstancia que también se ha dado en alguna comunidad autónoma.

También consideramos fundamental homogeneizar y coordinar la gobernanza y la normativa a aplicar por parte de las autoridades sanitarias de las distintas comunidades autónomas.

Y que dicha normativa recoja de manera explícita los procesos y pruebas a realizar de detección y diagnóstico COVID, previos a procedimientos quirúrgicos y hospitalizaciones.

Consideramos igualmente importante, establecer la obligatoriedad de que las mutuas de seguros laborales cubran los exámenes y pruebas necesarias para la reincorporación de aquellos profesionales que se han visto afectados por el COVID.

En cuanto a la regulación de precios de servicio de la privada, en una situación pandémica similar, que establezca un canon por puesta a

disposición de plaza hospitalaria, de plaza de UCI y designación del obligado al pago.

También consideramos importante, como noveno punto, revisar y precisar con claridad la consideración de centros sanitarios no esenciales que permitan establecer, en circunstancias parejas, medidas de reorganización laboral. Se consideró esencial hasta las consultas médicas que no tenían actividad, su actividad cayó entre un 95 y un cien por cien, tenían un teléfono de contacto, se podía contactar y el médico atendía, pero obligarlas a mantenerlas abiertas con toda la estructura carecía, desde nuestro punto de vista, de todo sentido. Con una especial acepción, por supuesto a los centros sin internamiento.

Y concluyo el tercer bloque de mi exposición indicando como última medida, y que consideramos igualmente fundamental, la realización de campañas de concienciación para que los pacientes necesitados de atención médica urgente no dejen de acudir a centros médicos, hemos vivido situaciones verdaderamente trágicas de pacientes que han llegado tarde o no han llegado, de dos médicos que se han quedado tras un infarto en un taxi y en una ambulancia, sin posibilidad de realizarles atención.

Como cuarto bloque de mi intervención, como cuarto pilar, propuestas para la mejora de la eficiencia y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, y entro en el análisis y propuestas, que, en el marco de este grupo de trabajo, entendemos que pueden fortalecer nuestro modelo actual del sistema nacional de salud. El modelo en el que confiamos y apoyamos es un modelo universal, equitativo, abierto y de financiación pública, pero sin olvidar que ya hoy la sanidad supone alrededor del 40 % del presupuesto de las comunidades autónomas, con un gasto conjunto de 68 400 millones, y que representa al 5,9 % del PIB.

En este sentido el modelo colaborativo se perfila como una herramienta clave de gestión, que ayuda a canalizar la asistencia de pacientes en condiciones de una prestación de calidad. Necesitamos reformas estructurales para avanzar en el fortalecimiento de la colaboración público-privada y favorecer así la optimización de la gestión sanitaria. Me gustaría incidir aquí en los principales riesgos que atenazan la sanidad y su sistema en España. España será el país del mundo de mayor esperanza de vida en 2040, qué es un motivo de alegría pero este aumento de la esperanza de vida está acompañado de un aumento de las enfermedades crónicas, casi 8 de cada 10 de nuestros mayores sufre una enfermedad de este tipo, que supone más del 80 % del gasto sanitario actual. Más de la mitad de la población española padece sobrepeso, que actualmente supone casi el 10 % del gasto sanitario, según los datos proporcionados por la OCDE. El incremento de las listas de espera, la escasez de profesionales y el miedo a continuar trabajando en colaboración con la sanidad privada, que en este caso tiene que funcionar como válvula de escape del Sistema Nacional de Salud. Todas estas situaciones harán que las necesidades financieras del actual modelo se vean incrementadas de forma exponencial en los próximos años.

De todo lo anterior hay que indicar que los principios de la Ley General de Sanidad de 1986 están hoy comprometidos, universalidad, equidad, accesibilidad, cohesión, gratuidad, es decir, suficiencia financiera, son principios crecientemente complejos de acometer debido al crecimiento constante de la demanda asistencial, al incremento de los costes y al inmovilismo estructural de nuestro sistema, cada día más ineficiente y rígido.

Si me permiten, ahora me gustaría introducir una pregunta, ¿es la sanidad privada un actor eficiente para ayudar a cumplir los objetivos, tan deseables por y para todos? Creo que los datos aquí expuestos así lo refrendan. Proponemos y hablamos con claridad, necesitamos una reforma

de nuestro sistema sanitario, el modelo de futuro debe centrarse en la persona, en sus necesidades, en el riesgo poblacional, mediante servicios de información y a través de nuevas herramientas tecnológicas.

Estas son nuestras propuestas para una reforma global del sistema. Primero, criterios de eficiencia en la gestión. Segundo, priorizar las prestaciones, bolsa única para sanidad y dependencia. Financiación finalista, y en base no solo al número de habitantes, sino a su edad y complejidad. Tercero, evitar duplicidades y solapamientos de servicios, cuántas pruebas se realizan de forma innecesaria por el muro informativo levantado entre la pública y la privada. Toma de decisiones en base a resultados de salud y satisfacción de los pacientes, no en premisas ideológicas, con especial detalle de los modelos de colaboración concesionales como el modelo Alzira. Como quinto punto, regular el papel de las aseguradoras en el ámbito de la salud, garantizando el mantenimiento de la accesibilidad y calidad, así como el pago justo de los profesionales. Corresponsabilidad del ciudadano, fomentar la educación socio-sanitaria, que facilitará y mejorará el seguimiento terapéutico y la atención domiciliaria. Cambios estructurales, más centros de media y larga estancia, si cada vez vamos a tener más pacientes en esas circunstancias y con cronicidad, necesitamos centros especializados en la atención a crónicos, donde la atención telemática y la domiciliaria volverán a tener un papel protagonista, sin duda. Facilitar medidas fiscales, como el establecimiento de ese IVA superreducido, que facilite el acceso a equipamientos, suministros y consumibles, es un sector en permanente innovación tecnológica y necesitamos facilitar el acceso a dichas innovaciones. Impulso a la colaboración público-privada, aprovechamiento de recursos existentes, no realizar inversiones que dupliquen recursos cuando ya existen. Planificación de la gestión logística y servicios compartidos, centrales de compras, que son fuente de ahorro para todos.

Por supuesto, abordar de forma agrupada e internacional la investigación médica, con especial hincapié en las enfermedades raras, las enfermedades que son huérfanas, y donde peleamos cada uno por nuestro lado y no se consigue dar una solución, son situaciones dramáticas a las que hay que hacer frente de una forma decidida. Incorporación de las TIC de una forma también decidida, uso del *big data* en la toma de decisiones, aprovechamiento de la información.

Como resumen y conclusiones, por todo lo expuesto durante mi intervención, me gustaría subrayar lo siguiente. Cada crisis es una oportunidad y una sociedad que pervive es aquella que planta árboles de cuya sombra no va a disfrutar. La sanidad privada ha demostrado, en el peor escenario sanitario que los españoles hemos vivido desde la guerra civil, su plena involucración, primando en todo momento su objeto de responsabilidad social a su objeto empresarial.

Hemos, también demostrado, una vez más, a lo largo de los años que somos el aliado rápido, eficiente, flexible y fiable del sistema nacional de salud, colaborando estrechamente con las autoridades sanitarias cuando más se nos ha necesitado, y sin criterios economicistas, somos la reserva estratégica del Sistema Nacional de Salud, y fundamentales en la viabilidad futura de nuestro sistema sanitario.

El sector ha sufrido un impacto severo desde el punto de vista económico, que pone en riesgo su propia supervivencia, y, por tanto, necesitamos la compensación de los costes asistenciales y de la puesta a disposición, tal como han hecho países de nuestro entorno como Reino Unido, Francia y Alemania. En el futuro, y ante posibles rebrotes, debemos sacar ahora conclusiones en distintos ámbitos que faciliten una mejor respuesta del sistema nacional de salud.

Y, por último, y para concluir mi intervención, quisiera remarcar que el sector sanitario privado es pieza esencial del engranaje del sistema nacional de salud, no hay duda que el actual sistema reparte el peso de la gestión entre dos ámbitos complementarios, asegurando con ello su buen funcionamiento. Aun así, desde ASPE, defendemos incrementar los actuales límites del modelo y profundizar en la eficiencia de la colaboración público-privada y proponemos una importante reforma del sistema en base a las premisas de eficiencia, incorporación de nuevas tecnologías, integración y la siempre fundamental toma de decisiones en base a resultados, resultados, resultados en salud, resultados eficientes, y a la decidida incorporación del ciudadano en su cuidado.

Muchas gracias por su atención. Gracias, señora presidenta.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Rus.

A continuación, tienen la palabra los representantes de los grupos parlamentarios.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta.

Señor Rus, gracias por las explicaciones dadas, por la información que nos ha aportado.

Durante la pandemia han sido necesarios todos los recursos, los recursos sanitarios públicos y también los de la red privada, usted nos ha aportado datos de esos recursos que se han puesto a disposición del sistema público para poder atender de forma colaborativa a la crisis sanitaria. A nuestro juicio, esa alianza, que ya existía en distintos sitios y con distinta intensidad, es la línea de trabajo por la que se debería seguir. Y esto, en ningún caso debe cuestionar la apuesta estratégica del PNV, absolutamente

clara por un sistema sanitario público, universal, gratuito, donde el principio de la equidad prevalece y también la calidad, garantizado para toda la sociedad, en nuestro caso, vasca, con Osakidetza en Navarra. Pero, consideramos que la alianza ha sido interesante, y que, en ningún caso, debe sustituir, si no, como usted comentaba, complementar en casos de necesidad el sistema sanitario público.

Por otra parte, usted ha hecho referencia, no ya como un complemento a esa parte del sistema de la sanidad privada como complemento del sistema sanitario público, sino entiendo que estaba exponiendo cuál era su situación, la situación de la sanidad privada como línea de negocio, que ha pasado, en su ámbito estrictamente privado, los problemas que han tenido como otros sectores. Y en ese caso, entiendo que ustedes puedan reclamar que se les dé la misma respuesta a sus demandas que a otros sectores económicos. Además, generan riqueza económica, generan empleo de calidad, entiendo que no es, en concreto un problema de este grupo de trabajo, sino un problema de negociación de esa situación con el Gobierno, y, probablemente, una respuesta que se le tendrá que dar de algún otro sector.

Me gustaría, uniendo con la intervención del señor Riesgo, que él se ha referido a la necesaria colaboración entre la sanidad pública y la privada, y decía: hay que estimularla, utilizando distintas fórmulas que la Administración deberá poner en marcha. Y estaba hablando de estimular esta colaboración público-privada para aprovechar las sinergias que puedan surgir del trabajo colaborativo. Nuestra pregunta es si usted conoce algunas fórmulas o distintos sistemas que puedan ser tomados como referencia a futuro para ir mejorando esa alianza público-privada.

Ustedes tienen un problema, yo creo que algunos sectores han estigmatizado la sanidad privada como rival de la pública, y hay que ir demostrando que, en ningún caso, rivalizan ambos sectores, que en ningún

caso debe suponer el desviar financiación de un sitio a otro, sino que es complementar y mejorar aquellos aspectos puntuales que, en un momento dado, la sanidad pública no pueda atender. Y ustedes tendrán que luchar contra esa estigmatización de la sanidad.

Sin más. Gracias por las explicaciones dadas.

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

Tiene la palabra el representante del Grupo Parlamentario Ciudadanos.

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

Gracias por su diagnóstico, por acudir esta tarde, señor Rus, y por sus valiosas conclusiones.

Antes que nada, quisiera agradecer a todos los profesionales del ámbito de la sanidad privada, al igual que a los de la pública, su trabajo y su sacrificio en esta terrible crisis sanitaria. Creo que tanto los aplausos como el merecido Princesa de Asturias no distinguen de la titularidad del centro, no creo que lo distingan, pero aun así, quería mostrar el agradecimiento expreso a los profesionales de la sanidad privada y acompañar en el sentimiento a los muchos profesionales, tanto de la sanidad pública como privada, que ha fallecido, acompañar a sus familiares y trasladarles también el pésame a todos sus representantes.

Dicho esto, y sabiendo que la sanidad privada ha sido demonizada por otros grupos parlamentarios, y, en virtud de ello, también nos decía el Riesgo que podía haber un alejamiento en lo que había sido la colaboración entre la sanidad pública y la privada. Usted lo ha dicho, la sanidad privada ha prestado un servicio muy valioso en esta pandemia, en colaboración estrecha con la sanidad pública, por eso yo le voy a plantear unas cuantas preguntas.

Primera. ¿Considera que la interlocución y la coordinación entre las autoridades sanitarias, así como la integración en el mando único, han sido efectivas para abordar esta crisis?

Otra pregunta que nos nace, ¿estábamos preparados para hacer frente a esta integración? ¿qué carencias cree que hay y qué deberíamos corregir?

¿Los profesionales sanitarios de la sanidad privada han estado debidamente protegidos? ¿lo están ahora ante un posible rebrote?

¿Cuáles son sus datos de contagios y fallecidos en la sanidad privada? Los ha adelantado, pero me gustaría que los recordara.

Una última pregunta, ¿cuál es la situación de la sanidad privada comparada con otros países de nuestro entorno?

Sin más, quisiera darle las gracias por las aportaciones que nos ha hecho, por los datos que nos ha dado, y poner a su disposición al Grupo Parlamentario Ciudadanos para sus reivindicaciones. Trasmita al colectivo nuestro más sincero agradecimiento por la magnífica labor que han realizado durante esta pandemia y que siguen realizando a día de hoy.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

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

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenas tardes. Bienvenido, señor Carlos Rus.

Dos preguntas. Me estoy refiriendo a un hospital de tipo colaboración público-privada, por ejemplo, el modelo Alzira. ¿Por qué el número de médicos por cama hospitalaria es 2,5 menor en la privada que en la pública? También es mucho menos menor el número de enfermeras, 2,25 veces

menor, el número de auxiliares de clínicas 1,65 veces menor. ¿Influye esto en parte del precio del abaratamiento del proceso?

¿Cree usted que el doble aseguramiento, ya no me refiero a un hospital concertado, público-privado, que llega al 25 % en algunas comunidades como Baleares, Cataluña o Madrid, puede estar produciendo una selección de riesgos favorable a los proveedores privados e inequidad? Es decir, ¿los pacientes más complejos se van a la pública y los menos complejos a la privada?

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, la representante del Grupo Parlamentario Vox.

La señora **TRÍAS GIL**: Buenas tardes, agradecerle su comparecencia, que ha sido muy ilustrativa.

Nosotros, desde el punto de vista económico, las reivindicaciones que hacen, en líneas generales, nos parecen llenas de sentido común y razonables, y enfocadas a mantener inversión, actividad y empleo en un servicio esencial como es el de la sanidad, y que en estos momentos es de una importancia crucial, como a la vista está. Además, desde nuestra perspectiva, todas las ayudas enfocadas a mantener el empleo deben ser respaldadas por el Gobierno, lo demás siempre va a suponer agravar la crisis en la que ya estamos inmersos.

Por otro lado, consideramos muy importante y defendemos la necesaria colaboración de la sanidad privada con la pública. El 19 de marzo, la sanidad privada atendía el 18,9 % del total de pacientes hospitalizados, el 14,2 % de los ingresados en UCI, y ha registrado el 6,1 % de los fallecidos por la enfermedad. Le iba a pedir que actualizara las cifras, pero lo ha hecho amplia y generosamente, lo que le agradecemos, porque nos da mucha luz de la

inmensa actividad que han realizado en estos meses de gran crisis. Para Boi Ruiz esta colaboración de facto que existe ya en España entre los sectores públicos y privados de sanidad podría avanzar y hacerse mucho más efectiva si se unificara la coordinación y el control por parte de una misma autoridad sanitaria para ambos sectores, y se vertebrara un sistema común de información sobre los historiales clínicos de todos los pacientes. Nos gustaría saber qué opina al respecto.

En otro orden de cosas, durante la epidemia del coronavirus, ¿han actuado como asesores del Gobierno de España? Y, en caso afirmativo ¿el Gobierno adoptó alguna de sus recomendaciones, o hizo caso omiso? ¿Considera que ha sido óptima coordinación entre la sanidad pública y privada a lo largo de la crisis ocasionada por la pandemia de la COVID-19? ¿De veras se puede afirmar que toda la sanidad española ha trabajado unida, sin apenas distinción entre pública y privada, para vencer esta crisis? ¿Cree, por el contrario, que ha faltado liderazgo del Ministerio de Sanidad?

Nos gustaría saber también si han podido hacer algún estudio de cómo ha funcionado la colaboración interhospitalaria entre las diferentes comunidades autónomas, tanto entre distintos hospitales de sanidad privada, como entre sanidad privada y pública, en particular, en el momento álgido de la pandemia, donde cada cama de UCI, cada respirador, suponía una vida. Si han identificado fortalezas y debilidades. Nuestra impresión, avalada por los datos, las noticias y las muertes es que eso ha fallado. Podemos leer en distintas publicaciones de la prensa, a principios de abril, con un escenario dantesco en los pasillos de urgencias de muchos hospitales, la sanidad privada tenía 2250 camas de UCI vacías. La patronal alertaba de esta infrautilización. La coordinación ha quedado en entredicho, como lo evidencian los escasos traslados de pacientes entre regiones. En esta crisis se

ha notado un cierto nivel de descoordinación, ha faltado el liderazgo del Ministerio de Sanidad, dice el directivo de una empresa sanitaria.

Aunque nos ha avanzado bastante en su comparecencia inicial respecto a lo que quieren hacer en caso de rebrote, muy interesante lo que ha comentado de no pensar solo en la desescalada, sino en la escalada en caso de rebrote, porque de eso no se está hablando. ¿Se plantean algunos protocolos claros, ágiles, fácilmente ejecutables, para, en caso de que vuelva a haber un rebrote -dios no lo quiera- o no asole otra pandemia, tener una capacidad de reacción más rápida y posibilitar que ni el tipo de asistencia sanitaria que se ofrece pública o privada, ni las fronteras autonómicas, ni internacionales, sean un impedimento para salvar vidas? Desde nuestro punto de vista resulta fundamental en este momento estar preparados para futuras situaciones, con protocolos claros, y, de este modo, lograr que el impacto de una crisis sanitaria sea mucho más llevadero.

Finalmente, como ha hablado también del incremento de las listas de espera, queríamos preguntarle ¿qué papel juega y debe jugar la asistencia privada en aliviar las listas de espera? Y, al igual que ha dicho otra diputada, ¿qué opinión le merece el modelo de gestión Alzira?

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

A continuación, la representante del Grupo Parlamentario Popular.

La señora **GAMARRA RUIZ-CLAVIJO**: Muchas gracias, presidenta.

En primer lugar, agradecerle al doctor Rus sus explicaciones y, sobre todo, la información que nos ha aportado a este grupo de trabajo, que, sin duda alguna, será positiva y nos permitirá profundizar en el modelo que tenemos y hacia dónde tenemos que enfocarlo. En nombre del Grupo

Popular, trasladar el reconocimiento a la labor que han desarrollado todos los profesionales sanitarios, independientemente de si lo han hecho en un centro público o de titularidad privada, porque su labor, sin duda alguna, ha estado volcada en salvar vidas y la profesionalidad y la vocación no entienden del centro desde el cual se trabaja.

Hacía usted referencia en el inicio de su intervención a que hablamos de un sector infravalorado y malentendido desde algunos planteamientos políticos, y creo que la respuesta en la pandemia demuestra la fortaleza del sector y también su servicio hacia la sociedad. Me gustaría saber si la puesta a disposición del sector privado a la autoridad sanitaria se llevó a cabo a requerimiento de la autoridad sanitaria o si, por el contrario, fue una puesta a disposición voluntaria y desde el primer momento. Tengo entendido que esa puesta a disposición es previa a las órdenes ministeriales que así lo aprobaban y lo establecían. Al fin y al cabo, la experiencia que acabamos que vivir es la primera vez que se tiene que actuar bajo una autoridad sanitaria única, tanto por parte del sector público como del sector privado, y hacerlo de una manera rápida, ¿qué valoración hace de esa experiencia? ¿cómo ha funcionado? ¿cómo cree usted que puede mejorarse, si es que puede mejorarse? ¿cómo lo han articulado y con qué mecanismos? ¿qué métodos de gobernanza e instrumentos han puesto en marcha para poderlo desarrollar de una manera tan rápida?

Por otro lado, ha hablado usted de la viabilidad económica de la sanidad privada que, como un sector más, se ve afectado en nuestro país, pero, sin duda alguna, es un sector cuya viabilidad económica se ve afectada también por la puesta a disposición y, por tanto, el no haber resuelto las situaciones de compensaciones económicas a esa puesta a disposición. A mí me gustaría saber qué porcentaje del sector se puede encontrar en estos momentos en un riesgo de viabilidad alto, y si ya hay centros que dan por perdida la

posibilidad de seguir adelante como consecuencia de las decisiones que se han tomado y la gestión de la pandemia.

Por otro lado, algunas cuestiones que me gustaría que nos concretara y nos diera más datos. Es muy importante, no solo lo que ha ocurrido, sino estar preparados ante posibles rebrotes pandémicos. La autoridad sanitaria ha hecho valoraciones en la última semana sobre la posibilidad cierta de esos rebrotes pandémicos. Mi pregunta es si ya se está trabajando en los protocolos, en los planes de contingencia, y si se hace con el ministerio y con las distintas comunidades autónomas, y qué instrumentos están articulándose, como mesas de coordinación, si ya las hay, y en qué momento se encuentran.

Por otro lado, ha hablado usted de los planes de abastecimiento, y en ello del acceso por parte del sector privado a plataformas de compras públicas, una experiencia que nos ha apuntado que en algunas comunidades autónomas ya se ha llevado a cabo a lo largo de la pandemia. Si nos podría concretar los resultados de ese acceso a las plataformas de compras públicas, si ha significado mayor rapidez, si ha significado ahorro, y, por tanto, eficiencia, por parte de todos, qué datos nos puede dar en ese aspecto.

Hay algunas cuestiones que tenemos que afrontar de cara al futuro como sociedad. Hablaba usted muy bien del envejecimiento, de la cronicidad, y, en esas líneas, nosotros planteamos como grupo parlamentario, y dentro de lo que hemos querido llamar el plan Cajal, la necesidad de un marco de asistencia sociosanitaria. Algunos centros privados tienen establecido ese marco de asistencia sociosanitaria con algunas residencias, si nos puede explicar cómo se está desarrollando, qué experiencia tienen, qué resultados se están obteniendo y cómo mejorarían esa coordinación sociosanitaria desde su punto de vista, no solo pensando en el sector privado, sino pensando en la sociedad española y, por tanto, en cómo lo pudiera también desarrollar el

sector público. Yo creo que usted, como experto, no solo nos puede dar una opinión sobre el sector al que usted representa en estos momentos, sino también de distintas experiencias que pudieran implementarse en el sector público y que, por tanto, nos permitiera mejorar a todos.

Preguntarle si considera que este el momento oportuno para que se produzca un gran pacto por la sanidad española y qué consideración les merece al sector que usted representa, el ámbito privado, que se pudiera abordar ese pacto y que se pudiera acordar entre todos.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

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

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias. Buenas tardes, don Carlos Rus, bienvenido a esta Comisión de Reconstrucción Económica y Social de España, bienvenido a este grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública.

Antes de nada, expresar mi gratitud a todos los profesionales sanitarios que trabajan y han trabajado durante esta pandemia.

Mi Grupo Parlamentario Socialista, al que represento, defendemos un Sistema Nacional de Salud fuerte, de acceso universal, un sistema cohesionado y sostenible, donde esté garantizada la equidad frente a las desigualdades sociales y territoriales, independientemente del lugar de residencia, de la edad de las personas, del estrato social, o de la situación económica que tengan. Quería decir que, para nosotros, apostar por la sanidad pública siempre es una inversión rentable.

Le voy a hacer nada más que dos preguntas y permitir que nos pueda contestar a todo lo aquí planteado. Supongo que no es cierto, pero quisiera

preguntarle si es verdad que la información de que la sanidad privada prevé un ERTE para 28 000 empleados en plena pandemia.

Y la segunda es qué podría aportar sobre cómo hacer aún mejor las cosas en la relación público-privada.

Muchísimas gracias.

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

Señor Rus, tiene usted la palabra para contestar las preguntas.

El señor **RUS PALACIOS** (presidente de Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)): Lo primero, agradecer la amabilidad de las preguntas, me parecen todas muy interesantes. Yo espero que dé tiempo a responder a todas.

Señora Gorospe, respecto a la alianza y asistente, yo creo que es palpable. Me gustaría salir hoy de esta sala y pensar que he conseguido que se replanteen que la sanidad privada no es enemiga de la pública. Con esto ya saldría muy satisfecho. Que la línea a seguir es una sanidad universal, pública, con equidad, absolutamente de acuerdo. Complementaria para casos de necesidad, somos esa válvula de escape, si yo lo remarcaba, somos la reserva del Sistema Nacional de Salud, esa reserva estratégica para cuando haga falta. ¿Ha hecho falta para la lista de espera en un momento puntual? Estamos. No hace falta, no estamos. ¿Para pruebas diagnósticas? Estamos. ¿Para el COVID? Estamos. Estamos sin ningún tipo de duda, que, en países como Francia, Alemania o Reino Unido, se han puesto las condiciones por delante, y aquí no, ¿eh? Nosotros lanzamos un mensaje y así lo comunicamos al Gobierno. A nuestros centros les dijimos: ustedes a atender. La patronal tiene la responsabilidad de dirigir a nivel político y gestionar estas cuestiones, pero ustedes, a atender pacientes. Se acabó. Claro, con unos

costes que son insufribles, si en zonas como Madrid tiene usted un grupo hospitalario que tenga tres, cuatro o cinco centros, y que están al 150 % de su capacidad, y que han dicho: adelante con todo. Me gustaría salir de aquí con la idea de que la privada no es enemiga de la pública, la privada no se beneficia de la pública.

De hecho, yo creo que lo que hemos hecho durante esta pandemia ha sido dar un servicio público, hemos estado, directamente, bajo el mando y la autoridad pública y hemos dado un servicio público. Hemos hecho lo que se nos ha pedido, en cada comunidad autónoma con una foto distinta, que me encantaría contarles pero que es difícil por el tiempo que tenemos.

La estimulación de sinergias. Las hay, solamente en sanidad privada se realiza el 43 % de los ensayos, en el ámbito oncológico, cardiovascular, en fases tempranas 1 y 2, de las más complejas, con una gran participación de Madrid, de Navarra o de País Vasco. La protonterapia ha llegado a España gracias a la instalación de dos unidades en Madrid, y antes, muchos ciudadanos españoles tenían que ir a Francia, pues está aquí, está para utilizarse, y solo la máquina tiene un coste superior a los 22 millones de euros. ¿Hay sinergias? Todas, si lo que proponemos es que, cuando hay algo que ya lo tenemos, lo tenemos para la atención de aquellos pacientes que tienen un seguro, para el que lo paga del bolsillo (paciente privado), y para todo aquel ciudadano cuando una consejería entiende que somos el recurso disponible y que es más lógico utilizarnos a realizar esa gran inversión.

Creo que sobre el estigma rival de la sanidad pública sí me he pronunciado, y la lucha es nuestra, esa lucha de hacernos valer es nuestra. Yo no me alegro de lo que ha ocurrido, pero sí me alegro del papel que ha asumido la privada, yo creo que es un momento en el que ese debate debe bajar mucho de intensidad y debe valorarse lo que la privada ha puesto encima de la mesa.

Señor Cambronero, la interlocución con las autoridades sanitarias, la demonización de nuestro sector. Yo creo que es a lo que he estado haciendo referencia. Estamos demonizados, somos empresarios, ganamos dinero con la salud... bueno, todo el mundo que está en salud gana, el médico gana dinero, la industria farmacéutica, la industria tecnológica, ya sea ámbito público, ya sea ámbito privado, lo que hay público en un hospital público, fundamentalmente, es la financiación, porque el resto lo compartimos todo. Estamos demonizados, pero el médico, al final, tiene el mismo código deontológico, de hecho, gran parte de ellos trabajan en ambas partes.

La interlocución con las autoridades sanitarias, yo creo que ha sido, en cuanto a nivel de interlocución, en cuanto a participación, ha sido positiva, pero de muchas cosas nos hemos enterado por el BOE, y teniendo esa comunicación, cuando te enteras por el BOE, dices: pero, oye, si a lo mejor lo que íbamos a proponer era razonable, a lo mejor merecía la pena dar ese dato o esa información. ¿Qué le hemos pedido al Gobierno en la reunión con el ministro? Ministro, en situaciones como la que hemos vivido, se ha hilado muy poco fino. Había que tomar una decisión y se ha tomado la decisión, porque el momento era urgente y había que tomarla, que el momento de estrés asistencial inicial ha sido muy fuerte, pero después ha habido momento para rectificar, y se han hecho rectificaciones, preferimos no enterarnos por el BOE. Pero a nivel de interlocución y de comunicación, a nivel de las autonomías y del ministro, generalmente ha sido bueno, lo que no ha sido es fructuoso.

En cuanto a los profesionales debidamente protegidos. Si me permiten la expresión, hemos hecho el pino, hemos intentado hacer compras agrupadas, hablábamos directamente con la embajada china, mandamos a señores a través de una empresa portuguesa en Brasil y en China a pie de fábrica, los precios eran volátiles, primero cambiaban por semanas, después

por días, después por horas. Los hospitales me llamaban muy preocupados porque decían: me queda para una semana, y yo decía: bueno, si te quedan para una semana, estate satisfecho. De hecho, el nivel de contagio en el ámbito de la privada ha estado en torno a los 7500, un 14 % de los que se han producido, pero es normal, es que como profesional sanitario no están todos acostumbrados a manejarse en una situación de crisis pandémica con las necesidades de seguridad. Es normal que se haya producido contagio en el ámbito sanitario.

Sanidad privada en países de nuestro entorno. Me gustaría darle algún dato de cómo han actuado países como Francia e Inglaterra. Inglaterra ha dicho: ¿va a participar la privada? Sí. Vamos a decirle cómo va a ser y cuando termine esto vamos a auditarlos, y los costes que hayan tenido se les cubrirá, los costes por atención y por puesta a disposición. Alemania fue más allá, estableció directamente unas cantidades, por cada cama que se vaya a poner a disposición, 500 euros, por cada plaza de UCI que usted cree nueva 50 000. Le doy dos ejemplos, por no sacar la información y aburrirles. Son modelos que se han generado, desde mi punto de vista, de una forma muy ordenada, porque, sobre todo, dotan de una seguridad. Cuando a nosotros nos llamaban y nos decían: oye, hacen falta respiradores en Madrid, y buscamos más de 100 respiradores para mandarlos a Madrid, los mandamos y dijimos: ¿volverán? Han vuelto, pero en ese momento lo que hicimos fue, ¿hacen falta? Vayan. Pero mis centros me decían: Carlos, ¿quien te firma el recibí? ¿cómo se hace?

No sé si con esto he dado respuesta a todas sus preguntas, pero lo he intentado.

Modelo Alzira. 2,5 % menos de médicos, 2,25 % menos de enfermeras. Me gustaría darle otros datos. El modelo concesional es un modelo de gestión, al final es decirle a la Administración: usted puede hacerlo mediante

el modelo tradicional, administración, personal estatutario, o puede hacerlo con otros modelos como es una fundación o un modelo concesional, supongo que, atendiendo a las circunstancias, necesito un hospital en esta zona, puedo acometer esa inversión, no acudo a otra herramienta de gestión que es absolutamente legal, desde un punto de vista jurídico y eficiente. Y sigue siendo un hospital público y gratuito para todos los ciudadanos. La experiencia ha demostrado la viabilidad de este sistema. Yo he estado en una conferencia en Bruselas, donde ha venido una señora de Pricewatherhouse de Nueva York a contarme el modelo Alzira como un modelo de excelencia a implantar en otros países, y yo decía: hay que ir a Bruselas para que venga una señora de Nueva York a contarte el modelo Alzira. Pero es que esa circunstancia la he vivido, y con una actividad asistencial de calidad, pero también me gustaría trasmitirle los resultados del modelo de la reversión del modelo Alzira en el hospital de Alzira. Son cifras que vienen de la consejería, de la Sindicatura de Comptes, de la comunidad valenciana. El gasto de personal se ha incrementado un 48 %, ustedes me dirán: les pagarán más. No, no, es que para la misma cartera de servicios hay un 39 % más de plantilla en 22 meses. 39 % más de plantilla, y me dirán, si los resultados en salud son buenos. Vamos a ver los resultados de salud. El absentismo se ha incrementado un 63,91 %, los gastos de material y farmacia, muchos de los medicamentos que se compraban por Alzira se compran por la conselleria hoy en día al doble del precio de lo que los comprábamos. La lista de espera ha pasado de 57 a 78 días, un incremento de un mes en dos años, y se ha triplicado el número de pacientes que esperan más de 90 días. Y hablando de la derivación a la privada, que, si es necesario, hágase, pero si no es necesario, no. Pues se han derivado más de 6000 ecografías y 3000 resonancias. Todo esto, cuando los modelos concesionales, por ejemplo, en Madrid, suponen un 30 % de ahorro. Y les daré un dato, el hospital mejor

valorado de la Comunidad de Madrid desde que existe el Observatorio de Transparencia es un hospital público de gestión privada que actúa dentro de la red pública. Todos los años es el hospital mejor valorado por los ciudadanos de la Comunidad de Madrid. La conclusión es clara, la reversión del modelo Alzira ha tenido un impacto en gasto recurrente y anual de 72 millones de euros más de lo que suponía antes. Y estos datos no son míos, son públicos, dados por la Dirección Gerente del Hospital y por la Sindicatura de Comptes.

¿Influye en el precio? Por supuesto. De hecho, una de las cuestiones que tiene la privada es que es más ágil y tiene menos burocracia en las compras, y eso supone un ahorro en el entorno del 25 %.

Si el doble aseguramiento puede producir una selección de riesgos, nosotros no la queremos, el 62 % de nuestra facturación media viene del seguro de salud, pero cada vez asumimos más centros de alta complejidad, y, de hecho, todos los años hacemos una jornada para ponerla en relieve. Y los dos centros de protonterapia creo que son un buen ejemplo, pero esa selección no la hacemos nosotros, la hacemos en cobertura, si cuando nosotros pedimos que se regule al aseguramiento de salud, es que, por ejemplo, muchos de los tratamientos que se consideran experimentales en las pólizas están excluidas, y en las de Muface no, pero en las otras sí, y muchos de los tratamientos oncológicos tienen la consideración de experimental, y entonces nos encontramos que un paciente llega a una fase en la que no lo puedes tratar. No nos gustaría que ocurriera.

No sé si con esto he dado respuesta a todas sus preguntas, espero que sí.

En cuanto a la colaboración público-privada, no sería justo extrapolar las cifras que le he dado. Es decir, si hemos hecho una muestra de 124 hospitales y hemos atendido a 20 000 pacientes hospitalizados y 1500 en

UCI, si pasamos a los 460 desbordaríamos una cifra que no sería real, porque esta nuestra tiene una carga importante de hospitales de Madrid, de Barcelona, o de Valencia, es decir, de aquellas zonas donde ha habido una incidencia mayor de la pandemia, por un lado, y por otro, donde tenemos mayor cantidad de hospitales que tienen esa categorización de general. Pero, sin duda, ha sido mayor, lo que no podemos decir es que, en vez de 20 000 van a ser 80 000, pero que sean 25 o 27 000 y que en UCI hayan sido 2200 en lugar de 1500, sin ningún tipo de duda. Lo que pasa es que le hemos dado los datos exactos que tenemos de un estudio que ha sido muy riguroso.

Lo de un sistema común de información, para mí es una batalla, y estamos intentando poner en marcha el instituto tecnológico hospitalario, donde queremos que caiga ese muro, queremos ir a una comunidad autónoma que veamos receptiva y decirle: oiga, como la información es del ciudadano, hagamos un sistema donde se vuelque por parte de lo público su información, por parte de lo privado, y que sea el ciudadano el que decida quién lo participa, y sería una fuente de ahorros sin ningún tipo de duda. Porque, al final, la historia clínica es de él, pero la sensación no la tenemos. Es muy burocrático el acceso, y no la tengo tan accesible como para poder participarla, y sería una fuente de ahorro, sin duda, y más ahora con las nuevas tecnologías, con la radiología digital y con este tipo de cosas.

En cuando a la coordinación, la oportunidad de trabajar unidos, vivimos, perdóneme usted la referencia, como pasaba, con Valencia de espaldas al río, y cuando lo ha aprovechado, le ha dado la vuelta a la ciudad, y ha hecho una ciudad mucho más bonita, dentro de que ya lo era. Pues vivimos un poco de espaldas, ¿por qué? Porque no tenemos modelos que nos permiten compararnos, tenemos tantos CMBD, con tantos puntos distintos en cada comunidad autónoma, con uno que usa GRD, otro no, con falta de actualización, que cuando queremos decir quién lo hace bien o mal, no es

posible. Y creo que es fundamental, porque si están ustedes aquí, permítanme, es para tomar decisiones, y las decisiones con resultados de salud, de satisfacción de pacientes. Esas son las dos premisas.

Y, hablamos de la centralidad del paciente. Me apena que no esté el señor Freire, porque de este tema hemos hablado en más de una ocasión. Para que el paciente sea central, esa centralidad se la da el profesional médico, y el profesional médico se la da con dedicación y tiempo, y si no lo tiene, el paciente no tiene la centralidad, porque uno se siente central y bien atendido cuando el médico te dedica tiempo, te informa, te escribe, te manda un mensaje, te adelanta esa preocupación que tienes, y para eso el médico tiene que tener tiempo para poder hacerlo. Esa es un parte importante de la reforma de este sistema.

En cuanto a las UCI libres, es un tema complejo. Nosotros sacamos una nota de prensa con mucha información y en la información decía que tenemos 2200, pero con la situación que se dio subimos a 2600-2800, triplicando UCI donde hizo falta, y, de pronto, vemos que tenemos entre 1800 y 2000 UCI libres. ¿Por qué? Pues porque cuando esto pasó en Madrid, la sensación que teníamos todos es que Andalucía iba a ir dos semanas más tarde a estar como Madrid, y Valencia a los quince días, y Cataluña, a los siete, pero que lo de Madrid era algo que iba a terminar pasando en el resto de los territorios. Nosotros mandamos equipos a Madrid, pero costó mucho, porque nos encontramos con muchas reticencias por parte de las autonomías. Esto fue así. Luego dices, ¿por qué había UCI libres en Murcia? Pues porque no había tantos pacientes, porque la pública tenía capacidad para atenderlos, porque la privada tuvo muy pocas derivaciones, ¿y el resto de las UCI? Disponibles. ¿Se podían haber aprovechado? Visto lo visto con las residencias, y planteándose que es una decisión que hay que tomar, si merece

la pena trasladar al paciente o al equipo, creo que se podría haber hecho un mejor aprovechamiento, pero, en un momento de gran incertidumbre.

Protocolos para la escalada. Los hemos marcado. Lo mismo que ahora se ha seguido un protocolo que ha sido costoso, ahora sí, ahora no, en base a la capacidad hospitalaria, en base a la situación, hay que tenerlo planteado igual en una escalada, pero hay que tenerlo planteado ya. Porque yo creo que ya tenemos muchas conclusiones que sacar, y una de ellas es que hay que conjugar que la nueva realidad, no la nueva normalidad, la nueva realidad es que vamos a convivir con el virus hasta que haya una vacuna, pero no va a llegar para todos en septiembre, ni en octubre ni en noviembre, posiblemente hasta junio no esté la totalidad de la población vacunada, porque primero tendrán que ir las personas con mayor riesgo, y después tendrán que ir siguiendo aquellos que tengan menor riesgo, y, hasta que llegue a toda la población y tengamos esa situación, vamos a convivir. Por lo tanto, yo creo que es fundamental que se mantengan en la población las medidas de precaución, que se conciencien, que volvemos a vernos paseando y da la sensación de que aquí no pasa nada. Y, por supuesto, estas diez medidas que les hemos propuesto en cuanto a la participación de la privada, porque hay que conjugar esta situación que va a durar tiempo, con que la economía del país no caiga, no en el sector sanitario, en el resto, porque si no, no tendremos forma de salir de aquí de ninguna, ni con ayuda de nadie.

Y para conjugar, ahora, con tiempo, sin las prisas, sin ese estrés, hay que hilar fino, y hay que tomar decisiones muy asentadas y muy pegadas al terreno. Pienso también que si, en algún momento, alguna zona tiene que quedar aisladas, pues tiene que quedar aislada, es preferible a parar todo el país.

En cuanto a las listas de espero, les hemos facilitado a modo de ejemplo los costes cuando trabajamos para la Administración Pública, qué se nos

paga en relación con lo que a ellos les cuesta, que son las tarifas que ellos tienen para facturar a terceros. Y creo que tenemos esa eficiencia. ¿Cuántas intervenciones han incrementado la lista de espera que ya existía? Yo he hecho un cálculo, en torno al millón de intervenciones. Son tres meses, en España se hacen unas 350 000 intervenciones al mes, por lo que tenemos un millón de intervenciones que han incrementado la lista de espera. Lo decía en el discurso, nosotros estamos para lo que se nos necesite, porque, de hecho, la desescalada no está suponiendo un crecimiento rápido de la actividad de nuestros centros. Hay temor, hay falta de concienciación de la población, y necesitamos que ese crecimiento que ahora está en un 40-50 % vaya a más. Por lo tanto, nuestra disponibilidad va a ser total y absoluta a participar y a colaborar, y lo ha sido siempre, ha sido una de nuestras funciones como esa válvula de escape que hablábamos del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto al reconocimiento, señora Gamarra, se lo agradezco. En cuanto a los médicos, el código deontológico del profesional es el mismo en la pública y en la privada, y, al final, él decide, de hecho, muchos de ellos son los que trabajan.

Propuestas para fortalecer el sector. Yo creo que hay que evitar, sin ningún atisbo de duda, decisiones que no se basen en datos. El pacto por la Sanidad no se habla ahora, porque haya habido una pandemia, llevamos hablando muchos años, y el análisis está hecho desde hace ya 20 años. El problema no es el análisis, el problema es cómo se ponen en marcha esas medidas, y no hay posibilidad de ponerlas en marcha si no se hace mediante un pacto. Si no se hace de una forma pactada nadie lo va a hacer, tiene que ser un pacto de Estado, ¿Pacto Cajal? Pues pacto Cajal, pero sin pacto no habrá modificación que sea eficaz ni que se pueda aplicar.

En cuanto al mando único. A nuestro parecer la salud pública debería haber estado siempre sin transferir a las comunidades autónomas, ese ha sido nuestro parecer. Los recursos asistenciales están en manos de las comunidades autónomas y así han seguido, nosotros no hemos perdido en ningún momento la gerencia ni la dirección de nuestros centros, pero recibíamos las órdenes del ministerio a través de las comunidades autónomas. Y ha habido comunidades autónomas, en cuanto a la puesta a disposición de nuestros recursos... El martes anterior a la declaración del estado de alarma le mandé un mail al ministro poniendo a disposición todos los recursos de la privada. El lunes anterior estaba constituida la mesa de coordinación a nivel de Madrid. El viernes yo estuve en la constitución de la mesa de coordinación a nivel de Andalucía, se insistió a nivel de todas las comunidades, se le mandó carta a todas, solicitando la creación de esa mesa de coordinación. El hecho de generar en Madrid, por ejemplo, un mando único de UCI y de hospitalización hacía que, en cuanto quedaba una plaza libre, informábamos de forma directa. Y aquí, las solicitudes de información y los formatos han ido cambiando, y el coste de gestión administrativa ha estado en torno al 10 o el 15 % del personal, porque la cantidad de información era ingente, en algunas comunidades una vez al día, en otras, dos veces al día. Por eso, pedíamos también que se hiciera esa homogenización, porque ha existido un mando, pero si tienes un grupo que tiene centros en cinco comunidades, no coincidía en ninguna. Primero los test, pero solo los positivos, después, los negativos. Y me consta, por conversaciones con el ministro, que en ningún caso se ha puesto en duda nuestra plena disposición, pero, ayer, por ejemplo, eché en falta en el discurso del señor presidente del Gobierno, una mención a la sanidad privada, una.

En cuanto a posibles rebrotes de la pandemia, en cuanto a las medidas de abastecimiento, son de las que ponemos como principales en caso de este rebrote. Ya ha habido comunidades autónomas, como en Cataluña, donde, desde el principio, se nos facilitó el acceso a la plataforma de compra pública. Y, de hecho, los costes han sido menores porque se nos han facilitado recursos, incluso respiradores. En comunidades como Andalucía entrábamos dentro del reparto, en Madrid, aunque más tarde, también llegó. Es decir, de forma general, en todas aquellas comunidades donde ha habido una afectación grave de la pandemia, sí hemos contado, pero con gran temor, porque cuando dices: ¿la medicación para el tratamiento de los pacientes te la doy día a día? Los centros me llamaban y me decían: oiga. que mañana no tengo. Pero bueno, ¿qué te han dicho?, que la tiene usted esta noche para mañana. Era esa situación de racionar por si acaso, por si la situación... y que generó unas situaciones de estrés aún mayores.

El envejecimiento, la cronicidad, las nuevas tecnologías con los costes de implantación, los nuevos medicamentos que curan lo que no se curaba, van a requerir todavía de una mayor eficiencia del sistema, y el café para todos que tenemos en este sistema no ayuda, la rigidez de las estructuras no ayuda.

Como modelos asistenciales en colaboración con el ámbito sociosanitario, tenemos un modelo excepcional, el Hospital Puerta de Hierro en Madrid, con la creación de la UAPI. Es, por circunstancias, un hospital que tiene una cantidad de población de mayores institucionalizados tremenda, y los mayores cuando venían, en muchos casos demenciados, el problema que había era que no se sabía qué tenían, y se pasaban 12, 15 o 18 horas en Urgencias. Y se creó un circuito específico para ellos, y se ha establecido una comunicación con las residencias, y pautas diagnósticas, y modelo de informe médico a mandar por parte de las residencias. Y se ha

conseguido humanizar el rato, y un ahorro de 10 millones de euros al año. Muchos de los centros sanitarios privados empiezan a tener la parte hospitalaria, y, en el mismo centro, una parte residencial o una parte sociosanitaria, que parece un buen complemento. Quizás también podía ser un ejemplo a futuro.

No sé si con esto he respondido a todas las preguntas.

En cuanto al Partido Socialista, agradecerle la gratitud a los profesionales, de verdad que se lo agradezco.

Somos también defensores de un modelo de salud fuerte, universal y con equidad, pero cuesta mucho. Yo soy miembro del consejo asesor de la interterritorial y al final dices: oye, si el calendario vacunal, o una plataforma de compras, que son dos cuestiones meridianamente claras, donde una familia si se traslada de comunidad autónoma tiene otro calendario vacunal. O la plataforma de compras, que es fundamental a nivel español y a nivel europeo, para hacer frente a compras de medicamentos como era el de la hepatitis C, donde hubiera sido un paso fundamental, por supuesto que la equidad va también por esa vía.

Apostar por la pública. A mí no es que me parezca respetable, es que me parece fundamental. Nosotros no venimos a ir contra la pública, venimos a complementarla allí donde sea necesario. Si nosotros somos fruto de la libertad de elección de los ciudadanos, respetémosla. Somos fruto de la libertad de empresa.

El ERTE de 28 000 empleados. Nosotros tenemos 266 000 profesionales, de ellos 93 000 proceden de ámbito hospitalario. Del ámbito sin internamiento cayó la actividad, casi de forma inmediata, por encima del 80 % y entre el 95 % y el cien por cien a principios del mes de marzo. Estimábamos que, al menos, 28 000 empleados iban a entrar dentro de un ERTE. Hemos tenido ERTE de centros, por poner un ejemplo, clínicas de

reproducción asistida, donde se han llevado todos los aparatos, porque eran necesarios en el ámbito público, y sí se le ha dado un ERTE, porque es que, si no tienes equipamiento, la autoridad te lo autorizó. Pero sí, nosotros entendemos que era lo que debería de haber ocurrido, pero no ha ocurrido. Por eso entendemos que la compensación es necesaria, porque no se permitió adecuar las estructuras a las necesidades asistenciales, por eso entendemos que, como se nos dijo: en estado de alarma y toda la estructura en funcionamiento, pues oiga, ayúdenos a no perder, a minimizar pérdidas.

La relación público-privada. En parte he contestado antes, en cuanto a las sinergias. Yo creo que tenemos mucho que aprender, nosotros somos el espejo de la pública. Mientras mejor es la pública, más fuerte ha tirado de la privada. Ahí tenemos una pelea, que es la incompatibilidad, que tratamos igual a un abogado que a un médico, y un abogado, cuando sale de trabajar en la Administración se lleva documentación que puede utilizar de una forma que le dé un beneficio económico, pero un médico, cuando sale de un hospital, se lleva conocimiento. Y lo que no puede pasar en ningún caso es que atienda a un paciente de financiación pública ni a un paciente que ya ha atendido en la pública, ahí estamos todos de acuerdo, pero establecemos una barrera que en el medio rural tiene una afectación muy importante, porque el médico se ve obligado a elegir entre uno y otro, o, si no, a saltar de una comunidad autónoma a otra, trabajo en Andalucía y en la privada en Extremadura, o al contrario. Con una normativa de incompatibilidad que necesita una actualización, sin ningún tipo de duda, y con una normativa de incompatibilidad donde cada comunidad autónoma hace una interpretación distinta, con criterios poco claros y no transparentes.

Con esto, es posible que haya finalizado todas las preguntas.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, se ha ceñido perfectamente al tiempo. Muchas gracias por aceptar la invitación que le ha hecho este grupo de trabajo dependiente de la Comisión de Reconstrucción y por todas sus aportaciones.

El señor **RUS PALACIOS** (presidente de Allianza de la Sanidad Privada Española (ASPE)): Muchísimas gracias a ustedes por su atención. Muchas gracias, señora presidenta.

- DE D. JOSÉ RAMÓN REPULLO LABRADOR, PROFESOR DE LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD (ENS).

La señora **PRESIDENTA**: Continuamos dando la bienvenida a don José Ramón Repullo Labrador. Muchísimas gracias por aceptar nuestra invitación.

Tiene usted la palabra.

El señor **REPULLO LABRADOR** (profesor de la Escuela Nacional de Sanidad (ENS)): Muchas gracias. Es un placer estar aquí.

Voy a intentar enfocar mi aportación a esta Comisión para la Reconstrucción Social y Económica desde la perspectiva de la planificación sanitaria y desde la economía de la salud, que son las dos disciplinas a las cuales me dedico desde hace 28 años en la Escuela Nacional de Sanidad, del Instituto de Salud Carlos III, y, anteriormente, trabajando en la Comunidad de Madrid y en el Ministerio de Sanidad.

En estos 15-16 minutos, voy a intentar hacer una exposición y luego estaré encantado de que ustedes me hagan cualquier pregunta.

Empezando de una manera sencilla, la pandemia COVID-19 ha afectado a la menguada capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud, poniendo en evidencia tanto los problemas estructurales ampliamente identificados, como la agenda de reformas siempre postergada. Y, por ello, nos obliga a despertar de una larga siesta y poner en marcha reformas, porque, sin una agenda de transformación amplia y coherente, el sistema sanitario entraré en un rápido declive, con la creciente deserción moral de sus profesionales y con deterioro de su confiabilidad para la población y erosión de la calidad de sus servicios. Aún estamos a tiempo de evitarlo. Yo creo que este es el primer mensaje importante.

De los muchos temas que podríamos comentar, he seleccionado estos cinco que tienen en la pantalla: preparación para la crisis de salud pública, reforma de la gobernanza institucional del sistema, reorganización del modelo asistencial, activación de las políticas de recursos humanos, y, finalmente, una reflexión sobre la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud con los mayores institucionalizados.

¿Cómo prepararnos para que esto que nos ha pasado no nos vuelva a pasar? El COVID-19 ha sido una pandemia global que entró en España de forma temprana e inadvertida, provocando una rápida propagación y un brutal daño sanitario y social. Lo fundamental desde la perspectiva de la reconstrucción es la preparación para otros brotes y otras pandemias, y para que este desastre, como decía antes, no nos vuelva a pasar se necesitan, o convienen, estas cuatro acciones que tienen a la vista. La primera, reforzar la salud pública, particularmente los equipos sobre el terreno, lo que se llama a veces epidemiología de campo, capaces de movilizarse para controlar los microbrotes y dirigir el control de casos y contactos. También, potenciar los sistemas de información y las estructuras autonómicas y centrales de gestión de la salud pública.

El segundo punto, preparar al sistema para responder a emergencias de salud pública y catástrofes. Los planes de emergencia deben incluir almacenamiento o stock de seguridad y la respuesta ha de ser coordinada y mancomunada. El “sálvese quien pueda” es una solución ineficiente, además de insolidaria.

Tercero. Hemos de conseguir seguridad y soberanía en los insumos estratégicos. Se precisa que la I+D+i conecte con la capacidad de producción en territorio español de aquellos medicamentos, productos y tecnologías esenciales.

Y cuarto. Los centros sanitarios han de aprender de la experiencia sufrida, para preparar sus propios planes de contingencia y para dotar sus infraestructuras ante crisis y emergencias futuras.

El segundo bloque tiene que ver con la gobernanza del Sistema Nacional de Salud. Tenemos un Sistema Nacional de Salud, no 17, pero formado por 17 servicios de Salud autonómicos imperfectamente articulados. Y la disfuncionalidad que esto produce perjudica a todos. No tiene sentido técnico predicar recentralización, no lo creo, porque muchas de las funciones de un sistema sanitario moderno y complejo afectan a distintos niveles institucionales, y solo son viables con conocimiento, organización y colaboración. La Organización Nacional de Trasplantes es un buen ejemplo, una logística común ensamblada desde el Gobierno central, y que no viene obligada por leyes o distribuciones de competencias, sino por el sentido común y la razonabilidad técnica y práctica.

Para mejorar la gobernanza institucional del sistema serían imprescindibles una serie de transformaciones, de las cuales citaré cuatro. La primera, revitalizar el nodo central de la red del Sistema Nacional de Salud. Se precisa un Ministerio de Sanidad con músculo técnico, versatilidad organizativa, capital de conocimiento y recursos económicos para que ese

Sistema Nacional de Salud funcione como una auténtica red, y gestione de forma virtuosa sus innumerables interacciones y sinergias. Desde enero de 2002, cuando se completaron las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, los sucesivos gobiernos de España se han ido desentendiendo de la sanidad y dejando extinguir la estructura y funciones de su Ministerio de Sanidad. La frase "la sanidad está transferida" ha hecho mucho daño, porque se ha convertido en la coartada de las autoridades económicas y de función pública para justificar ese abandono. Sin embargo "la sanidad es de todos y a todos nos compete" es una frase mejor, y así, el Sistema Nacional de Salud podrá responder a los retos actuales y futuros, si es capaz de constituirse como una red bien articulada y coordinada.

Vamos con el segundo punto. El modelo de ministerio ha de cambiar, y no solo su tamaño. En los sistemas profesionales complejos, como el sanitario, pierde importancia la regulación y gana la gestión del conocimiento. Podríamos decir, menos boletín oficial y más *Medline*, la base de datos científica. Y es importante este hecho. El ministerio debe atraer para esta función talento y excelencia, de especializaciones diversas, con agilidad y flexibilidad, con configuraciones mixtas que integren aportaciones de profesionales y científicos de diversas instituciones. El ministerio ha de ser el soporte institucional para un conjunto de agencias especializadas, construidas con reglas que maximicen el mérito y minimicen la interferencia política, con instrumentos de gestión que permitan autonomía, flexibilidad y agilidad.

El tercer punto. Ese nodo central del sistema, que ha de garantizar la conectividad de sus partes, necesita palancas para catalizar cambios y mejoras. La financiación incremental es una de ellas muy importante, fondo de cohesión, fondo de garantía asistencial, y, por qué no, fondos de

coinversión. Guiados por buen conocimiento científico, no solo hace falta dinero, hace falta criterio.

La cuarta parte de este tema es reactivar el papel de las autoridades sanitarias de las políticas sanitarias. La merma del perfil del Ministerio de Sanidad es simétrica a la producida en las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas. Las autoridades económicas y de función pública son poderosos actores que, desde la sombran, dictan y condicionan la gestión económica y la personal. Poca política sanitaria cabe cuando casi todo depende de un tercero, que no da la cara ante los problemas. Esta reactivación del papel de las autoridades y de las políticas sanitarias va a precisar de gestión económico-presupuestaria propia y de autonomía en la gestión de la estructura de personal. Un buen ejemplo dentro de España lo podemos encontrar en la arquitectura de gestión de red de Osakidetza, el Servicio Vasco de Salud. Copiar lo que funciona razonablemente bien es una excelente idea.

Vamos a pasar al tercer bloque. Reorganización del modelo asistencial. Nuestro modelo asistencial lleva tiempo pidiendo una serie de cambios. Destacaría estos cuatro: marco de gestión, salto cualitativo en la atención primaria, innovación en hospitales, y sistemas de buen gobierno.

En primer lugar, hemos de quitar las ataduras innecesarias en la gestión administrativista, para que pueda haber buena gestión pública, emprendedora y orientada a los resultados. Por lo tanto, más que plantearnos el dilema de quién es más o menos eficiente, necesitamos hacer que lo público sea eficiente, dado que lo tenemos y está ahí. Los centros y servicios sanitarios son organizaciones muy complejas, con alta y cambiante tecnología, y basadas en el conocimiento que es custodiado por los profesionales. Las exigencias de pacientes y sociedad son muy altas, y los fallos tienen consecuencias dramáticas. Por ello, su funcionamiento,

simplemente, no cabe y no encaja en los métodos tradicionales de gestión administrativa. Y, sin embargo, por inmovilismo o comodidad burocrática, se ha impedido la migración de nuestros centros hacia modelos emprendedores públicos. En los estudios de eficiencia de hospitales españoles, que se hicieron por primera vez por la Universidad de Granada en 2018, se apreciaba que la dotación de personificación o de personalidad jurídica al hospital es un vector que aumenta 11,14 puntos su eficiencia técnica. Por lo tanto, cabría inducir que el sobrecoste de un modelo inapropiado de gestión podría superar un euro de cada diez. Por lo tanto, los centros sanitarios públicos deben adquirir personificación jurídica o capacidades equivalentes para la gestión operativa de su presupuesto, de su personal, de sus compras y de sus contratos. Los contratos de gestión, que es la herramienta por la cual el financiador público llega a acuerdos con los proveedores públicos, han de revitalizarse, han de armonizarse con los presupuestos, adquirir carácter plurianual, ser transparentes, posibilitar la comparación y permitir discriminar entre buenos y malos desempeños. Y, también, ser un instrumento que estimule la implicación de los profesionales en la gestión clínica, hacia la consecución de resultados asistenciales que añadan valor a pacientes y sociedad.

Vamos con la atención primaria. La atención primaria puede ser clave de un cambio duradero, tanto para la pandemia explosiva de COVID, como para la pandemia silente de la cronicidad. Por lo tanto, hemos de capitalizar estas dos pandemias. La atención primaria debe jugar un papel esencial en la desescalada, pero, por su situación de abandono, se requiere añadir al ciclo corto recursos incrementales para asumir las nuevas tareas de control de casos y contactos. Sería necesaria una inyección rápida, inteligente, de recursos humanos y también tecnológicos. Conviene ubicar en primaria una parte operativa del llamado rastreo de contactos, porque, por su propia

capilaridad, la primaria llega a todos los rincones de España, y porque su componente comunitario le permite activar la intervención en domicilios, empresas, colegios y residencias. En esta crisis se ha demostrado que la autogobernación y cogobernanza de los centros de salud es viable, ofrece muchas ventajas adaptativas y es un claro elemento de motivación para los profesionales. Pero, para todo esto hay que redimensionar plantillas, teniendo en cuenta las mayores cargas de trabajo actuales y de las viejas y nuevas funciones. Mejorar la calidad de empleo y la retribución para retener el talento y garantizar la continuidad, o, eso que en primaria llaman longitudinalidad, que es la herramienta esencial de trabajo de médicos y enfermeras de familia.

Vamos con hospitales. Debemos profundizar y estabilizar un cambio organizativo en los hospitales públicos. En la desescalada las estructuras hospitalarias han de repensarse para facilitar la readaptación de locales, la posibilidad de extender los puestos de cuidados críticos, de organizar circuitos diferenciados para pacientes, y la disponibilidad de zonas que se puedan habilitar para pacientes convalecientes o de menor gravedad, bien sea en zonas adyacentes a los hospitales generales o en hoteles próximos. Y en la nueva normalidad habrá que plantearse con seriedad la planificación de una red hospitalaria bastante diferente, hospitales en red, flexibles, internamente articulados, agrupados en alianzas o redes subregionales, que se apoyen mutuamente y que sean capaces de estructurar de forma coherente, basados en unidades o áreas de gestión clínica, que ofrezcan a sus profesionales una buena calidad de empleo y posibilidades de desarrollo profesional.

Por último, buen gobierno. Nos conviene a todos poner cortafuegos para que la interferencia política no afecte al funcionamiento de los centros y servicios sanitarios públicos. Vamos a decirlo más dramáticamente, para

que los puestos de dirección no sean un botín electoral. Hablamos de buen gobierno. En España, estas propuestas han sido desarrolladas en 2012 por las recomendaciones del consejo asesor sobre el Buen Gobierno de la sanidad pública vasca. En 2017 se ha desarrollado la Ley 11, de Buen Gobierno, del Servicio Madrileño de Salud, con una interesante alternativa de órganos colegiados de gobierno con participación de la ciudadanía experta, y un sistema de selección de directivos transparente y con concurrencia competitiva. Ley nacida con un enorme consenso, pero aún no aplicada. Al menos, es un referente normativo interesante e importante.

Vamos al cuarto gran punto. Activación de políticas de recursos humanos. Nuestros profesionales llevan mucho tiempo sintiéndose maltratados por la sanidad pública, una crisis económica que encogió sueldos, plantillas y medios para trabajar, una postcrisis que racaneó los fondos para la recuperación, y una pandemia que ha sido, que está siendo, una prueba durísima. Pese al resentimiento y enfado, la respuesta de los profesionales fue de entrega total y compromiso con los pacientes. La desprotección ha producido entre 50 000 y 60 000 sanitarios infectados. La deuda contraída por la sociedad española con sus sanitarios debe honrarse con un compromiso de mejora de sus condiciones de trabajo. Las políticas de personal deben acabar con la temporalidad y precariedad, creo que es uno de los grandes problemas que tenemos. El actual sistema de OPE, oferta pública de empleo, es disfuncional e incapaz de aportar un sistema rápido y solvente de dotación de puestos de trabajo para el personal estatutario. Desde 2001, que se hizo la consolidación de empleo precario, hemos vuelto a acumular un tercio, o más, de la plantilla interina, con una duración media de tal interinidad de 9 años. El sistema de selección no funciona, es un hecho, pero hay soluciones, por ejemplo, un sistema abierto y permanente que combinara una prueba nacional anual de competencias con una selección

local por concurso. Este sistema podría permitir que la mayoría de bajas se repusieran inmediatamente. Podríamos reducir mucha complejidad y conflictos, y evitar enormes daños personales, familiares, e institucionales asociados a la temporalidad. Junto con esta política de personal importante, hay que desarrollar otras políticas profesionales, facilitar su formación, desarrollo profesional continuo, participación en investigación, implicación en gestión clínica, posibilidad de subespecializarse, de moverse por la red sanitaria, de hacer cooperación internacional. Todos estos elementos son importantes, y si nuestro sistema sabe articular estas políticas estará alimentando la motivación intrínseca y trascendente de los profesionales, mejorando la atractividad de las instituciones sanitarias públicas y ayudando a retener y capitalizar el talento. Y, también, a reducir con esa acción positiva de mejora los conflictos de interés con agentes externos.

Voy a acabar con una referencia sencilla al último punto, responsabilidad del sistema con los mayores institucionalizados. La alta mortalidad y letalidad de España tiene que ver con la mayor incidencia en gente mayor y frágil, especialmente en las residencias de mayores. Las derivaciones de pacientes entre hospitales y residencias ha creado una especie de infección cruzada sociosanitaria, que ha sido un componente esencial de la propagación y del daño. COVID-19 ha aterrizado en un sector sociosanitario con muchos problemas estructurales, que han condicionado una insuficiencia de recursos y servicios y han limitado la capacidad de respuesta, y aquí ha habido muchas intervenciones que han atestiguado esta situación. Pero, desde la sanidad se debería dar un paso importante, que consistiría en formular claramente el principio de ciudadanía sanitaria universal. Es responsabilidad primaria e irrenunciable del Sistema Nacional de Salud velar por la salud y atender a la enfermedad de los que viven institucionalizados en residencias sociosanitarias, y, para ello, el Estado y las

comunidades autónomas deberán asegurar que esta cobertura se haga efectiva, con las peculiaridades organizativas que se requieran, a través de la red de atención primaria, de los hospitales, de urgencias, de emergencias y de salud pública.

Un párrafo de epílogo. La sanidad no está transferida, a todos nos compete y de todos va a depender que supere el reto de la COVID-19, y siga siendo el mejor servicio público que tiene España, y el que, posiblemente, más aporta en cohesión social y creación de sentimiento auténticos de pertenencia y ciudadanía.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Repullo.

A continuación, tienen la palabra los representantes de los grupos parlamentarios.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta.

Buenas tardes, señor Repullo, y gracias por las explicaciones dadas, y por la información que ya nos había dado por escrito, con lo cual nos resulta más fácil formularle las preguntas y hacer el seguimiento de lo que ha expuesto.

Una referencia a algo que es, efectivamente, importante recordar, en relación con el cuarto punto, los recursos humanos, en política de personal, las políticas de personal -pone usted aquí- deben acabar con la temporalidad y la precariedad, y se refiere a la alta temporalidad. Yo creo que es de justicia recordar de dónde viene esa alta temporalidad, porque la tasa de reposición se establece por los Presupuestos Generales del Estado que el Gobierno central puso en el contexto de la crisis de 2008, una tasa de reposición del

10 % aproximadamente, y eso ha derivado en una alta temporalidad y una situación de falta de estabilidad en la plantilla. Estamos en la situación en la que estamos como consecuencia de la medida que se adoptó como consecuencia de una crisis económica. Entiendo que, en este momento, el reto es que el Gobierno central, para salir de la crisis que nos viene encima, y entre las medidas que tendrán que adoptar, que muchas serán muy fuertes, no se ponga otra vez una tasa de reposición que impida dar salida a la situación de temporalidad actual y, a su vez, vuelva a entrar en una situación de temporalidad nueva como consecuencia de esa tasa de reposición. Creo que estamos en una situación preventiva y las comunidades autónomas lo agradecerán mucho, porque ha sido un problema para la gestión de las ofertas públicas de empleo.

Un ejercicio práctico, que usted es profesor de la Escuela Nacional de Salud. En el segundo punto dice que la Organización Nacional de Trasplantes es un buen ejemplo de una logística común ensamblada desde el Gobierno central y que no viene obligado por leyes o distribuciones de competencias. ¿Podría trasladar este sistema, por ejemplo, al ámbito de la salud pública? Entiendo que el ámbito de la salud pública es uno de los retos de cara a la coordinación que haría falta que se mejorara, ¿cómo se articularía trasladando esa Organización Nacional de Trasplantes al ámbito de la salud pública? ¿quién estaría? ¿cuáles serían los órganos que se establecerían? ¿cómo operaría? No sé si es un ejercicio fácil de hacer, pero creo que podría servirnos para visualizar qué es lo que nos está planteando.

He hecho el ejercicio al revés, desde el final hacia delante. En relación con el primer punto de su exposición, cómo prepararnos para que esto no vuelva a pasar. Parece que el sistema de médicos centinela, se ha referido usted al trabajo de campo, parece que ha fallado, no se detectó a tiempo, ¿qué es lo que ha pasado con este sistema? ¿no estaba preparado o no era

suficiente para poder detectar una pandemia, un virus que ha afectado como este? ¿cuál ha sido el problema para que no se detectara con el sistema de centinelas?

Nada más. Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

El portavoz del Grupo Parlamentario Ciudadanos tiene la palabra.

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

Muchas gracias, señor Repullo, por su exposición. Desde luego, desarrolla un proyecto integral con reformas muy interesantes.

En aras a la brevedad de la comparecencia de hoy, le voy a plantear de forma telegráfica cinco cuestiones que me nacen de su exposición. Existe una conciencia generalizada de que reaccionamos tarde a esta pandemia. Usted habla de reforzar la sanidad pública, y yo también le voy a proponer un ejercicio práctico. Si un grupo parlamentario, el mío o cualquier otro, tuviera que plantear una iniciativa en esta Cámara, urgente, tendente a prever o a tratar un posible rebrote, ¿qué sería lo más urgente que se le ocurriría a tratar? Sé que la reforma que usted ha propuesto es integral, pero un ejercicio de urgencia para prever un posible rebrote que fuera inmediato.

Otra pregunta es si considera que necesitamos una reserva estratégica de material sanitario, y si lo haría a nivel central o en cada centro hospitalario con su autogestión.

En otro orden de cosas, ¿qué reformas cree usted que necesita el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud?

Sobre la formación e incorporación de nuevos profesionales, ya sabemos que el MIR ya va con retraso, ¿tiene en mente un sistema de

examen, evaluación y elección de plazas por los residentes diferente al de ahora, tipo Insalud?

¿Qué medidas cree que deberíamos emprender si queremos estar preparados para cubrir jubilaciones de médicos, teniendo en cuenta que en los próximos diez años se jubilan la mitad de los médicos de familia?

Sin más, agradecerle sus valiosas aportaciones y poner a su disposición al Grupo Parlamentario Ciudadanos para llevar a cabo las reformas que necesitamos. También decirle que quizá no me pueda quedar hasta que llegue sus respuestas, si no llego, le agradezco su respuesta, que veré después.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Confederal Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común tiene la palabra su portavoz.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Muchas gracias, señor Repullo.

Ha comentado usted que los 17 servicios de salud están imperfectamente articulados y que esto crea una disfunción. Nuestra percepción en este grupo de trabajo es que algunos planteamientos han confundido ese necesario ensamblaje o articulación con un intento de recentralización. A nosotros nos parece fundamental el ensamblaje. Estamos también muy de acuerdo en que ese enunciado de “la sanidad está trasferida” nos ha hecho mucho daño, porque es como una invitación a evadir la responsabilidad de las administraciones públicas, tanto de un plano como de otro, y que, en ocasiones, ha conducido a una situación en la que el derecho a la protección a la salud de los ciudadanos no se cumple.

Insistimos en lo que ha preguntado ya el diputado de Ciudadanos, ¿cuál debe ser la financiación del fondo de cohesión? Recordamos que actualmente

es de 3,7 millones, y que cuando se dotó las transferencias se dotó de 150 millones.

Por otra parte, por su exposición adivinamos que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no alcanza los objetivos de cohesión y equidad que tiene marcados y quizá habría que modificar el reglamento.

Por último, ¿cómo se debería implicar a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones?

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, la portavoz del Grupo Parlamentario Vox.

La señora **TRÍAS GIL**: Buenas tardes. Gracias por su intervención.

En primer lugar, queremos preguntarle si durante la epidemia ha actuado como asesor del Gobierno de España, y si el Gobierno adoptó alguna de sus recomendaciones o si, por el contrario, no lo hizo. También saber si ha participado en la elaboración de informes técnicos, procedimientos o guías, elaborados por la Dirección General de Salud Pública, si se hace corresponsable de ellas en caso de haber participado y si ha asesorado al ministerio por alguna otra vía.

Sobre su intervención, usted dice que la COVID-19 ha sido una pandemia global que entró en España de forma temprana e inadvertida. Queremos saber qué quiere decir con temprana, ¿es que acaso no dio tiempo para ver y analizar lo que pasaba en China y lo que estaba pasando en Italia? Si la OMS dictó la emergencia sanitaria internacional el 31 de enero de 2020, ¿qué quiere decir con inadvertida? ¿qué es lo que falló? ¿falló la Dirección

General de Salud Pública y su órgano dependiente, el Centro de Control y Alertas Sanitarias? ¿quién es el responsable?

Por otra parte, no menciona usted nada de vigilancia microbiológica en fronteras, aunque suponemos que cuando habla de epidemiología de campo se refiere a cribado de enfermedades importadas. También dice que tenemos un Sistema Nacional de Salud, no 17, pero formado por 17 servicios de salud autonómicos imperfectamente articulados, y la disfuncionalidad que esto produce a todos perjudica, no tiene sentido predicar recentralizaciones, esas son sus palabras. Sin embargo, a renglón seguido, usted aboga por que hay que dar poder, usted dice músculo, al nodo central, fortaleciendo al Ministerio de Sanidad, ya que, según usted, el Ministerio de Sanidad está abandonado por las trasferencias sanitarias. Al abogar por un modelo en red, con un fuerte nodo central, está reconociendo que hay que establecer una unificación funcional, y que la coordinación sea función del Ministerio de Sanidad. Eso se acerca a los principios básicos del programa de Vox, lo que nos congratula.

En este sentido, lo que comenta de la Organización Nacional de Trasplante, que es un buen ejemplo de una logística común, ensamblada desde el Gobierno central y que no viene obligada por leyes o distribuciones de competencias, sino por el sentido común y la razonabilidad técnica y práctica. Simplemente, comentar que el sentido común y la razonabilidad técnica y práctica han brillado por su ausencia en esta gestión de la crisis sanitaria, y el número de fallecidos lo atestigua.

Estamos muy de acuerdo en que hay que establecer un sistema de acceso a nivel estatutario, que garantice la excelencia y que sea meritocrático, tal y como exige la ley. Nos gustaría mucho saber cómo combinaría usted esa prueba de competencia postMIR, con la selección local

por concurso, ya que, precisamente, en el nivel local es donde se produce el nepotismo. Nos parece contradictorio con su propuesta de autogestión.

Por último, nos llama la atención que en su documento no se mencione la libertad de elección, cosa que para nuestro partido resulta fundamental, tanto dentro de la red pública, indispensable, como en la elección entre pública y privada. Si nos pudiera matizar algo al respecto, se lo agradeceremos.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias.

Tiene la palabra la representante del Grupo Popular.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, doctor Repullo por su intervención tan completa y desde el conocimiento profundo de un funcionario del Ministerio de Sanidad que lleva muchos años viendo tanto y tanto.

Por eso me va a permitir, primero, que le dé las gracias por la exposición que ha hecho, ha tratado temas que son, sin duda, cruciales para el sistema sanitario. Y, como usted conoce, doctor Repullo, estamos aquí hoy porque ha habido una pandemia, todavía estamos en una situación que la Organización Mundial de la Salud sigue manteniendo como pandemia, dada la extensión de este virus, y, además todavía tenemos un sistema de alarma y, como usted sabe, mañana se aprobará en el Consejo de Ministros un real decreto ley que incluye una serie de medidas que tienen que ver con la desescalada y que tienen que ver con cómo va a actuar la legislación en el momento que no esté el estado de alarma.

Pues bien, parte de mis preguntas van a ir dirigidas a ese “post” y parte van dirigidas a su exposición. Usted primero ha hablado de lo que tiene que

ser el nodo central, que la sanidad está trasferida, pero la sanidad es una y, por tanto, la cartera de servicios, las prestaciones y la gobernanza, deberían hacernos aprender de los errores después de tantas reflexiones a lo largo de tantos años. Y, concretamente, le voy a hablar dentro de esa gobernanza, y de las -coincido con usted- palancas de cohesión, fondo de coinversión, las agencias especializadas, ese modelo que comparto y que creo que compartimos la inmensa mayoría de las personas que estamos en esta Comisión, perdón si me arrogo por parte de otros lo que no opinan, pero creo que dentro del sector está muy consensuado cómo fortalecer el Sistema Nacional de Salud. ¿Usted cree que es razonable el modelo de salud pública que tenemos a día de hoy? Tenemos una ley de medidas especiales en materia de salud pública, la ley de 1986, ¿usted cree que esa ley se puede mejorar y se puede incluir algunas medidas, a mayores, de competencias de la autoridad sanitaria dado que la autoridad sanitaria nacional es la que recibe todas las notificaciones de organismos internacionales y la que recoge la información de comunidades autónomas? ¿usted cree que eso está funcionando? ¿cómo debería funcionar?

Para el tema de los médicos centinelas no tengo palabras, lo bonito del nombre es lo de médico, y lo de centinela, usted me lo aclarará, pero creo que no ha funcionado.

Sobre el modelo asistencial, usted ha hablado de la reorganización de hospitales, de la mayor autonomía, profesionalización, etcétera. ¿A usted le parece razonable que los servicios de preventiva de toda la red de hospitales del país y los laboratorios de microbiología no tengan en este momento una interconexión entre todos y que salten las alarmas cuando están viendo en los servicios de urgencia, o la analítica que llega a Microbiología que estén llegando en un momento determinado, comparándolo con series históricas, muchos más casos de infecciones virales? igual que sabe que hemos

cambiado el tema de Pediatría, con la bronquiolitis, que se hacen ya muchas más pruebas, incluso en Primaria se hacen pruebas para ver si el virus respiratorio sincitial está presente o no. ¿Usted cree que eso está funcionando? Y, si no está funcionando. Podíamos haber hecho una ponencia de mejora del Sistema Nacional de Salud, pero estamos aquí porque estamos donde estamos, ¿no cree que eso sería lo primero que tendríamos que abordar en esta Comisión? Y ponernos de acuerdo, porque eso no es política, eso es modelo de prevención de enfermedades, modelo de detección de enfermedades infectocontagiosas, en fin, un modelo en el que tiene que participar, usted lo ha dicho, la atención primaria, he leído todas sus declaraciones de los últimos tiempos, coincidimos, la atención primaria tiene que tener un sistema de información y herramientas, si no es imposible, tiene que compartir la información con la atención especializada.

Otro tema que me gustaría que nos contestara. Dado que ese borrador de real decreto ley que va mañana al Consejo de Ministros, el consejo interterritorial lo remite a la Ley 40/2015, la Ley del Régimen Jurídico del Sector Público, ¿usted cree que simplemente remitiendo el consejo interterritorial al modelo de gobernanza que pueden tener otros consejos interterritoriales, se llaman conferencias sectoriales, eso va a mejorar la gobernanza del sistema?

Y tres preguntas muy rápidas, con permiso de la señora presidenta. ¿Qué nos ha pasado para que tengamos, por 100 000 habitantes, más contagios, más fallecidos y más sanitarios contagiados? Las explicaciones que se escuchan, y, dios los perdone, son variopintas, como que recibimos más gente que ningún otro país, hay que ver los datos de la OACI para ver qué países reciben mayor número de personas en el mes de febrero y marzo, no en el mes de junio y julio.

Le he escuchado una cosa muy interesante que no sé si ha dicho aquí, el tema de los pasaportes verdes y amarillos, de las medidas de control de la población contagiada, y si cree que las medidas de desconfinamiento, la comunicación a la población, los plazos para las mismas, el control de los pacientes COVID en los centros sanitarios son mejorables, o lo de las franjas, que creo que a usted le alucina y a mí también.

¿Qué valoración, desde el punto de vista ético, tiene con respecto a la información trasladada a la población sobre la gravedad de la pandemia, los plazos en los que esta información ha sido facilitada a la población en general, y a los sanitarios en particular?

La falta de EPI para los profesionales sanitarios, la transparencia en la información sobre los sanitarios contagiados, que hemos cambiado de metodología no sé cuántas veces, el baile de datos, y hablo especialmente de las personas fallecidas, ¿qué opinión le merece? ¿cree que esto genera confianza? Porque usted ha dicho una cosa muy importante al final de su intervención, es algo que va más allá del BOE, usted ha dicho: menos BOE y más Medline, que el Medline es tener una buena información en todo momento. Como director de Formación de la OMC, usted ha dicho en alguna ocasión la importancia de la formación de los profesionales y el reenfoque. Como usted sabe, en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias hay una figura que es la de las áreas de capacitación específica. Lo que me trasladan los compañeros de los hospitales en estos días es que ha habido un montón de clínicos que han tenido que ponerse manos a la obra a tratar pacientes COVID, ¿no le parece que sería necesario que hubiera un área de capacitación específica, tanto en enfermería como en profesionales, todos MIR, pero con una formación específica para el tratamiento de cualquier tipo de patología que pueda ser muy prevalente en cualquier momento?

Me encantaría preguntarle más cosas, por ejemplo, por qué no se integran ustedes, la Escuela Nacional de Sanidad y todo lo que tiene que ver con el Carlos III. Ya sabe que yo soy una defensora de las agencias, ¿por qué no se hace una reestructuración del Ministerio de Sanidad? Hay gente brillante, gente competente, hay mucha gente que podrían dar un cambio total. Cuenten con el Grupo Parlamentario Popular para esa gran trasformación que necesita el Ministerio de Sanidad, que necesita el sistema de salud pública y que necesita el conjunto del magnífico -par mí- Sistema Nacional de Salud que tenemos.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, la representante del Grupo Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Buenas tardes, doctor Repullo, bienvenido a esta Comisión de Reconstrucción Social y Económica de España. Estamos dentro del grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública, y ha sido tremendamente constructivo e ilustrativo escuchar su exposición, lamentando que no tengamos más tiempo para seguir escuchando sus aportaciones.

De toda su exposición me han surgido muchas preguntas. Voy a intentar resumirlas y concretarlas, a ver si puede contestar a todas.

Usted habla de gobernanza, me gustaría saber de qué manera se podría mejorar la gobernanza en nuestro sistema, si es necesaria una reforma de su arquitectura institucional y cuál sería una propuesta que nos pudiera trasladar aquí con alguna concreción.

Habló usted de residencias de mayores, ¿considera usted que en nuestro país hay una adecuada atención y coordinación sociosanitaria?

Saltando a la Ley de Salud Pública, me gustaría conocer qué propuestas podría plantear usted para mejorar e impulsar la salud pública en nuestro país, y si está de acuerdo en que es necesario desarrollar la Ley de Salud Pública de 2011, y cuál sería su propuesta al respecto.

Quisiera también profundizar en su opinión sobre cómo se debe asegurar una financiación suficiente y equitativa para la sanidad pública, y qué medidas nos propondría.

Ha hablado también de la atención primaria, ha dicho que es clave. ¿Qué medidas imprescindibles podríamos sacar hoy de aquí todos los que estamos sobre cómo debe reforzarse la atención primaria? Si nos puede sugerir alguna medida.

En cuanto a la equidad, ¿qué medidas o decisiones podría sugerir usted en cómo asegurar la equidad en la sanidad pública?

¿Cómo cree que debe ser el papel de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud?

Y, llamado a toda su experiencia y todo su recorrido profesional, ¿cuáles serían algunas prioridades que usted nos podría proponer para este grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública? Y lo mismo que en la atención primaria, algunas que nos podamos llevar de aquí todos después de escucharle.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, el señor Repullo tiene la palabra.

El señor **REPULLO LABRADOR** (profesor de la Escuela Nacional de Sanidad (ENS)): Gracias a todos y a todas. Vamos a ir rápidamente desgranando alguno de los comentarios, hasta donde yo pueda contestar.

Respecto a la temporalidad, evidentemente, la tasa de reposición, en realidad, es una irracionalidad que bloquea el funcionamiento normal de un servicio público. Es algo que no debió de ocurrir nunca, es una cosa absolutamente estrafalaria e irresponsable, y entra dentro de lo que he dicho, las autoridades económicas y de función pública meten las manos en este sector, luego pretenden que no tengamos listas de espera, que todo sea maravilloso, pero nos bloquean el funcionamiento cotidiano. Pero no es solo el problema de la tasa de reposición. Miren, el sistema de OPE consiste en la siguiente situación insólita, recolectamos todas las vacantes de un año, las comprimimos, las sacamos a OPE el siguiente, en el otro se hacen los exámenes, si hay un recurso pasa al otro, y si llega al quinto se anula por haber pasado los plazos. Esto lo ha hecho el enemigo, es obvio, esto es disfuncional, está pensado para no funcionar. Con pequeños retoques en el estatuto marco y una gran inversión en una gran estructura de *board* que permitiera ofrecer exámenes al Sistema Nacional de Salud, digo ofrecer, no imponer, porque este es otro tema, es que el estado de las autonomías parte de los estatutos, que tienen una fuerza legal muy grande. La ONT, como decíamos antes, no era obligatoria, porque no podría serlo, y, lo que es más importante, ni falta que ha hecho. Cuando se ofrecen recursos, servicios, cuando la administración central trabaja como una estructura de prestación de una arquitectura común de funcionamiento, quién no lo va a coger. El sistema MIR también es un sistema, que aunque está más blindado, desde el punto de vista de competencias, ofrece unas facilidades enormes y genera una estructura cooperativa.

Por lo tanto, respecto a trasladar el modelo, vamos a llamar voluntario o cooperativo de la ONT al mundo de la salud pública, habría que pensarlo, porque, en el fondo, las trasferencias de salud pública son muy fuertes, se hicieron muy temprano y, lo que yo creo que tiene en este momento el

Ministerio de Sanidad es ganarse un puesto para poder coordinar a otras personas. Lo que la gente no sabe, los funcionarios del ministerio son pocos, cobran menos y encima no tienen ninguna reputación frente a los funcionarios autonómicos o locales, ¿quién va a querer ir? El problema está en que sacan vacantes y no se cubren. Este es el problema real. Por ejemplo, si uno visita el Department of Health and Human Services de Estados Unidos, ve que los mejores funcionarios vienen después de haber hecho un ciclo de experiencia en los Estados, por lo tanto, es una promoción natural, y vienen cobrando un sueldo mayor, van a Washington, es el tope de su carrera, digamos que es un desarrollo meritocrático, aquí es todo lo contrario. Ese es el paradigma de las políticas públicas en España, queremos hacer una tortilla sin romper huevos, y, además, sin huevos, sin aceite y sin sartén. No, hombre, las cosas se tienen que hacer con medios para hacerlas.

En salud pública, si tuviéramos un centro nacional de microbiología o de epidemiología, enormemente avanzado, con una característica técnica distintiva, claro que sería más fácil tener un calendario unificado de vacunación, y mil cosas, pero no lo hay.

Lo de los médicos centinela. No tengo un conocimiento muy cercano del asunto, pero es una técnica que se utiliza para que una serie de médicos muestreados den alarma de enfermedades muy conocidas, la gripe se lleva de esa manera, y otras. El problema es que esta enfermedad se confundía al principio con la gripe, el problema es que este virus no existía hasta final de 2019. Pedir que un sistema muy sencillo, muy básico, de médicos centinelas detecte este tipo de cuestiones, no es fácil de esperar.

Del segundo bloque de preguntas, de Ciudadanos. Reaccionamos tarde, claro, eso es un hecho, hemos reaccionado tarde. Yo no voy a entrar en valoraciones de lo que pudo ser y no fue, no voy a entrar porque ignoro lo que pudo ser. Sé que ha habido un elemento de falta de preparación, que es

evidente, y algún elemento que pudo tener cierto componente de casualidad o de azar. Hay una epidemióloga británica y portuguesa, Inês Fronteira, que, cuando le preguntaron por qué COVID-19 había tenido mayor impacto en España e Italia frente a Portugal, decía: yo veo tres ventajas de Portugal para un mejor control de la pandemia, un contagio menos precoz que les permitió usar el conocimiento que se iba acumulando. Por lo tanto, un primer tema, si te llega un poco más tarde tienes una ventaja competitiva enorme. No tenían la dificultad de los estados descentralizados, esto es verdad, toda la sanidad de Portugal se dirige desde un punto. Y añadía: y se consiguió un importante consenso político y social. Por lo tanto, los tres elementos remaron a favor de una respuesta más efectiva.

Lo que planteabas, en caso de un rebrote. Hay dos formas de enfocar una epidemia, con medidas de distanciamiento físico, inmovilización, cuarentenas generales de la población, o por acción sobre las cadenas de contagio, que es selectiva. Cuando ya está todo el mundo contagiado en un lugar es prácticamente imposible, porque ya no sabes hacer un seguimiento de un caso, cuáles fueron sus contactos. Por eso es tan importante esto que hablamos ahora de los sistemas de control de casos y contactos, esto que llaman a veces rastreadores. Ya anticipo mi respuesta, evidentemente, parte de los rastreadores están en los departamentos de salud pública de las comunidades autónomas, porque además, si hay un brote en una empresa, o lo que ha pasado en Alemania, en Inglaterra o en Estados Unidos, que de pronto ha habido brotes en industrias cárnicas, que cuando es una empresa, o una oficina, o la planta 14 de un edificio hay que ir allí un montón de gente para hacer el trabajo, pero para los microbrotes domésticos, los médicos y enfermeras de atención primaria pueden recibir un suplemento de refuerzo de gente que les ayude a incorporar a estas personas en todos los trabajos de

control de enfermedades crónicas. Por eso digo, mejorarlo para la pandemia aguda e intentar reinvertirlos en los brotes crónicos.

La reserva estratégica ¿central o periférica? Es una cuestión de confianza. Si nos fiamos todos puede haber un almacén central y es mucho más eficiente, pero claro, no ha sido el febrero o marzo como para crear mucha confianza, pero habrá que crearla. O si no, tener un almacén central y otros subalmacenes autonómicos, yo creo que este es un tema importante, pero es un problema de confianza, técnicamente no hay ninguna duda, un sistema central de adquisición, logística, compra y distribución añade ventajas y baja precios. El problema es tener a quien comprar, porque el problema que hubo no fue de logística, fue de producción. Ahora las empresas nos hemos dado cuenta que hay una cosa que se llama cadenas globales de producción, donde cada país hace un componente de un proceso productivo industrial o de servicios. Había un componente de un medicamento importante que solo se fabricaba en un sitio del mundo, y el problema es que los países se robaban los lotes. Dices, bueno, nos ha pillado esta vez, vale, pero otra no nos puede volver a pillar. Tracemos todos los insumos estratégicos y decidamos. A ver, si fuéramos buena gente hablaríamos de una distribución europea, pero los que más nos han quitado lotes y se han llevado cargas preparadas para el embarque eran nuestros compañeros europeos. Yo diría que en suelo español tendría que haber una parte importante de esa estructura.

El consejo interterritorial. No he querido hablar de él, no porque lo deseche, yo creo que es fundamental, el problema está en que no es suficiente. Está, en cierta manera, obligado a ser una cámara de resonancia política e institucional territorial. Es muy difícil llegar a consensos y a acuerdos en él. Vale para crear un marco de gobernanza, pero, desde el punto de vista de este concepto moderno de buen gobierno debemos reubicar una

serie de funciones técnicas en estructuras que gocen de mayor autonomía y capacidad de gestión. Yo, particularmente, creo que debería haber una agencia del Sistema Nacional de Salud, con un comisionado, incluso elegido por el Senado, como un pequeño cortafuego al día a día, porque eso beneficiaría al propio ministerio y al propio ministro de Sanidad, le crearía un interlocutor técnico que tendría su capacidad para llevar los sistemas de información, los fondos de cohesión, etcétera.

Ana Pastor planteaba la idea de si mejoraría dando capacidad institucional adicional, que era un tema que Carlos Moreno había planteado muchas veces. Yo no creo que el problema del consejo interterritorial sea la capacidad jurídica para imponer decisiones, porque los estatutos están ahí, y marcan muy claramente lo que se puede hacer y lo que no se puede hacer. Sí creo en alguna cosa que podría ser muy interesante y que sería indicativa, que se votara y que se tomaran decisiones, aunque las partes pudieran no cumplirlas. De hecho, tenemos un ejemplo. En un momento determinado, el sistema de contabilización de listas de espera se aprobó en el consejo interterritorial, hubo una comunidad autónoma que decidió no hacer ni caso, vamos a ser piadosos y no ponerla, y tuvo que pagar un alto precio en esos tres o cuatro años que estuvo fuera del sistema de contabilización. Y, además, fue absurdo, porque tampoco tenía tan mal la lista de espera, simplemente se había comprometido a un objetivo descomunal, imposible de alcanzar y alteró todos los sistemas.

Yo creo que es importante que el consejo se posicione, que vote, y que cada cual se retrate ante su población, que sería lo más maduro.

Lo del MIR me lo voy a saltar, es un tema muy técnico y muy operativo, cómo se toman las plazas, si a distancia o presencial, y posiblemente cometería algún error desde el punto de vista del detalle práctico.

Las preguntas de Unidas Podemos. Imperfectamente articulados. Puede gustar más o menos la descentralización del Estado de las autonomías y de los servicios de bienestar, pero el genio se escapó de la botella y no va a volver a entrar, yo soy una persona muy práctica, para sufrir, lo justo, pero sí se puede reeducar al genio para que sus tendencias menos cooperativas se modulen. Por lo tanto, creo que, en este momento, parte del reto de gobernanza del Sistema Nacional de Salud es crear incentivos para que el comportamiento virtuoso cooperativo sea más fácil. Porque ahora no es así, vivimos en un excelente estado del malestar, donde todo el mundo puede perfectamente echarle la culpa a otro y se queda tan pancho, está todo trabado y no hay manera de avanzar. Lo que hay que hacer es repartir cartas de otra manera. Yo no creo que haya que modificar el marco competencial, pero sí hacer muchas más cosas en positivo, y por eso los fondos de cohesión. Fíjense en un ejemplo, en algunos países europeos existen fondos de coinversión para nuevos hospitales, tecnologías e infraestructuras, incluso en estados muy federales. Imagínense que hubiéramos tenido un fondo de inversión o de coinversión y que hiciera como hacía Feder con nosotros, si se le proponía una inversión absurda, no te la daba, si se proponía una inversión interesante, se cofinanciaba, en un porcentaje que iba en relación al interés y a la efectividad de esa inversión. Miren, de la gran mayoría de inversiones en hospitales que hemos tenido, con el mero de hecho de una agencia central con buenos arquitectos y planificadores, hubiera marcado con su coinversión la señal de excelencia, hubiera servido para quitarse de en medio muchas inversiones atolondradas o guiadas por la política local o municipal. La virtud no se hubiera conseguido, porque es imposible, pero con minimizar el ruido y la entropía ya hubiera sido suficiente. Por lo tanto, ¿qué cantidad debería haber en fondos finalistas u orientados a acción? No lo sé, honestamente, pero no puede ser un dinero de calderilla, tiene que ser

un dinero razonable, amplio, que tenga significado. Y yo creo que ahora, que se quiere reinyectar dinero en el sector es el momento para hacerlo, para dejar una parte asignada. Y no puede ser poblacional, tiene que ser vinculado a las acciones que se supone que hay que desarrollar. Tenemos un buen ejemplo, cuando la operación de salvamento de 2005, cuando las comunidades recién trasferidas en 2002 y en 2005 ya tenían una deuda enorme con Farmaindustria y con Fenin, la segunda conferencia de presidentes libro una cantidad importante, creo que la que era ministra entonces, Elena Salgado, se quedó una cantidad para el ministerio y de ahí el Plan de Calidad, y en él un programa muy interesante que era el programa de seguridad del paciente. Ahí nació, y en los seis, siete años que se desarrolló, pegó España un salto adelante enorme en esto. Si con un poco de dinero incremental se hacen milagros, lo que pasa es que no lo han tenido, no lo tienen.

Implicar a los profesionales en las decisiones. Obviamente. El argumento es: deja de gestionen y quítales conflicto de interés, porque cuando hay pocos conflictos de interés los profesionales se compartan de forma muy responsable. Cuando tienen la misión clara. La gente quiere salir bien en la foto, no quieren salir despeinados, la gente quiere hacer bien su trabajo, pero claro, si tienen un conflicto mañana o tarde, o con ensayos clínicos, o con enredos de aquí o de allá, los temas se empiezan a distorsionar.

Las preguntas de conflicto de interés que me dirigió Vox, yo no he actuado en esta época de asesor del Gobierno de España, ni de la Dirección General de Salud Público, sí soy miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, que no se ha reunido en esta etapa. Queda feo decirlo, pero habitualmente irrito con bastante frecuencia a personas de muchos colores e instituciones, aunque, hablando de declaración de conflicto de interés, soy

una persona de izquierdas, pero no me manifiesto en contra de la realidad o de los elementos de modernidad en la organización.

Temprana e inadvertida. Son hechos. ¿Por qué? No nos vino de China, posiblemente los estudios de clanes genéticos, de cohortes genéticas, parece de vinieron de muchos lugares, de Italia, con bastante frecuencia, no vinieron en pateras, vinieron en avión, y vino por gente que venía de partidos de fútbol, de reuniones de negocios en Milán, del mundo textil. Lo que ocurre es que esa pregunta, salvo interés científico para los virólogos, yo no sé si tiene mucho sentido. Supongo que políticamente lo tiene, porque, de hecho, está ahí todo el día, pero desde mi punto de vista no le podría contestar, porque la realidad es que, a veces, un caso genera un brote explosivo. Como lo que ha pasado en La Rioja, que hubo un brote explosivo que se controló bien, llegaron a tiempo de hacer controles de casos y contactos estrechos. En Madrid no se pudo controlar, porque, además, no sabíamos lo que era germen, que podía estar extendiéndose tres, cuatro o cinco días asintomático. Por lo tanto, lo que no se podía saber es muy difícil de aplicar en el ámbito clínico, en el ámbito de salud pública o en ámbito del control.

Vigilancia microbiológica de fronteras. Ya nos pasó con el anterior SARS. Hay un dibujo en el que se ve cómo se expandió globalmente. El problema es que la antigua sanidad exterior ha quedado rota. Si es que, la cantidad de vuelos que cada día cruzan los hemisferios, suben, bajan, vivimos en una aldea global... No sé en qué web era, si la de Johns Hopkins u otra, donde se veían las dinámicas de vuelos, todos los vuelos que hay en cada momento en el aire y de dónde a dónde van. Y esto nos obliga a replantearnos, los países tienen que ayudar, pero el control de fronteras empieza a ser un modelo muy imperfecto para el control de pandemias, hay que controlar en origen.

Creo que lo he contestado, el Ministerio de Sanidad abandonado, la unificación funcional. A ver si me explico bien, yo creo que la gestión descentralizada, el modelo autonómico aporta valor, lo voy a decir con claridad. Tengo los años como para haber estado en el Insalud, en el anterior modelo, y el Insalud nos dejó una herencia de desigualdades territoriales en dotación brutal, en Galicia había una infradotación enorme. Por lo tanto, la centralización no significa que se atiendan bien las necesidades locales. Dicho esto, también hay que decir que nos hemos balcanizado excesivamente, la cultura política se ha balcanizado. Por lo tanto, necesitamos reeducar al genio, y yo creo que esto lo podemos hacer con palancas, no solo financieras, que ayuden.

El sistema abierto y permanente, acabo de comentarlo, lo que ofrecería sería como los americanos hacen un *board* anual. Ofrecen un examen anual, bien hecho, invirtiendo dinero, porque cuesta mucho evaluar competencias y hacerlo bien, por todas las especialidades, incluso por las áreas internas de las especialidades. Y el que quiera, toma ese examen cada año, y puede mejorar puntuación al siguiente. Y cuando quede una vacante en un hospital o en un centro de salud, va con su nota y lo que se juzga localmente es su adecuación al puesto de trabajo, es la fase de concurso. Sabe que en la legislación funcionarial española tenemos el concurso-oposición, la fase de concurso, que es por méritos, y la fase de oposición que es por examen. Como hacen los *practicien hospitalières* franceses, hay un concours national y luego, si en Lyon hace falta un oncólogo concurren varios oncólogos, llevan su nota, hay un comité de credenciales y se nombra al mejor para ese sitio o para esa tarea. Algo que ocurre normalmente en Francia o en Reino Unido, en Alemania o en Suecia, no debe ser algo que vaya contra el sacrosanto mérito, concurrencia o capacidad, simplemente lo aplicamos de otra manera.

La libertad de elección es importante, sobre todo porque yo creo que está bien habilitada en el Sistema Nacional de Salud. En este momento la regulación de la libertad de elección del médico de familia y el pediatra de atención primaria está establecida. La de los especialistas es más complicada, y de eso habría que hablar un poco. Uno puede cambiar de hospital, sin necesidad del área única de Madrid. De toda la vida se ha podido mover, el problema es si el dinero, de alguna manera, sigue a los pacientes en una red que tenemos territorializada. Y este es un tema que hay que arreglar, obviamente. Porque, por ejemplo, en Madrid, algunos centros que reciben pacientes que no están en su población, tienen derecho a cobrar, pero si es al revés, quien cobra es la Consejería de Hacienda, no asigna nunca ese dinero al hospital. Si yo hago, 4, 10 o 50 caderas que no son de mi área, debería poder recibir, al menos, el coste variable de esa asistencia que hago, pero no recibo nada por ser un hospital público administrado. Estas asimetrías son un problema de mal diseño de funcionamiento.

Yo sí creo, sin embargo, que toda la libertad de elección para el paciente no significa que no deba hacer territorialización, que es una característica esencial de la sanidad española, porque lo que yo establezco es una situación donde los centros de salud saben cuál es su hospital de referencia, y entablan un diálogo que facilita la calidad, los protocolos, los modelos de trabajo, un poco las OSI, las organizaciones sanitarias integradas, todos estos modelos. Que el paciente luego quiere ir a otro lugar, bendito sea. No disciplinamos la demanda, organizamos la oferta. Esa sería la característica más relevante.

Respecto a los temas que planteó el Partido Popular, Ana, yo creo que esas agencias son muy aplicables. Ya sé que cuentan con muy poco aprecio del mundo funcionarial de Función Pública y de Hacienda, porque se piensa que son administraciones paralelas, para poner amigos..., por eso hay que poner también cortafuegos, si no nos creemos esa propia dinámica. Por lo

tanto, habrá que ser más rigurosos todavía en las agencias a la hora de establecer los mecanismos de dirección y de selección. La Ley de Salud Pública es un caso importante, tanto esa ley como la de 2011. Es curioso, establecía que había que crear un centro estatal de salud pública, decía: su disposición adicional cuarta, sin que pueda suponer un incremento de los créditos presupuestarios. Otra vez a hacer la tortilla sin romper huevos, sin huevos, sin aceite y sin sartén. No puede ser, nos hacemos trampas en el solitario. Lo hacemos y luego ya vemos cómo se financia, es que matamos todas las estructuras. A mí eso me enciende, como pueden ver ustedes. Pero claro, sería una agencia típica. El Carlos III tiene que volver a Sanidad. En el Carlos III hay dos estructuras, una es como el NAH, los institutos de salud, que son investigadores, y el CDC, el Center for Disease Control, y el CDC tiene que estar metido en la autoridad sanitaria, porque es parte de ella. Y la investigación en salud conviene que esté bajo el mismo techo que la sanidad, eso es así de claro, y lo ha sido en todo momento. Aprovecho para decir que dentro de aquella casa hay una estructura singular que es la Escuela Nacional de Sanidad, que va a cumplir su centenario y va a cumplirlo prácticamente con una plantilla diezmada, dentro de poco estaremos en la mitad de la que tuvimos cuando yo llegué a trabajar en el año 1992. Es un tema a rescatar.

Planteabas también el tema de medicina preventiva, microbiología y urgencias. A ver, las epidemias raramente las cazan los microbiólogos, las cazan los de urgencias y los clínicos. Pasó con el Sida, pasó con el síndrome tóxico. Algo pasa, se nota, y entonces es cuando se activa. Porque, obviamente, no vamos a tener anticuerpos frente a un virus que no hemos identificado y separado. Pero lo que dices es muy importante, y tiene que ver con los fallos, inteligencia de salud pública. Ya no podemos seguir como en la vieja época de rellenar un boletín, mandarlo, que lo mandas a la provincia, que se lo manda a la comunidad, que se lo manda al ministerio, no, por dios,

hay bases de datos. Por ejemplo, si tú introduces el dato en un laboratorio de microbiología, o en un centro de atención primaria, o en un hospital, alimenta una base de datos e, inmediatamente, se comparte por todos. Yo creo que este es un campo que no se ha hecho. ¿Y por qué no se ha hecho? Porque falta músculo en el ministerio, falta cerebro y músculo. Hay gente muy buena, pero... Si supieran ustedes lo extenuados que están nuestros compañeros de allí, están extenuados, han trabajado en un nivel de saturación...porque es que la plantilla no sé si es la mitad de la que había hace quince años, pero es muy posible. En todo caso, esta es la realidad. Toda la razón, la inteligencia sanitaria es el siguiente reto. Hay una imagen donde se veían los zapatos de un epidemiólogo de campo, gastados. Hace falta gente que patee las calles y hace falta gente que sepa interpretar bases de datos de forma moderna y actualizada.

Los pasaportes. Es una pena, pero el problema está en que la IGG no vale para saber quién está inmunizado, por cuánto tiempo. Esta locura que nos ha entrado de pasar poblaciones enteras haciéndole test es un despilfarro directo, lo han dicho todos los expertos, lo que pasa es que los ayuntamientos están enamorados de hacerle analíticas a toda la población. Decía un amigo mío valenciano que es el derecho de todo alcalde a su cuota parte de despilfarro. Es absurdo, no se lo recomiendo, pero supongo que, si no hay fiestas de verano ni festivales de otoño, es una buena manera de invertir.

Franjas. Es evidente, ha habido un nivel de improvisación importante, porque nunca se había hecho. Yo creo que lo lógico es que se vaya afinando.

Un tema que escuché en la pasada ponencia, que si el sistema de desconfinamiento nos puede valer para confinamiento por fases. Posiblemente sí. Yo no creo que hubiera en el caso de España, tal como estábamos en marzo, muchas posibilidades alternativas al cerrojazo general

y para todos. Creo que no. Ahora sí, ahora hay posibilidades de hacer una vigilancia más selectiva.

El marco ético es un marco muy complicado. Yo no sé cómo juzgarlo, es muy difícil, la sensación que tienen nuestros compañeros médicos, la que tienen las enfermeras, la que tienen los trabajadores de servicios sociales, es tan duro lo que ha pasado. Y, por otro lado, va a haber una ristra enorme de demandas judiciales, y yo creo que van a acabar pagando justos por pecadores, como suele ocurrir cuando se judicializa excesivamente. En todo caso, este tema está en el debate general. No soy particularmente un bioeticista, pero tengo la sensación de que esto va a pasar factura, y espero que, al final, haya cierta proporcionalidad.

La formación de profesionales, las áreas de capacitación específica, las pasarelas, todo lo que planteó en su día la LOP, la Ley de Ordenación de Profesiones, que es una de las leyes importantes que se produjeron en 2003, cuando Ana Pastor estaba de ministra. Yo creo que el único problema es que se han formulado y no se han hecho. Y luego el otro problema, es que tenemos un sector sanitario donde nos hemos acostumbrado todos a balcanizarnos también por especialidades, y la capacidad de mediar y de hacer transacciones es complicado. En todo caso, sí parece que, en este momento, tanto las áreas de capacitación específica como las pasarelas, deberían ser útiles para activar. En el debate que ha habido en el ministerio yo he terciado por un tema que a mí me parece importante, si alguien quiere convertirse en especialista de un área nueva, el problema no es tanto si es fácil hacerlo, sino quién financia y cómo se financia ese tiempo que tienes que estar en otro lugar. Yo creo que el Sistema Nacional de Salud, lo mismo que en su día había las becas del FIS o las becas de ampliación de estudios, debería tener una consignación presupuestaria para que si alguien quiere ir a aprender una técnica, lo pida y que tenga una consignación que valga para

que vaya y para que se reponga en su hospital o en su centro de salud a la persona que le va a suplir. Ahora existe, pero es de tapadillo, y habitualmente pagado por una entidad comercial, con lo cual ya seguimos aumentando favores y conflictos de interés. Yo creo que algo me he dejado, pero voy a ir cerrando.

Lo que planteaba el Grupo Socialista. La gobernanza es un área muy interesante de trabajo de la moderna sociología y politología. Hay un libro reciente, de gente del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios, donde se habla de una matriz, que llaman TAPIC (Transparencia, Responsabilidad, Participación, Integridad y Capacidad). Son cinco vectores, razonablemente autónomos que dan herramientas para que los sistemas puedan prevenir conductas que alteren su comportamiento. También la llaman algunos autores el Sistema de Ulises. Ulises, cuando iba a atravesar el mar de las sirenas ordenó que le ataran al mástil y que toda la tripulación se tapara los oídos con cera, y por ningún motivo le quitaran las ataduras, dijera lo que dijera. Atravesó el mar, él escuchó el canto de las sirenas, pero no pudo saltar del barco a por ellas, porque se había impedido a sí mismo hacer eso. Por lo tanto, son medidas que tomamos porque sabemos cuál es la debilidad. Por eso los cortafuegos son importantes.

Financiación suficiente y equitativa. Obviamente. Acabamos de recuperar el gasto sanitario público que tuvimos, en 2009, los hospitales, mientras tanto, han crecido un 12 y la primaria ha bajado un 3. Estos desequilibrios para un precio.

Equidad en salud pública. La equidad, fundamentalmente, depende de los determinantes de la salud, el sistema sanitario español es razonablemente equitativo al ser muy accesible. Pero, por ejemplo, el efecto de la crisis económica, y hablo de uno de los informes de SESPAS, sobre la pobreza infantil se va a notar a medio plazo. Estos factores sociales no actúan en un

corto plazo, y la inversión en salud en los primeros años de vida de los niños y las niñas es muy importante.

Pacientes en el Sistema Nacional de Salud. Yo creo que en la gran tarea del abordaje de pacientes hay una parte que está muy conocida, que es el tema de la participación, la codecisión, la libertad individual, el consentimiento informado; esa parte está bien planteada, aunque me temo que no está gestionada con mucha convicción, los papeles de consentimiento informado se reparten de cualquier manera, etcétera. Pero hay una parte más importante, que es la medicalización del malestar y la medicamentalización del malestar. En este tema todos estamos colaborando, no debería salir nadie diciendo que hay que mirarse los huesos con un test o con una prueba que mire a ver si necesitamos calcio o no, hacer un poco de caso a las recomendaciones de cribados, a las recomendaciones de salud pública que vienen de gente muy seria y que ha currado mucho.

Prioridades de la Comisión. Yo creo que es un problema de síntesis, no de análisis, es un problema de lograr pocos mensajes, claros, y que sean internamente consistentes. Una ventaja que tuvieron Fernando Abril y Enrique Costas cuando hicieron el Informe Abril de 1991, que yo compartía en parte aunque otra parte no me gustaba demasiado, pero había que aceptar que tenían una narrativa, que dicen ahora, un relato que era convincente. Eran informes de autor, y eso se nota, los informes de autor permiten que haya algo que decir, y yo creo que lo fundamental, más que las medidas que se puedan encontrar aquí, es si se pueden engarzar, si pueden ser la trama o la urdimbre de un relato que pueda volver a dar a la gente una sensación de futuro y una sensación de que vamos a trabajar en esta perspectiva.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias a usted, señor Repullo. Muchísimas gracias por haber aceptado la invitación a este grupo de trabajo de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica y muchas gracias por todas sus aportaciones.

Se levanta la sesión.