

**TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO**  
**SANIDAD Y SALUD PÚBLICA**  
**COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y**  
**ECONÓMICA**  
**SESIÓN N.º 5, CELEBRADA EL MARTES**  
**9 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 DON EMILIO BOUZA SANTIAGO, FUNDADOR DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS. MIEMBRO DEL CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR DE LA FUNDACIÓN GADEA CIENCIA.**

**-DE DON MANUEL BALCELLS I DÍAZ, PRESIDENTE DEL CONSELL ASSESSOR DE SALUT.**

La señora **PRESIDENTA**: Buenos días. Si les parece, vamos a comenzar y vamos a ser puntuales y diligentes, porque el Pleno de la Comisión de Reconstrucción hoy se ha adelantado a las once y media, por lo

tanto vamos a intentar que las dos comparencias que tenemos en el día de hoy las podamos hacer en estas dos horas y media.

En el orden del día de la sesión de hoy contamos con la celebración de dos comparencias, la primera la de don Emilio Bouza Santiago, al que sin más le quiero agradecer su presencia hoy en este grupo de trabajo, y le doy la palabra. Muchísimas gracias, señor Bouza.

El señor **FUNDADOR DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS. MIEMBRO DEL CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR DE LA FUNDACIÓN GADEA CIENCIA** (Bouza Santiago): Me llamo Emilio Bouza Santiago, tengo 73 años y trabajo en hospitales desde los 18, no he hecho otra cosa realmente en mi vida. Soy catedrático emérito de la Universidad Complutense, he sido fundador de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas, y desde 1984 hasta mi jubilación he sido jefe del Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón. Sigo trabajando en ese servicio en calidad de emérito asistencial de la Comunidad Autónoma de Madrid. Y lo que quería antes de nada es darles las gracias por la distinción que supone para cualquier persona el que ustedes me distinguan considerando mi opinión como potencialmente útil para las deliberaciones que haga la cámara.

Entiendo que de las muchas cosas que se pueden hablar en sanidad, lo que ustedes piden de mí es que hable de lo más reciente, de la infección por SARS tipo 2, de coronavirus, y de las consecuencias que esto ha tenido para el sistema sanitario.

Les he hecho una presentación por escrito pero he dividido mis reflexiones en tres bloques: lo que yo considero que son deficiencias

estructurales del sistema (se me han ocurrido diez puntos, sobrarán o faltarán algunos); un segundo bloque con otros diez puntos de lo que yo creo que son los aspectos negativos, los errores que a mi juicio hemos cometido durante la pandemia; y un tercer bloque, con otros diez pensamientos de las conclusiones y las derivadas positivas que siempre salen de toda crisis, y que entiendo que estamos aquí para sugerir soluciones, y no para lamentarnos de lo que ha ocurrido.

Al final de esos tres bloques se encontrarán en su documento una serie de pequeños comentarios que no son otra cosa que las revisiones de la bibliografía que yo semanalmente he ido entregando desde enero a mis compañeros jóvenes del hospital, para hacerles la lectura de lo que surgía más fácil les he hecho una especie de *newsletter*, y me ha parecido que podría ser interesante para ustedes tener eso, ver la aportación esencial de cada artículo y tener la referencia correspondiente de manera; que el volumen de las páginas no es el de mi intervención, es el de esas conclusiones.

Así que sin más, si me lo permiten, paso a listarles lo que considero algunas deficiencias de base de nuestro sistema sanitario en este momento.

Mi primera reflexión es: llevo más de cuarenta años trabajando en un hospital. He trabajado en la Clínica Puerta de Hierro, he trabajado en el Hospital de la Universidad de California, he trabajado en el Ramón y Cajal y he terminado mi carrera profesional en el Gregorio Marañón. En ninguno de esos hospitales se me ha sometido nunca a participar en un gran plan de emergencias. Nunca he vivido que nadie me haya dicho “tenemos que practicar este plan de emergencias”. No dudo que existen en cajones planes de emergencias, pero reales, existentes, y no me refiero solo a catástrofes causadas por la infección, las hay causadas por agentes químicos, físicos, terroristas, lo que queramos.

El segundo aspecto que me parece estructuralmente deficitario de nuestro sistema es que está muy compartimentalizado. Si ustedes toman la medicina primaria o la de familia, los hospitales, la salud pública, la epidemiología, la sanidad exterior, la sanidad militar, son demasiado mundos independientes. Y el flujo de información entre ellos, a mi juicio, es deficiente.

Durante años, y ese es mi tercer punto, se ha minimizado la importancia de especialidades como la microbiología y las enfermedades infecciosas. Decía una de sus señorías hace un momento que en parte por la expresión de una persona muy querida y respetada, y más en mi hospital, don Gregorio Marañón, al que los últimos años de su vida alguien le preguntó “¿qué cree usted que va a causar esto de los antibióticos?”. Dijo: “Va a revolucionar la patología médica y van a desaparecer algunas especialidades.” –“¿Como cuáles?, don Gregorio”. –“Como las enfermedades infecciosas”. Todo sabio mete la pata una o más veces en su vida, y don Gregorio seguro que esto hoy lo lamentaría.

Muchos hospitales de España no tienen servicio de microbiología y han de referir las muestras a laboratorios centrales, muy a menudo alejados de los hospitales, que convierten ya una técnica rápida en una técnica lenta por razón del espacio, y que esto en los últimos ha impedido muchas veces el contacto directo entre facultativos. La externalización de la microbiología, a mi juicio, ha sido un profundo error.

La especialidad de enfermedades infecciosas, de cuyo primer proyecto, llamado entonces “acreditación en enfermedades infecciosas”, soy autor, sigue más de cuarenta años después sin ser aprobada en nuestro país.

Quinto: no conozco un plan de bioterrorismo eficiente. Como jefe de un servicio de microbiología, en mis cuarenta años de jefatura de un gran hospital

de Madrid nunca he tenido una discusión sobre bioterrorismo, sobre qué hay que hacer, sobre qué técnicas, sobre con quién. No dudo que exista ese plan y que alguien lo habrá escrito. No es un plan realista en este país.

Los planes docentes de las especialidades están muy excesivamente confinados a las especialidades y marginan mucho la formación en aspectos que debieran ser comunes. No es fácil, ni siquiera en este momento, formar equipos multidisciplinarios en un hospital. Y ya hemos comprobado, por ejemplo, en esta crisis que son muy pocos los médicos que saben intubar pacientes. Lo saben los intensivistas y los anestesiólogos, pero intubar a pacientes, pues nadie nos ha reentrenado. Yo lo he hecho unas cuantas veces en mi vida, pero en los últimos diez años, ninguna. Por tanto, creo que hay que modificar los planes docentes, luego lo comentaré.

La coordinación y el trabajo conjunto entre médicos y enfermeras, que surge de modo natural entre ambos colectivos, ha venido siendo dificultado por intereses gremiales malentendidos en estas últimas décadas.

Octavo: la selección de profesionales para el sistema sanitario, bajo la apariencia de una enorme transparencia, se ha deteriorado, postergando las competencias profesionales a las de otro tipo. Los profesionales ven mermada su independencia profesional con situaciones de temporalidad en el empleo y precariedad, en las que la administración del Estado da el peor de los ejemplos.

La fragmentación del sistema sanitario en distintas autonomías hace muy poco atractivo el flujo entre profesionales que antes enriquecía los hospitales del país.

Y finalmente, las ayudas a la investigación se han burocratizado tanto que hacen la investigación extraordinariamente poco atractiva para los

jóvenes. Hoy sigue valiendo la frase, me parece que era de don Severo, de que “investigar en España sigue siendo un calvario”.

Estas serían, un poco, diez ideas que quería poner encima de la mesa. Ustedes querrían escuchar algunas más específicas de esta pandemia.

Primer aspecto, primer punto: hemos aceptado que se trataba de un brote de coronavirus parecido a los anteriores, y que iba a comportarse como los anteriores. Hemos pensado que se limitaría a China y que impactaría muy poco en países occidentales. No sé si eso lo ha pensado todo el mundo, pero casi todo el mundo, y desde luego todo el mundo que conozco en España. De manera que ese es un *mea culpa* que todos, como miembros del sistema sanitario, creo que debemos entonar.

La estrategia nacional es una estrategia tomada de la experiencia del ébola: hay pocos casos, van a ser muy localizados, se pueden tratar en un solo centro. Se asume que estos problemas no se expanden y se confinan. Hemos sobrevalorado nuestra capacidad de confinar un brote. En febrero se nos dio la orden de que cualquier paciente que pudiera venir, se mandasen las muestras al Centro de Salud Carlos III. Afortunadamente la Comunidad Autónoma de Madrid no creyó en esto, llamó a sus microbiólogos y nos entrenamos cuatro grandes hospitales en hacer test de PCR, de tal forma que a finales de febrero estaban listas y pudimos afrontar el aluvión que se venía encima.

Desde que el virus apareció en Italia, y ya con evidencia de transmisión de persona a persona, en mi opinión hemos perdido un tiempo precioso, no inferior a diez días, en reaccionar adecuadamente en España.

En mi institución, y lo conozco muy bien porque estoy escribiendo este artículo, el primer paciente con COVID se diagnosticó e ingresó en el hospital el 1 de marzo. El día 10 había 100 pacientes con ese diagnóstico en mi hospital. De esos 100 pacientes –eso estaba ocurriendo en cualquier otro de

los hospitales grandes de España– fallecieron 23. Cuando he mirado qué les pasaba a los 23, 20 de los fallecidos tenían más de 75 años. Y los 3 que tenían menos tenían gravísimas enfermedades de base (cáncer metastásico terminal, leucemia, síndrome de Cushing, etc.); de manera que esto ha afectado de una forma particularmente grave, y lo saben ustedes, a los pacientes mayores o muy mayores.

Hemos sufrido las deficiencias en el aprovisionamiento de material, no solo de equipos de protección individual, también de reactivos de laboratorio, pese –en la experiencia ya mía profesional– a los esfuerzos enormes de la Comunidad Autónoma de Madrid en proporcionarnos esos reactivos en el laboratorio y esos materiales que, con limitaciones y apuros, no han faltado nunca en nuestro centro.

La epidemia ha puesto de manifiesto que la formación de muchos especialistas –ya lo he dicho antes– es demasiado estrecha y que en áreas como los cuidados críticos, que deberían ser de dominio general para más especialistas, había muchos cirujanos que no podían echar una mano en intensivos porque ellos tampoco sabían intubar.

Los servicios de microbiología de la mayor parte de los hospitales españoles, o no existen o no tienen un régimen de 24 horas, siete días a la semana. En ellos se escatiman las técnicas más vanguardistas, confundiéndose con frecuencia por los gestores locales el precio de los reactivos con el coste de los procesos. Estamos todo el día peleando para tener técnicas rápidas; las técnicas rápidas ahorran dinero, cuestan un poquito más, pero ahorran dinero en la partida. Pero como la partida es de cada hospital y el mérito está en ahorrar, pues los recursos no están disponibles.

La epidemia ha puesto de manifiesto la falta de los adecuados servicios en las residencias de ancianos. En este momento me encuentro haciendo el

estudio de las residencias de ancianos del área Marañón, he asistido físicamente ya a unas diez residencias. Tenemos datos de más de 2000 ancianos y de sus empleados, y hemos podido vivir muy directamente el problema.

Desde que me jubilé he puesto en marcha un proyecto, que se llama el proyecto Senex, que consiste en tener un contacto de infectólogos con los geriatras para dar una mejor asistencia en la infección. Es decir, no trabajamos con los geriatras desde la epidemia, trabajamos muy especialmente desde hace unos años con ellos.

Finalmente, muchos de los servicios destinados a coordinar la investigación no han sido capaces de reaccionar adecuadamente siendo capaces de hacer protocolos que nos permitieran hacer ensayos clínicos rápidamente, como han hecho otros países, y dar respuestas más rápidas.

Me dirán ustedes: ¡qué visión tan negativa! Bueno, en un gallego tampoco les tiene que sorprender absolutamente nada, pero tengo una positiva, y la positiva he tratado de plasmarla también en diez puntos: qué cosas creo yo que debemos utilizar de lo aprendido.

Uno, la capacidad de entrega del personal sanitario ante esta crisis, yo creo que no necesita ser recalcado. Todo el mundo, que lo he vivido de cerca, ha dado lo mejor de sí mismo y sin medida alguna. Yo, desde esta crisis tengo mucha mejor opinión de mis compañeros médicos jóvenes. Me ha impresionado la entrega de ellos. Han luchado con absoluto desprecio por la seguridad personal, como decía Hugh Thomas en el comienzo de la guerra civil española. El sentimiento de la unidad en el mundo sanitario, yo creo que debe ser potenciado e independizado de intereses espurios. Yo nunca he visto llevarse mejor a la gente en el hospital y menos conflictos interpersonales que

durante esta crisis. No he presenciado ninguno. Pronto empezarán, pero no he presenciado ninguno.

Los hospitales han respondido con una capacidad de readaptación magnífica, se han multiplicado de la noche a la mañana las camas y las plazas en UVI. Sería bueno que esto no se dejase a la improvisación y quedase plasmado en planes de contingencia ya establecidos. Si hemos hecho tubos para portar oxígeno a la biblioteca del Gregorio Marañón, que se ha convertido en una UVI, volvamos a convertirla en una biblioteca, pero dejemos los tubos y dejemos el lugar.

Está claro que estamos expuestos a crisis de gran dimensión, que ocurren en cualquier parte del mundo, de causa natural o provocada. Se viene diciendo hace muchos años, pero no nos lo hemos creído: no hay enfermedades locales. Es necesario dotarse, por tanto, de un gran centro nacional coordinador de emergencias, o reformar claramente los existentes.

Cuatro: no podemos seguir dependiendo como nación de un solo proveedor de bienes de consumo sanitario. Es vergonzoso lo que hemos visto. Es necesario potenciar la industria propia, no es posible que no haya más que un proveedor mundial de mascarillas. Esto, ¿a quién se le ocurre? Pero lo hemos vivido.

El sistema de formación de especialidades médicas tiene que ser, a mi juicio, revisado a favor de una formación en temas básicos más común y de más amplitud, y por tanto quizá renunciar un poquito a la superespecialización en base a la generalización de algunos conocimientos que se consideren estructurales. Y las universidades no deben ser ajenas en sus planes de formación de graduados a hacer las modificaciones curriculares que todo esto sugiere: menos información ultraespecífica, más formación básica y entrenamiento básico común a todos.

El Estado no puede tener a miles de profesionales sanitarios, necesarios por otra parte, en subempleo y en la precariedad laboral. Tengo muchos compañeros con 50 años, magníficos microbiólogos, que nunca han tenido un contrato permanente fijo. Y alguno puede llegar a jubilarse en esa situación.

La telemedicina ha demostrado particularmente en esta crisis que necesita ser incorporada plenamente a nuestro sistema de salud, y que el sistema tiene que reorganizarse con esta herramienta. Hace unos años monté un sistema de telemedicina para asesoría, desde que me jubilé, en patología infecciosa a facultativos que lo necesitan. En esta crisis una de mis actividades ha sido hacer un seguimiento telefónico y telemático a mis compañeros infectados del hospital Gregorio Marañón, en unos momentos en que se encontraban sin asistencia, enfermos y en casa. Para que se den una idea, 8200 empleados en el Gregorio Marañón, 1088 paciente seguidos en mi consulta. Se ha infectado uno de cada ocho, y les hemos dado asistencia telemática. En un momento determinado, cuando no había posibilidad de ingresar a más gente, se mandaba a muchos pacientes en casa desde urgencias; no había forma de darles una cobertura. He asumido la policlínica telemática de los pacientes que se daban de alta. Hemos visto 800 pacientes con diagnóstico de COVID enviados a casa, sabiendo que si se encuentran bien, si tienen que venir, yo creo que la telemedicina tiene ya que incorporarse sin ningún lugar a duda a los planes de trabajo de los hospitales.

Las residencias de ancianos tienen que tener, privadas o públicas, una conexión fluida y real, tanto con la medicina primaria como con la hospitalaria. Los conceptos de prevención de la infección hospitalaria existen muy escasamente en las residencias de ancianos. Lo que ya sabemos, cómo se hace la higiene de manos, cómo se previene una transmisión, cómo se cuida una sonda, yendo a visitar las residencias no es algo extendido. Este proyecto

que estamos haciendo tiene un componente docente también en la medida que podemos, pero nos damos cuenta de que no es solo un problema de COVID; lo que nosotros estamos haciendo (si luego tienen ustedes interés, lo comento) es clasificar a los ancianos en su relación con COVID, saber si son activos, son ya pasivos (han pasado la enfermedad) o son, digamos, expuestos o naíf, y hacer lo mismo con el personal sanitario. Y luego, permitir que con eso se puedan estructurar los grupos en las residencias. Yo creo que tiene que haber una gran revolución de control de la infección en esto. De hecho, hace más de medio año nuestro grupo pidió un FIS: ¿qué era eso? Una especie de estructura de consultoría sobre patología infecciosa para las residencias de ancianos de Madrid, con instrucción. Todavía no nos han contestado.

Y finalmente, el sistema de salud europeo y español tiene que incorporar al sistema –yo creo– a dos poblaciones de riesgo, no sé exactamente cómo, pero esas dos poblaciones son inmigrantes y turistas, en una idea de la prevención de algunas enfermedades de importación.

Hasta aquí es la parte que he hecho de exposición, y a partir de ahora estoy a su entera disposición.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias. La verdad es que muy interesante, y además estaba mirando ahora la documentación que nos había aportado, y muy completa toda la parte de la bibliografía. Muchísimas gracias por sus aportaciones. A partir de ahora tienen la palabra los representantes de los grupos parlamentarios para que usted les pueda contestar.

En primer lugar, por el Grupo Euskal Herria Bildu, por favor.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Muchas gracias, buenos días. La verdad es que es una suerte contar con usted aquí, con su experiencia.

Y le he estado escuchando y he estado diciendo: bueno, y ahora de aquí a dos meses, ¿qué nos va a dar tiempo a preparar? Digo, estaba pensando en el corto plazo, en el medio plazo y en el largo plazo. Según decía, hemos marginado la microbiología. Lo mismo he estado leyendo en estos días de compañeros suyos de la Universidad de Grenoble y de Burdeos, que tienen equipos de investigación de microbiología potentes, han tenido, y se les recortaron los presupuestos. Digo, no es por conformismo nuestro, pero es una cuestión europea también, porque creo que también, por transmitir una preocupación que tenemos en ese sentido, la necesidad también de coordinar a nivel europeo los esfuerzos, que me parece bien que hay que coordinar a nivel estatal, pero también esa visión europea. Porque esta infravaloración que hemos hecho de la microbiología en los últimos años no es una cosa que haya surgido del doctor Marañón, sino que creíamos que en Europa estábamos a salvo de estas cuestiones, como muy bien ha explicado usted.

Y entonces, una pregunta solo: me ha parecido todo muy importante, pero desde el punto de vista práctico es, cara a las residencias, cara a los servicios de personas mayores, cara a esta actuación de clasificación, de intervención por grupos, cara a tener esa conexión entre la medicina comunitaria y la atención a la tercera edad, cómo interrelacionarla y poder actuar en septiembre, qué consejos, cómo podríamos actuar. Le voy a hacer solo esa pregunta porque me parece, desde un punto de vista egoísta de cómo poder...

**El señor FUNDADOR DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS. MIEMBRO DEL CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR DE LA**

**FUNDACIÓN GADEA CIENCIA** (Bouza Santiago): Me parece muy pertinente. Vamos a ver...

La señora **PRESIDENTA**: Disculpe, ¿le parece que...?

El señor **FUNDADOR DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS. MIEMBRO DEL CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR DE LA FUNDACIÓN GADEA CIENCIA** (Bouza Santiago): ¿Al final? Bueno, yo lo voy apuntando. De memoria no sé si me acordaré, pero si no, me lo recuerda. Lo tengo apuntado, perfecto.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. A continuación, la representante del Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Buenos días, y gracias, señor Bouza, y buenos días a todos también. Muy interesante, efectivamente, la exposición que ha hecho, y la documentación que nos ha aportado será de mucha utilidad para nosotros, con propuestas concretas. Compartimos que la medicina ha venido para quedarse y para desarrollarse, no solo para quedarse, sino para que no se nos olvide que tenemos que hacer una apuesta para desarrollarla. Que el modelo de residencias tiene que modificarse, o sea tiene que servir para espabilar y alterar todo el modelo que está. Que la precariedad laboral, estos días estamos abordando y se está abordando mucho de la situación; es cierto que probablemente la instauración de las tasas de reposición como consecuencia de la crisis de 2008 ha empeorado radicalmente la situación, pero usted nos ha expuesto un caso de

alguien de más de cuarenta años de carrera profesional y que sigue en esa situación, y evidentemente eso es algo que un sistema sanitario sólido no debería permitir, no es algo razonable, y que debe abordarse.

Usted decía que no conocía un plan de bioterrorismo eficiente y que de forma natural o provocada en laboratorio hay que responder de alguna forma. Yo estoy de acuerdo con que pensábamos que en Europa, en occidente, estábamos a salvo de este tipo de epidemias, pandemias, desde mitad del siglo XX parecía que ya se habían resuelto las enfermedades infecciosas y que estábamos a salvo, pero lo cierto es que haciendo un repaso de las enfermedades infecciosas, en los últimos veinte años apenas ha habido dos años de tregua: en 2002 síndrome respiratorio agudo severo SARS-CoV, en 2004 un coronavirus del sudeste asiático, en 2005 la gripe aviar, en 2009-2010 la gripe A, en 2011 fiebre del Nilo... Bueno, si vemos, vemos que es algo muy presente. Y usted decía: no hay enfermedades locales, tenemos que dar una respuesta de otra dimensión. Y nuestro planteamiento es: ¿esa respuesta tiene que ser, se tiene que circunscribir a la respuesta estatal?, porque estamos hablando de una pandemia que por definición supera las fronteras de los Estados, y por tanto, ¿no cree usted que sería más acertado dar esa respuesta desde entes, desde organismos supraestatales? Usted estaba diciendo, no sé, si el ECDC es el que tendría que reforzarse; también habría que hacer un análisis de qué es lo que ha pasado con los planteamientos de la OMS. ¿La ECDC ha funcionado lo suficiente? ¿La respuesta europea ha sido la acertada o se ha puesto de perfil en una crisis sanitaria de esta envergadura? Nosotros consideramos que ahí hay que afianzar esa apuesta. Y estamos totalmente de acuerdo con usted, y desde nuestro grupo ya hemos insistido para que el Gobierno se ponga a ello, en que no puede seguir estando, por ejemplo, la especialidad de enfermedades infecciosas sin reconocerse como especialidad,

y sí que se incluya como especialidad reconocida dentro del planteamiento de formación MIR.

Sin más, gracias por la explicación dada.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **DÍAZ GÓMEZ(?)**: Muchas gracias, presidenta. Gracias, doctor Bouza, por la exposición. Le reconozco que yo tenía muchas expectativas con su intervención y se han visto... han ido más allá, y con la documentación que nos ha pasado, porque en todo este periodo, lo que he descubierto –esto a nivel personal– es el trabajo tan bonito que tiene usted, porque combatir o conocer el mundo microbiano, para mí, para alguien que era lego en la materia, cuando pase esto creo que seguiré haciéndolo, no será una moda pasajera, creo que también estaría bien extender la formación científica en unos estándares básicos a toda la sociedad, levemente, o sea, que la divulgación científica es muy importante, parece que no, pero es muy importante a la hora de asumir todo esto y evitar alarmas o relajaciones extremas. Pero con respecto a lo que nos ha venido diciendo, la documentación que usted nos aporta me la voy a estudiar encantadísimo, igual hace referencia o no, porque no he podido verla en su totalidad, ¿pero cómo cree usted que todo este periodo ha podido afectar a la resistencia bacteriana, porque por lo que he leído estos días ha habido que utilizar medicamentos de fondo de armario, y que posiblemente no se hayan seguido, con toda lógica por la situación en la que nos encontrábamos, los protocolos que intentan evitar que las bacterias se hagan resistentes. Porque tenemos que por combatir

un virus podemos haber fortalecido a las bacterias. ¿Cree usted que habría que modificar el plan de resistencia bacteriana en este periodo?

Y qué opina usted también sobre los planes de vacunas que vienen, en qué aspecto los modificaría usted, si cree que esta pandemia puede tener una incidencia sobre nuestros planes, o debe tener una incidencia sobre nuestros planes de vacunas a futuro.

Bueno, ya se lo ha dicho un portavoz anterior: a mí, el proyecto Senex, le agradezco que no pare, que no pare usted y que ponga en marcha iniciativas de este tipo; yo creo que ha dicho todo lo que se puede decir en una comparecencia que dura estos minutos, pero si pudiera incidir o quiere añadir algo sobre el proyecto Senex, yo estaría muy agradecido porque está claro cuál ha sido la población más dañada por esta pandemia.

Y por último, una última pregunta: ¿usted cree que lo que ha ocurrido tiene una razón biológica? Es decir, la zoonosis o lo que está... ¿Ha habido algún cambio en el comportamiento de las personas que ha facilitado esta pandemia, o se debe a que estamos mucho más interconectados?, ¿o es una fusión de ambos factores?

Y por último, destacar, y esto es labor nuestra, que la precariedad laboral en el personal sanitario no solo hace daño a las vidas personales y a los proyectos vitales del personal sanitario, sino que hace daño a la propia eficiencia del sistema, que es una cuestión que me gustaría destacar también, que sería una cuestión no solo de interés personal, que es muy lícito, sino de interés general.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Por el Grupo de Junts per Catalunya.

La señora **CAÑADELL SALVIA**: Hola, gracias, presidenta; buenos días, señor Emilio; un honor poder escuchar su exposición. De su exposición me preocupan varios temas: la precariedad laboral, la externalización de la microbiología, que ha dicho usted, en varios hospitales, el no saber intubar muchos de los profesionales y, cómo no, el hecho de las ayudas burocratizadas.

Creo que en España tenemos el potencial humano. Falta, que nos lo acabamos de creer. Y mi pregunta es qué debemos hacer para que este potencial humano pueda desarrollar o pueda contribuir a desarrollar todo el potencial que tenemos. Y deduzco también de su exposición el tema de que se debería cambiar los planes de estudios. No sé si con contactos con universidades, con lo que ha pasado con la pandemia de la COVID le consta que se esté trabajando con estos cambios de planes de estudio, y si lo cree conveniente, que creo que sí.

Y por otra parte, por el tema de los diez puntos que ha dicho positivos, que también los tenemos que encontrar, ha hablado de la telemedicina. Mi pregunta es si la telemedicina, que creo que con muchos de los comparecientes que han estado estos días viniendo a estas salas se va a quedar, es una obviedad, si usted cree que también nos puede ayudar a reducir estas listas de espera que se han visto un poco perjudicadas o mucho porque se han dedicado todos los esfuerzos a combatir la COVID, si creemos que en un futuro también muchas de estas listas se pueden reducir con la telemedicina.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. ¿Por el Grupo Parlamentario Republicano?

El señor **ERITJA CIURÓ**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, doctor Bouza. Su intervención, creo que ha sido muy interesante, sobre todo porque usted plantea realmente el tema de las oportunidades que plantea la COVID, incluso las oportunidades que plantea incluso para las reformas del propio sistema, yo creo que es el aprendizaje que tenemos que aprender. La COVID ha servido un poco para poner en estrés el sistema y ver cuáles son sus déficits, ¿no? Y creo que usted hace un planteamiento de algunas de las necesidades realmente para reformar.

Yo simplemente me quería centrar en una cuestión: comparto la idea que ha planteado usted de que hemos hablado quizás mucho en nuestra capacidad de confinar un brote, con esa idea de que nuestro sistema es muy sólido, es de los mejores o el mejor del mundo y que por lo tanto aquí no habrá ningún problema, y realmente hemos visto que hay deficiencias muy grandes, sobre todo para hacer frente luego a una pandemia como la COVID. En todo caso es una doble pregunta: ¿usted cree que hacían falta, por lo tanto, unos protocolos adaptados ante una pandemia de ese tipo? O sea, ¿los protocolos que hay actuales están adaptados o son suficientes para afrontar una pandemia de ese tipo? Y en todo caso, si cree que sí, ¿cree usted que es necesario modificar estos protocolos y procesos sanitarios ante la pandemia, o crear de nuevo eso? O sea, no sé si realmente es necesario modificarlos o crear realmente un cuerpo de protocolos y procesos adaptados precisamente a cualquier posible pandemia. Lo digo porque es importante incluso para algún posible rebrote que pueda haber dentro de dos meses, de intentar rápidamente generar un mínimo de protocolos para consensuar de cara a una acción de posibles rebrotes.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Por el Grupo Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Hola, buenos días, bienvenido, señor Emilio Bouza. Soy yo.

El señor **FUNDADOR DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS. MIEMBRO DEL CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR DE LA FUNDACIÓN GADEA CIENCIA** (Bouza Santiago): Perdón, con la mascarilla, no sabía quién hablaba, perdóneme.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Me la voy a dejar puesta. Mire, yo viví, era muy joven, pero yo viví la colza. Mire, sí que hay... ¡No hay epidemias! Claro que hay epidemias. Cuando yo hice mi residencia me encontré con la epidemia del sida en un hospital que era la referencia de la cárcel de Valencia, y teníamos celdas dentro, y aquello era para verlo, aquello era para ver aquello, cómo se morían, pero con una rapidez pasmosa. Y parece que a nadie le importaba porque, o eran presos o eran drogadictos o eran homosexuales, o tenías la desgracia de recibir un hemoderivado porque tuvieras una patología de base, pero como parecía que al resto de la población no le afectaba, se les culpabilizó de tener esa enfermedad. Igual que se culpabiliza de que la mayoría de las pandemias la tengan los países pobres porque son culpables de ser pobres. ¡Qué le vamos a hacer!, ¿no? Y ahora parece que de pronto nos ha llegado a nosotros, unos países relativamente ricos, y de pronto todo es una emergencia, todo es una urgencia, cuando esto está pasando continuamente.

No estoy diciendo que no tengamos que asumirlo, es que no nos importaba, hemos cerrado los ojos, ni a nosotros ni a las autoridades, y por eso no hay ningún plan de emergencia, porque como uno se siente a salvo, pues para qué, ¿no?, esto les pasa a otros.

Mire, de varios puntos que ha tocado usted, lo de que no haya personal para intubar: hay UCI en que ha habido personal para intubar, sabían, pero no había enfermería que supiera manejarse, por ejemplo. O sea, enfermería, auxiliares, me refiero a todo el personal, que es fundamental para que todo eso funcione. Porque como no existía previamente, porque no se financia como toca a la sanidad y se van acortando trabajos, empleo, pues se pagan de pronto todas esas consecuencias. O sea, que no solo es necesario un plan de contingencia previo. Es necesario tener un sistema robusto que cuando pasa esto... Que va a seguir pasando, porque sí que ha pasado. La última no fue la de 1918, hemos tenido en todo el siglo XX muchas.

Luego, lo de la externalización de servicios me parece fundamental, porque esto es una cosa previa: todos sabemos, en hospitales que hemos trabajado con servicios externalizados, que el que hace la analítica fuera, ni accede a la historia clínica ni habla con el médico que lleva a ese paciente, y en realidad no te puedes ni fiar del resultado, no te puedes fiar, porque en realidad no estás valorando la totalidad, estás valorando una analítica aislada, que no sabes cuál es el contexto. Todo eso deteriora la calidad muchísimo.

Y otra cosa que me llama la atención es que usted dice que en plena pandemia estás planteando comprar un test que es un poquito más caro pero que luego resulta que te sale económicamente, pero por la inmediatez de tener que pagarlo se sigue buscando el ahorro. O sea, sigue estando encima de la mesa ese problema.

Y ya lo último, perdone: todas esas medidas que usted propone, que a mí me parecen fundamentales, ¿cómo cree usted, no cómo se llevan a cabo, sino de qué depende que se lleven a cabo?, ¿quién va a decidir eso, cómo lo vamos a hacer? ¿De qué, es un problema político, es un problema...? No puedo separar lo político de lo económico, lo pego, lo pego.

Gracias, eso era todo.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Vox.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Buenos días. Con la venia, señora presidenta, ruego a la señora presidenta y a sus señorías que sean indulgentes conmigo, en el tiempo, porque tengo que dedicar unos pocos segundos a decir la emoción que tengo al tener al doctor Bouza aquí, porque aunque no lo parezca, porque está fenomenalmente bien, yo fui residente con él y me acuerdo cuando hacíamos los test de *legionella* en urgencias, y estoy realmente emocionado, porque sigo siendo su médico residente.

Me ha emocionado también la alusión a los médicos residentes, la hago propia. Como sabe usted, doctor Bouza, el Grupo Parlamentario Vox no tiene grandes expectativas sobre esta comisión, porque creemos que las conclusiones van a estar viciadas. Pero no obstante, no obstante, la calidad de las exposiciones que hemos visto aquí en todas las sesiones, si el Gobierno quisiera enfatizar la importancia de esta Comisión de Reconstrucción, señorías, tenían que estar retransmitidas por Televisión Española, dada la calidad de los expertos que están viniendo.

Nuestro grupo ha centrado su interés en esta Comisión de Reconstrucción precisamente en la epidemiología y la microbiología, porque

creemos que este problema ha sido fundamentalmente un problema de salud pública, unido, como dijo el doctor Repullo ayer, a la balcanización, son sus palabras, no las mías.

Le tengo que empezar, doctor Bouza, preguntando: ¿ha actuado usted como asesor del Gobierno de España desde enero de 2020? Es una pregunta, si quiere la contesta y si no, no.

Muy bien. Quiero decirle que nuestro grupo, una de las primeras funciones que hice aquí como diputado, y estoy muy orgulloso de ello, es hacer una proposición no de ley sobre emergencias, y hemos hecho una proposición no de ley para la creación de Enfermedades infecciosas, y me pregunto y le pregunto si la ausencia de esa especialidad de enfermedades infecciosas no puede estar detrás de la falta de previsión de las respectivas sociedades a prevenir esta pandemia.

Paso a las preguntas siguientes. ¿Cree usted que el Gobierno del Partido Comunista Chino, y China, ha dado la información adecuada y puntual a las organizaciones internacionales? Tenemos una afirmación suya, y es que cree, y así lo ha dicho, que si hubiésemos actuado diez días antes, después de ver el brote de la epidemia en Italia, nos podríamos haber ahorrado muchas muertes. En eso coincide usted con Fedea, que ha calculado que nos podría haber ahorrado un 60 % de muertes. Y es curioso que usted haga una alusión al ébola, porque ha dictado, ha dicho exactamente lo que dijo el doctor Simón que iba a ser esta pandemia; es decir, que me ha dado la impresión después de oírle a usted de que el doctor Simón pensaba que iba a ser como el ébola, y es que una persona que solamente tiene como herramienta un martillo, todos los problemas los ve clavos. ¿Cree usted que la vigilancia de enfermedades infecciosas importadas es la adecuada? Le pregunto esto porque no hay documentos de aplicación a nivel nacional, y depende bastante de la

comunidad autónoma, del centro sanitario concreto. ¿No le parece que el cribado –ya sabemos que las personas que han sido contagiosas no han venido en patera, naturalmente, han venido en avión procedentes de China y con una estación de tránsito en Italia, lo sabemos–, no le parece que el cribado se tenía que hacer en las fronteras exteriores y también a nivel local en aquellos grupos poblacionales susceptibles de traer enfermedades importadas, a fin de detectar microbrotes epidémicos? ¿Cómo estamos en ese aspecto, qué es lo que tenemos que mejorar?

¿Cree usted, por tanto, que el actual sistema de vigilancia de enfermedades respiratorias como la gripe, el virus respiratorio sincitial, es el adecuado, puede ser implementado? ¿Cuál es el problema que tenemos en ese sentido, cuál cree que debe ser la vigilancia epidemiológica para los coronavirus, pensando, Dios no lo quiera, que haya un nuevo brote?

Y dos preguntas más: ¿cómo se debería imbricar las técnicas rápidas de detección molecular en fronteras, puesto que somos un país que recibe tantos millones de habitantes? Por ejemplo, hay la amplificación mediada por transcripción, que se está desarrollando, y que puede dar resultados en pocos minutos. Eso puede ser revolucionario si lo aplicamos en nuestras fronteras, tanto como en el interior.

Y por último, un recuerdo emocionado y gratitud expresa porque se ha ocupado, no como nuestro vicepresidente del Gobierno, que desde el 19 de marzo está mando en plaza en las residencias de ancianos, se ha ocupado usted de ir a las residencias de ancianos, ver cómo está el problema y tratar de solventarlo. Y me gustaría, como parece que a otras señorías les interesa también tanto como a mí, que usted nos diese más detalles de cómo mejorar este aspecto en el que han muerto tantos de nuestros mejores compatriotas.

Una vez más, muchísimas gracias y le repito mi emoción al verle aquí.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. ¿Por el Grupo Parlamentario Popular?

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, presidenta. Le doy la bienvenida al doctor Emilio Bouza a esta Subcomisión de Sanidad y Salud Pública en marco de la Comisión de Reconstrucción. La verdad es que resulta difícil hablar de la microbiología y de las infecciosas con el profesor Bouza, fundador de la Sociedad Española de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, con grandes reconocimientos a lo largo de su trayectoria profesional, todo un referente en España.

La pandemia de la COVID ha llevado a modificar la carga de trabajo en los centros sanitarios con la llegada masiva de contagiados por el COVI-19, y usted lo ha reflejado, se ha alterado la arquitectura habitual de los hospitales triplicando el número de camas de UCI, redistribución de los profesionales sanitarios, y como bondad de esta crisis hemos visto cómo se han reorganizado grupos multidisciplinares de profesionales de diferentes niveles asistenciales (atención primaria, atención especializada) o diferentes especialidades médicas para dar respuesta de la mejor manera a la situación que se había creado, pero con dificultades –ya lo ha trasladado– en el tema de formación, y que incluso en otras comparencias así lo hemos venido demandando.

Estamos ante un virus, el SARS-CoV-2, que se está manifestando en la población de forma muy diferente, desde pacientes asintomáticos a pacientes que han estado con dos o tres días con síntomas, a otros que se han pasado grandes periodos en la UCI. ¿Cuáles son las diferencias que nos han llevado a estas manifestaciones?, si nos puede hacer alguna aclaración sobre el tema.

Con respecto a los tratamientos, hemos visto tratamientos antivirales o tratamientos antiinflamatorios; ¿qué regula esta diferencia entre unos casos y otros?

Una de las medidas tomadas fue evitar la movilidad, y hemos tenido un método de confinamiento. ¿Se podría haber tomado antes las medidas de prevención ante la transmisión del virus?

Desde su experiencia, ¿qué nos puede decir del virus SARS-CoV-2? La técnica PCR nos ha ayudado en el diagnóstico, el trabajo de los laboratorios, con las debilidades expuestas, han sido los primeros en detectar el virus, a nuestro entender, aunque ayer –y me gustaría que desde su perspectiva también diera cuál es su valoración– el doctor Repullo nos decía que los laboratorios habían sido los últimos en ver la situación. Entonces, no sé, querría que nos lo aclarara. ¿Cómo tenemos preparada la red de laboratorios de microbiología de España, qué podemos mejorar después de esta crisis?

Lamentablemente, no todos los centros tienen incorporadas metodologías diagnósticas de última generación, y está condicionado al coste de equipamiento y reactivos. Yo, la verdad es que lo he vivido, como al frente de la gestión de un gran hospital, y hemos visto cómo la microbiología era un poco la hermana pobre de la gestión sanitaria. ¿Cómo debemos activar todos los laboratorios ante situaciones como las que hemos vivido para dar una mejor respuesta, sobre todo coordinada con la red de vigilancia epidemiológica?

Estoy hablando también de utilizar otro tipo de laboratorios, los de ámbito animal, que con una pequeña adaptación podrían apoyar la demanda, u otros laboratorios, los de universidades u otros organismos: ¿considera realmente que debemos establecer un plan de coordinación de todos los laboratorios de microbiología ante posibles pandemias? Con las nuevas

tecnologías podríamos tener información en tiempo real, y no como hemos visto al principio que teníamos que trasladar las muestras a los laboratorios del Centro Nacional de Microbiología.

Con respecto a la salud pública: la salud pública ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, incluso en la forma de entender el proceso de salud y enfermedad, y hemos hecho entender dos grandes etapas, por un lado la higiene individual, y lo hemos visto con las recomendaciones que ahora se nos daban, y una higiene pública que ha sido al fin y al cabo el confinamiento. La salud pública ha de abordar tanto las políticas de salud y las causas últimas de la salud y la enfermedad como la provisión de servicios sanitarios y efectivos. Pero un reto importante es que actuemos con transparencia, no solo al realizar las múltiples actividades, sino al efectuar las evaluaciones y recomendaciones.

Por eso desde mi grupo proponemos la creación de una agencia de salud pública de calidad independiente, con el objeto de corregir cuestiones como las que hemos vivido en esta pandemia. ¿Cuál es su opinión?

Y luego, estamos esperando que llegue lo más pronto posible la vacuna. ¿Cómo considera que podemos ser eficaces ante una posible llegada de la vacuna?

La especialidad, por supuesto, es lamentable que después de cuarenta años todavía estemos sin una especialidad de infecciosos. Desde luego, desde mi grupo parlamentario apostamos por ello.

Y luego, para terminar, el tema de los registros: el tema de los registros ha sido una de las cuestiones que permanentemente nos ha generado diferentes confusiones. ¿Cómo es posible que estemos alterando tanto la recogida de los datos? Es que incluso hasta el concepto de caso lo hemos modificado. ¿No considera que esto es contraproducente con respecto a futuros estudios epidemiológicos o de investigación? ¿Era necesario o es necesario alterar

tanto los datos? Es que a día de hoy no sabemos realmente cuántos muertos se han generado por la COVID-19.

Muchas gracias, y por supuesto agradecida por la información, y comparto todo lo que nos ha trasladado.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Buenos días, bienvenido, doctor Emilio Bouza Santiago, a esta Comisión de Reconstrucción Económica y Social y a este Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública. La verdad es que la crisis de la COVID ha generado un profundo impacto económico y social a nivel global cuyas dimensiones aún no las conocemos, aún son desconocidas. Por eso en España hemos constituido esta Comisión de Reconstrucción, para debatir y acordar directrices políticas, y creo que todos en este grupo tenemos la responsabilidad de acordar y de llegar a acuerdos por el bien de nuestro país, por el bien de España y de los españoles y de las españolas.

Quería decir que lamento profundamente el fallecimiento de tantas personas, y quería hacerlo extensivo a sus compañeros de profesión, a sus compañeros sanitarios, que también han sufrido la cara más horrible de esta pandemia. Quiero transmitir el ánimo a todos los afectados, especialmente a los sanitarios, y también transmitirles nuestra felicitación por ese premio Princesa de Asturias que ha sido concedido a todas las sanitarias y sanitarios de España por su labor y su trabajo sacrificado, desinteresado y generoso y solidario en esta pandemia.

La verdad es que en las páginas 6 y 7 refiere aquí diez puntos en que nos da unas lecciones positivas derivadas de esta crisis, como usted titula, que

deben ser utilizadas. Quisiera pararme en alguna y comentar alguna, como por ejemplo el punto 1, la capacidad de entrega del personal sanitario. Se refiere usted incluso impresionado por la entrega de los jóvenes profesionales. Si me lo permiten, quería hacer referencia, pues ayer por la noche estuve con una de esas jóvenes profesionales que todavía no ha terminado su grado en enfermería y que, sin embargo, ha sido contratada para trabajar en esta pandemia, y me decía ella –es una niña, claro– “es que yo todavía no soy profesional sanitaria”. Y le decía yo: “no, no, de eso nada; tú con tu trabajo en estas semanas al frente, cuidando y atendiendo a los pacientes, eres una profesional sanitaria como la que más”. Bueno, continúo.

En cuanto a las residencias de mayores, que también menciona aquí en uno de sus puntos, tanto privadas como públicas, me gustaría preguntarle que cómo considera usted que podía facilitar, o cómo podía hacerse una adecuada conexión de las residencias de mayores con los servicios de primaria y hospitalarios.

Después también se ha referido usted a la telemedicina, en el punto 9, dice que la telemedicina ha demostrado que precisa ser incorporada plenamente a nuestro sistema de salud y que el sistema tiene que reorganizarse con esa herramienta. En relación a esto, ¿cómo cree usted que podría ser el papel de los pacientes para que, utilizando las tecnologías, se pudiera promover su autocuidado y su autonomía? En relación a esto, ¿qué ventajas plantean estas tecnologías y cómo cree usted que realmente se podría impulsar la telemedicina, de qué manera, cómo ponerla en práctica? La tenemos ahí, hemos visto que es necesaria, que es útil, ¿pero cómo la podemos poner en práctica?

Volviendo al tema de las residencias de mayores, me gustaría hacerle dos preguntas. Una sería: ¿considera usted que en nuestro país, en España, hay

una adecuada atención y coordinación sociosanitaria? ¿Y qué propuestas plantearía para abordar el reto demográfico y su impacto en la salud de las personas, cronicidad, soledad no deseada, dependencia?

Y para ir terminando, una pregunta que me genera muchas inquietudes con respecto al cambio climático, porque realmente cada vez somos más conscientes de los determinantes sociales y ambientales en la salud de las personas. Entonces, ¿cómo cree usted que debería abordarse la influencia del cambio climático sobre nuestra salud?, si nos pudiera plantear alguna propuesta al respecto, porque creo que tiene una influencia importante, y teniendo aquí a expertos como usted, pues que nos diera su visión al respecto.

Y finalizo con dos cuestiones: para reforzar y mejorar el Sistema Nacional de Salud, ¿cuáles serían algunas prioridades –ya nos ha propuesto muchas, nos ha dicho muchas, pero sobre estas algunas que usted nos pudiera proponer– para poner ya en práctica?

Y termino con la salud mental: la salud mental, por muchos y diversos motivos, creo que hay que tenerla muy en cuenta en estas conclusiones, en que expertos como usted nos den su opinión, qué medidas, qué propuestas se podrían manejar para abordar la salud mental, en las personas que se han visto afectadas por esta pandemia y en las personas que a causa de esta pandemia han sido “sufridoras” de esta crisis en cuanto a su salud mental.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señor Bouza, tiene usted la palabra.

El señor **FUNDADOR DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS.**

**MIEMBRO DEL CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR DE LA FUNDACIÓN GADEA CIENCIA** (Bouza Santiago): Muchísimas gracias por las preguntas; las considero todas ellas interesantes y muy pertinentes, y voy a tratar de... ¿Qué tiempo tenemos?

La señora **PRESIDENTA**: Pues mire, veinte minutos.

El señor **FUNDADOR DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS. MIEMBRO DEL CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR DE LA FUNDACIÓN GADEA CIENCIA** (Bouza Santiago): ¿Veinte minutos? Pues me avisa y lo terminamos como sea, por favor.

Vamos a ver, el tema de las residencias ha salido repetidamente, y una de las cosas que se me ha preguntado es qué hacer y qué hacer rápidamente. De una forma inmediata, yo creo que lo que ha cambiado es: ¿donde viven los ancianos, en una residencia, es una forma de hogar, eso no es un área de influencia médica, o donde viven los ancianos es una pequeña prolongación de una institución sanitaria? Yo me inclino por lo segundo. Es decir, lo que yo haría es convertir las residencias de ancianos, a efectos de microbiología, hablo de lo que entiendo algo y no de otros aspectos, en una especie de un servicio más a efectos de peticiones, por ejemplo, a los servicios de microbiología. Yo recibo muestras de nefrología, de cardiología, de cirugía cardiaca, de digestivo; pues puedo recibir muestras de la residencia equis, sin que tenga que ir el médico de familia local; sencillamente, porque el médico de la residencia lo pide. Ahí viene el tema a veces de que la residencia es una estructura privada. Entonces, si la sanidad de esos enfermos se gestiona por lo privado, ¿por qué va a ir una muestra a lo público? Bueno, eso es algo que

ustedes los políticos y los que legislan tienen que resolver. Pero yo creo que las muestras, al final, no son de privados o públicos, son de españoles o de gente que merece la atención del sistema sanitario. Yo convertiría las residencias en unos servicios sanitarios más. Es dar una orden al ordenador. Y cuando haya un señor con diarrea no hace falta estarse quince días hasta que se me manda una muestra y yo digo que hay un *Clostridium difficile*, y por tanto le pueden poner tratamiento en el día. Conectarlas más con los servicios geriátricos de los hospitales y con los servicios centrales de los hospitales en un sentido amplio.

Se me dice algo de las epidemias que me parece muy importante: si esto debe coordinarse a nivel europeo o a nivel español. Yo lo traduciría en un refrán, después de bastante experiencia en la sociedad europea en la que he trabajado años y de participar con mis colegas europeos en muchas actividades, bajaría al refranero: fíate de la Virgen y no corras. Europa está ahí, muy bien, pero nosotros primero, nosotros lo nuestro bien organizado. No esperaríamos. La microbiología española tiene un papel científico y profesional que está por encima del nivel socioeconómico español, y de alguna forma marca bastante en algunos aspectos en Europa. De manera que yo no esperaríamos, desde luego coordinarse es esencial, pero no esperaríamos ningún plan a que me lo dicte o me lo haga Europa. Quizás soy demasiado viejo para pensar de otra manera: primero nosotros, y cuanto antes, mejor.

Se habla del mundo microbiano y de las resistencias bacterianas: usted plantea un tema interesantísimo que todavía no ha empezado a salir en la literatura, no lo van a encontrar en lo que les he entregado. Yo estoy preparando mi artículo. ¿Qué ha supuesto la epidemia de COVID en segundas infecciones adquiridas en el hospital, infección nosocomial? ¿Qué es la infección nosocomial? Es a lo que me he dedicado toda mi vida. Es la

infección que uno no tiene cuando entra por la puerta del hospital y la adquiere dentro. Eso, ¿qué importancia tiene numéricamente? Pues miren, entre el 5 % y el 10 % de todos los ciudadanos que ponen un pie en la puerta del hospital para quedarse más de 24 horas; de esos 10 de cada 100, ¿a cuántos les cuesta la vida? A uno. De manera que, viendo epidemias externas causadas por un virus y ocasionales, no olvidemos la epidemia continua causada por bacterias, virus y hongos que vemos todos los días en los hospitales, miles de muertos por infección nosocomial. Infecciones que por definición, como las caídas de los aviones, pueden ser evitadas. De manera que, importantísimo, infección nosocomial. ¿Qué ha pasado en el Marañón? Les adelanto el dato, no está todavía ni siquiera el artículo terminado, pero el Marañón ha multiplicado por tres veces la incidencia de neumonía adquirida durante ventilación mecánica. Hemos multiplicado en estos meses por cinco veces la incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter; hemos multiplicado por tres veces la bacteriemia de otros orígenes. Sencillamente, por la forma de trabajar, acelerados, con muchos pacientes, muchas veces teniendo que volcarlos hacia abajo; poniéndolos en prono no es posible llegar a la conexión del catéter y cuidarla, de manera que horribles consecuencias. De esto, en segundas infecciones. Todavía no hay una cifra de a cuánta gente le ha costado la vida la infección nosocomial, y no necesariamente el COVI. Aspergilosis invasora por infección del aire ambiente en las UVI, quiero decir, un problema que yo estoy seguro que en el próximo mes o mes y medio aparecerá ya en la literatura.

La telemedicina, ha salido: ¿puede contribuir a la medicina, listas de espera, qué riesgos tiene? Pues yo les diría: mi experiencia principal con la telemedicina, que hay que decirlo, es el porcentaje de gente a la que no se puede llegar por teléfono. Pues en mi experiencia, me ha sorprendido un poco,

entre el 15 % y el 20 %. Usted tiene el teléfono de una persona que se ha ido del hospital, tiene la ficha, uno o dos teléfonos, el de él y el de un familiar; usted llama a los dos, no contesta, está desconectado, etc. Es decir, la limitación de la telemedicina es el acceso.

Pero bien, hablemos del otro 80 %. ¿La calidad del consejo que se da es muy errónea, cometemos errores de base? Pues hay algún estudio, por ejemplo en telemedicina en patología infecciosa, en Estados Unidos, en que prácticamente la eficacia de la consulta directa con presencia física al lado del paciente y la hecha por telemedicina (bien es verdad que elegimos la telemedicina para la menos conflictiva) es de la misma eficacia. De manera que estoy de acuerdo con usted, esto es para quedarse.

Confirmamos el brote, ¿qué ha pasado en China? ¿Nos han mentido?, ha salido en otra pregunta. Yo creo que nos han dicho, por lo menos, solo una parte de la verdad. Si ustedes miran por qué se muere tanta gente en España y los chinos nos han contado en las primeras series que la mortalidad es muy baja. Uno, depende de a quién le haga uno test. Y depende de a qué gente admiten en el hospital. Yo, cuando veo algunas series chinas, edad mediana en el hospital: 42 años; Gregorio Marañón, edad mediana: 62 años; Nueva York, edad mediana: 60 y no sé cuántos. Mi pregunta es dónde estaban los viejos de Wuhan. ¿Quién los ha relatado? ¿No se infectaron los ancianos en Wuhan, no se infectaron tanto como aquí, no ingresaban por ser ancianos? No son los mismos datos. Yo creo que la experiencia, y en esas citas se lo apunto algunas veces, pues ha ido cambiando; bien es verdad que todos vamos aprendiendo. En principio esto no afecta a niños; sí, afecta también a niños por igual, aunque menos gravemente. ¿Nunca es grave en niños? Nunca, no, hay niños que tienen que ingresar y hay niños que tienen que ir a cuidados intensivos, y hay algún niño muerto. ¿Esto afecta muy poco a las embarazadas? Es verdad,

primeras cien parturientas del Gregorio Marañón, primeras cien que llegan sanas a dar a luz, el 13 % ha tenido contacto con el virus, 9 % son PCR positivas; todas han ido bien, todos los niños han ido bien. Pero esto es de la semana pasada, es decir... Bueno, depende mucho de a quién miramos.

Se habla de los protocolos y de modificar los protocolos. Yo en tiempos hacía una broma en el hospital que quiero, en confianza, comentar aquí: cuando me decía alguien, algún residente me preguntaba “¿cuál es el protocolo para tratar esta infección en urgencias?”. A veces le contestaba: “el protocolo es que no hay protocolo”. Hay veces que nos sobran papeles, los protocolos no arreglan las cosas, es el espíritu de las cosas. Tenerlo escrito, luego está bien, pero lo que hay que hacer es más planes reales, rindiendo cuentas. No hay que olvidar que somos un país tremendamente exigente para los proyectos y tremendamente tolerante para el rendimiento de cuentas. Yo creo que lo que hay que hacer es más planes auténticos con marcadores claros de eficacia, y lo que hay que escribir es poquito, y el espíritu de las cosas. Muchas veces vemos cómo la confección de un protocolo retrasa en un hospital la resolución de un problema que todos tenemos claro. En mi hospital ahora mismo no hay que hacer un protocolo para saber cómo hay que cuidar los catéteres en esta crisis: hay que dejar que las dos enfermeras que se encargan de dar información sobre cuidados de catéteres puedan hacer su labor, y no les hace falta un protocolo, ya lo tienen.

Se habla de las antiguas epidemias: evidentemente, las hemos vivido, las he vivido todas en mis carnes. No olvidemos que la colza se pensaba que era una legionelosis, y yo en aquel momento era –comillas, comillas– el “experto nacional” en *legionella*. De manera que los casos fueron todos al Ramón y Cajal. Aquello no nos encajaba para nada con una patología infecciosa. Luego no lo fue. Pero fuimos bastante insultados por nuestros

compañeros por no creer que aquello era un micoplasma. Todavía me duelen los insultos. Con el sida, no solo sufrimos lo que fue la epidemia; sufrimos también el insulto de algunos compañeros por prestar atención a un tipo de enfermos que aparentemente, para ellos, no se lo merecían. Tampoco lo podré olvidar.

Enfermería, externalización: sin ninguna duda; ha hablado en algún momento de ahorro, se han producido ahorros. Tengo que decir una cosa, y no puedo hablar más que de mi experiencia local: en lo que se refiere a microbiología, que lo conozco, y en el hospital Gregorio Marañón, no he sufrido, no hemos sufrido ningún problema basado en el ahorro, se nos ha dado lo que estaba disponible y lo que hemos pedido. Sería profundamente injusto decir que la dirección del hospital y la comunidad no se han volcado en hacer a veces lo imposible para conseguirnos recursos. Tengo la mejor opinión de lo que han hecho hasta este momento.

Se habla de algunas conclusiones viciadas de lo de China. Yo creo que sí, nos han engañado un poco, y nos han engañado, entre otras cosas, porque los profesionales tenemos, como todo el mundo, nuestras biblias. Y en mi primer hospital en Puerta de Hierro se decía “cuando algo lo dice el *New England* yo ya no lo discuto con mis compañeros”; cuando algo viene en el *Lancet*, ya la discusión entre nosotros se acaba, bajábamos a buscar el *New England* para zanjar una discusión. El que los chinos hayan sido capaces de poner, a veces en unos días, artículos aparentemente muy bien estructurados en revistas de primera calidad, para mí es una de las grandes sorpresas de esta crisis. Es como si el papel estuviera preparado; a mí no me da tiempo a preparar en tres días un *paper* para *Lancet*, lleva mucho tiempo, tiene mucha estadística, tiene muchos... Es decir, ha habido una manga ancha de las revistas, no sé quién la ha motivado, y eso nos ha llevado a algunos

resbalones, y a algunos resbalones de crédito. Yo me creí que la mortalidad era muy baja, incluso en los pacientes que ingresaban en los hospitales en China. Luego nuestros compañeros italianos, nuestros exresidentes que trabajan en Italia nos llamaban a finales de febrero diciendo “esto es horrible, se mueren como chinches”. –“¡Pero qué dices!” –“Te lo prometo, Emilio, no os imagináis lo que es esto”. Esto es lo que nos decían nuestros amigos de Italia, con los que trabajamos muy cerca. ¿La situación en Italia debiera habernos advertido?: sí.

¿Cómo hacer la vigilancia de las enfermedades de importación? No es fácil. Es decir, que hay que hacer una vigilancia, está claro. Tenemos 80 millones de turistas, muchísimos inmigrantes, hay mucha patología infecciosa, el diagnóstico no es fácil, no podemos hacer un lazareto antes de que alguien entre en el hospital. Probablemente las cosas irán esperando a tener una mejor tecnología, y ahora mismo quizás sería fácil en el futuro imponer un test de gripe o un test de coronavirus en un aeropuerto, pero se nos estará escapando la otra pandemia siguiente, que no será por nada de esto. Las pandemias, por definición, ocurren porque desbordan toda preparación y todo conocimiento.

Vigilancia de las enfermedades respiratorias, pregunta muy importante: yo creo que se ha marginado a los servicios de microbiología –y contesto al tema de los laboratorios–, que es donde originalmente se produce la información. ¿Cuál es la cadena de transmisión hasta las autoridades sanitarias de una infección? Bacteriemia por estafilococos: primero pitan los hemocultivos en microbiología, después el microbiólogo hace una identificación, después llama al preventivista, el preventivista lo apunta, luego lo transmite a la Comunidad Autónoma de Madrid, y luego la Comunidad Autónoma de Madrid lo pone en un registro. Mire, si nos saltamos algunos de esos pasos y algunas estructuras epidemiológicas pueden beber directamente

de donde se produce la información... ¿Quién sabe primero cuándo empieza la gripe? El Servicio de Microbiología. ¿Por qué? Porque tiene los primeros casos y los diagnostica en el momento. Tenemos que crear un protocolo quizás de transmisiones telefónicas, qué patógenos y qué situaciones desde microbiología no deben esperar al ordenador. ¿Con qué frecuencia la información colgada en un ordenador no es vista por su médico? Ese estudio lo hice hace años, con qué frecuencia los pacientes con tuberculosis, con un volante *Mycobacterium tuberculosis* en su historia no han sido vistos por su médico. En aquel estudio de hace años un 20 %. En aquel entonces aprendimos que cuando hay una tuberculosis no solo emitimos un volante y lo colgamos en el sistema, llamamos a su médico por teléfono. Y si no se pone su médico, al paciente, y si no, a quien sea, y si no, a la Policía Municipal. A ver, hay informaciones que son telefónicas, eso hay que tenerlo muy bien estructurado.

Técnicas rápidas: hemos hablado de ello. Yo creo que el futuro de la microbiología a veinte años es que probablemente les contaremos a nuestros residentes “mira, allá por el año 2020 una proporción relativamente alta del diagnóstico microbiológico lo hacíamos por una cosa que se llamaban cultivos; tú cogías una muestra, la ponías en una placa y allí crecían unas bacterias y 24 horas más tarde las identificábamos, y 24 horas más tarde dábamos un antibiograma”. La microbiología, si ha de impactar hoy en pacientes, tiene que ser una microbiología ultrarrápida. Nosotros hemos definido como técnicas rápidas aquellas que se pueden devolver al médico que las pide durante su horario laboral en el que las ha pedido. Todo lo demás no es rápido. Y por tanto, a veces se pueden hacer técnicas rápidas de salón: yo mando a un hospital a una microbiología de referencia a 50 kilómetros una muestra, que se puede hacer en 10 minutos, cuyo resultado me llega a las 48

horas. Mire, lo hemos hecho inútil, como dice don Juan Tenorio o don Luis Mejía, para vos y para mí.

¿Cómo mejorar las residencias de ancianos? Yo creo que lo hemos comentado.

¿Las manifestaciones clínicas son distintas?: lo son, hemos visto poblaciones diferentes y, por ejemplo, les he contado qué pasa con nuestros primeros 100 casos del Marañón, 23 %. Déjenme contarles una población del Marañón que no es de ancianos, el personal sanitario, por definición en edad laboral: 1088 enfermos, 2 fallecidos. De manera que la misma enfermedad tiene caras completamente distintas.

Las dos técnicas diagnósticas: bueno, hemos sufrido en cierta medida el timo de las primeras serologías. Llegó una serología de China cuya sensibilidad era el 13 % de la gente con un test del dedo. Todavía creo que en algunos sitios es la que se está utilizando para evaluar a pacientes ancianos. Hay dos pruebas básicamente: la presencia de fragmentos del virus en la nariz (las heces serían mejor muestra que la nariz, pero mucho más cómodo tomarlo de arriba, pero en las heces puede durar más la PCR), y tenemos la reacción de anticuerpos que se mide en sangre. Nosotros, en ancianos, y en este momento creemos que la evaluación adecuada es las dos técnicas a la vez, saber si alguien que es PCR positivo pudiera estar eliminando virus, pero saber si tiene anticuerpos. Probablemente hoy la PCR positiva en alguien que lleva más de diez días de enfermedad y tiene anticuerpos no debiera ya ser un elemento para no permitir a la gente volver a su trabajo. Esos pacientes no transmiten, y por tanto son portadores en las células nasales de fragmentos de un virus que ya no crece en cultivo. El CDC americano ya no le impide a la gente trabajar por ser PCR positivo. En residencias de ancianos americanas se ha hecho un estudio magnífico con crecimiento viral, lo cual es peligroso, hay que tener

laboratorios especiales: un individuo transmite entre el día -6 de sus síntomas y el día +6 o +9, nadie después, nadie que esté infectado de coronavirus y se reúna con gente a su alrededor, si ya lleva más de 6 días le va a pegar nada a nadie. Todo ocurre en los días previos. De manera que el estándar ese de la PCR, en el que en principio hemos aceptado esa norma, seguimos funcionando así, me parece que es obsoleto.

Me pregunta el Grupo Socialista finalmente –yo creo que estamos terminando– cosas como el cambio climático y salud: me cuesta trabajo dar algún consejo de cierta solidez en mi campo, y solo en partes de mi campo me siento muy seguro. Sobre el cambio climático no tengo ni idea, no sé todavía si creérmelo, creo que sí, pero no sé si me lo creo.

Sobre la salud mental, ya comprenderá que a mi edad puedo dar pocos consejos. De manera que hay expertos, hay expertos magníficos, y estoy seguro de que esta comisión y otras se podrán asesorar mucho mejor.

Cómo hacer lo de telemedicina, me preguntaba usted: yo creo que el movimiento se demuestra andando. De esta crisis tenemos que salir reorganizando ya muchas de nuestras consultas con telemedicina, no solo de las que se producen a distancia, de las que se producen en el hospital. Hace ya dos años, cuando me jubilé, teníamos un proyecto en microbiología que ya está funcionando que se llama el teléfono rojo de microbiología, la línea telefónica con la cual un médico puede llamar a micro o un microbiólogo llama a un médico para contarle algo en el acto. Creo que es el mejor sistema de telemedicina en este momento.

Quería terminar mi intervención dándoles las gracias a todos, primero por su invitación, que repito que es un honor, segundo por sus pertinentes preguntas, y tercero por su paciencia escuchándome.

Muchas gracias.

**[Aplausos]**

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Bouza. Ha sido un privilegio poder escucharle y tenerle entre nosotros. Muchas gracias.

**COMPARECENCIA DE DON MANUEL BALCELLS I DÍAZ,  
PRESIDENT DEL CONSELL ASSESSOR DE SALUT.**

La señora **PRESIDENTA**: Continuamos la sesión con la comparecencia de don Manuel Balcells y Díaz, presidente del Consell Assessor de Salut. Bienvenido, señor Balcells, estamos encantados de que nos acompañe y que haya aceptado nuestra invitación.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSELL ASSESSOR DE SALUT** (Balcells i Díaz): Muy buenos días, diputadas y diputados de este Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública de esta importante Comisión para la Reconstrucción Social y Económica pos-COVID.

Permítanme primero presentarme, aunque sea sucintamente. Yo soy médico, soy licenciado en Medicina y Cirugía; soy también doctor en Medicina en Innovación Médica, con una tesis sobre innovación sanitaria; especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología y Medicina del Deporte, y con una trayectoria hospitalaria de más de 23 años, a la cual le sucedió una trayectoria en la administración con diversas posiciones en la Generalitat de Catalunya; y posteriormente y actualmente soy comisionado de salud de un centro tecnológico en Cataluña, que se llama Leitat; director de un centro que se llama Centro de Integración de las Medicinas y Tecnologías Innovadoras,

que es un centro que está hermanado con el CIMIT de Boston; y soy director de otro organismo que se llama Healthcare Living Lab Catalonia. Pero en realidad comparezco ante ustedes como presidente del Consell Assessor de Salut del Gobierno de la Generalitat, que es un órgano creado hace más de veinte años, el cual tengo el honor de presidir solamente desde hace dos años. Este órgano es un órgano consultivo para, básicamente, el encargo de diseñar el modelo de futuro, en este caso el modelo sanitario en Cataluña. Y en medio de este trabajo hemos tenido la grave crisis de la COVID-19, como todo el mundo, que yo creo que ha trastornado todos los esquemas que teníamos hasta ahora.

También tengo que decir que esta intervención mía está preparada en base al documento editado por el Consell Assessor y publicado el 21 de abril que les hemos hecho llegar, y que ha sido contrastado con los principales agentes del sector en Cataluña. Pero me parece absolutamente extrapolable al conjunto del Estado y al objeto de esta comisión, con los matices que convenga.

En primer lugar, antes y después o durante esta fase final aguda de la crisis de la COVID-19, a mi criterio hace falta un análisis crítico de la pandemia, sobre todo de cuál ha sido la respuesta del sistema, de las consecuencias, para poder paliar, corregir y modificar el sistema, y no solo para la reconstrucción, que es el motivo de esta comisión, sino para prevenir nuevos brotes. Esto es un planteamiento muy anglosajón, de decir “vamos a evaluar dónde estamos, vamos a ser lo críticos que haga falta”, porque debemos saber de dónde partimos para poder evolucionar y mejorar.

De forma resumida, porque esta primera intervención es de unos quince o veinte minutos, ¿cuál es el impacto global de esta pandemia en España? Hay un artículo muy reciente por expertos en economía de la salud que describen

el impacto de la COVID-19 en cuatro olas, no una nada más. La primera sería la mortalidad y morbilidad inmediata, lo que estamos sufriendo: el número de infectados, el número de pacientes críticos, el número de muertes, y con toda su evolución, que felizmente estamos saliendo de esta fase aguda, y es la que tiene una factura económica elevada y ha tenido un coste importantísimo, como todos ustedes saben.

Pero no es la única ola. La segunda, no menos importante, es la de los pacientes no-COVID demorados por la restricción de recursos; es decir, los pacientes con neoplasias, los pacientes con patologías graves, cardiovasculares, etc., que obligatoriamente han tenido que ser pospuestos porque la prioridad era atender a los enfermos de la pandemia. Por tanto, esta es una segunda oleada que hay que tener en cuenta.

La tercera es el impacto en la interrupción de la atención de enfermedades crónicas, el seguimiento de enfermedades crónicas, está previsto que en un plazo de unos meses empieza a repercutir. Algunos expertos hablan del incremento de patologías y muertes cardiovasculares, de complicaciones y de neoplasias no diagnosticadas, etc. Hay que tenerlo en cuenta.

Y la cuarta ola, la que se va a mantener durante más tiempo, es el estrés postraumático de muchos de los profesionales, el impacto de las desigualdades en salud, que es un tema que hay que tener en cuenta porque, como ustedes también saben, la incidencia de esta pandemia ha sido muy superior en función de las desigualdades sociales, como pasa habitualmente con todas las enfermedades. Todo ello deberá tenerse en cuenta para la reconstrucción, porque puede agravarse además en cualquier rebrote, que no está descartado que pueda haberlo, como también se ha publicado en muchas ocasiones, después del verano.

¿Qué lecciones nos ha dado esta pandemia? *Lessons learned*, el modelo este que les comentaba anglosajón, es decir, qué hemos aprendido, qué deberíamos aprender de lo que ha pasado. Desde mi punto de vista esta crisis ha evidenciado, nos ha dado una lección de humildad. Esto ya se ha dicho en diversas ocasiones, pero es que es verdad, nos ha dado una lección de humildad al mundo occidental, al mundo civilizado. Nos pensábamos que con nuestros sistemas sanitarios avanzados podríamos soportar lo que haga falta. Y la lección de humildad ha sido grande, porque esta pandemia está siendo terrible. Y nos ha mostrado la fragilidad del sistema sanitario y social, y a la vez también nos ha mostrado –y creo que es muy importante– la bondad de un sistema sanitario universal y público. Y solamente hace falta compararse, por ejemplo, con Estados Unidos para poder ver cómo es de bondadosa esta gran cualidad que tenemos de un sistema público y universal.

Consideraciones, y voy a ser ya aquí un poco más crítico: a nivel global, y empezando por la OMS, pero después Europa y España, se infravaloró inicialmente el brote epidémico, se infravaloró. Parecía que era una gripe, un poco más, podemos ir a buscar a las hemerotecas; se infravaloró.

¿Esto qué comportó? Decisiones epidemiológicas dubitativas y erráticas sin una estrategia clara, a diferencia de otros países. Y aquí, cuando comparamos, la verdad es que cuesta a veces entender qué ha pasado, por qué países con un PIB más bajo, como Portugal y Grecia, han tenido resultados mucho mejores, y también países con un PIB muy alto, como Nueva Zelanda, han tenido resultados mucho mejores, o Dinamarca, y países con un PIB que no está mal como España han tenido estos resultados malos. Porque estamos en la línea de cabeza de los países con más afectación y más muertes. Y esto es así. Las decisiones epidemiológicas dubitativas no han sido claras. Es decir, ha habido países que han centrado su estrategia en el confinamiento absoluto y

otros en test masivos. Y aquí no ha habido ni una ni otra. Y la de confinamiento ha sido tarde. Hay artículos publicados, y artículos publicados de esta mañana misma donde el confinamiento ha sido un elemento clave para evitar muchas muertes. El confinamiento fue dubitativo y ha sido tardío.

Otro elemento importante es si la centralización de la gestión y la compra por parte del ministerio ha sido eficaz. Desde mi punto de vista no lo ha sido, no lo ha sido. ¿Y por qué no lo ha sido? Porque para un ministerio sin competencias desde hace años, porque han sido traspasadas a las comunidades, sin estructura, sin líneas de compra, gestionar la complejidad de esta pandemia era muy complicado, sin tener ni la estructura ni la experiencia. Y la verdad es que esto se tradujo en las compras de material, que ha sido, la verdad, un tema muy mejorable. El retardo en las EPI y en el material ha tenido consecuencias graves, sobre todo en algunos elementos como –y hablaremos más tarde también– en las residencias.

Se ha evidenciado también, y esto ha sido una constatación que es objetiva, una falta de *stocks* y de material estratégico, y ha condicionado la diseminación de la epidemia. No había *stocks*, no había mascarillas, no había batas, no había reserva. Bien, esto se suma a otro problema: en el momento en el cual se cierran las fronteras porque hay rotura de *stocks* a nivel internacional nos damos cuenta de que no hay industria local (por local me refiero al Estado español), no hay, todo es importado y no tenemos capacidad de reacción inmediata, aunque hay capacidad de reacción y en el decurso de estos tres meses ha habido capacidad de reacción, pero nos coge con el pie traspuesto y no tenemos capacidad inmediata. Y esto es una realidad.

A la vez que hemos constatado también, y de forma positiva, una gran solidaridad y conciencia ciudadana, que incluso nos ha sorprendido en un país del sur de Europa. Ha habido una gran disciplina, consciencia, colaboración, y

esto ha sido extraordinario. Y sobre todo ha habido una inmensa solidaridad, entrega, flexibilidad, profesionalidad del conjunto de los sanitarios. Esto lo hemos constatado en todas partes, y esto es así. Por este motivo salía la mayoría de la población a aplaudirlos a las ocho de la tarde, que como ya comentaré no me parece suficiente; está bien, pero no es suficiente. Pero se ha valorado esta profesionalidad.

Conjuntamente con esta profesionalidad y entrega ha habido otro elemento muy positivo de las organizaciones, que ha sido la capacidad de adaptación y reorganización del sistema. Hemos visto cómo en pocas semanas en el conjunto de España, en Cataluña lo conozco perfectamente, en Cataluña se triplicó el número de camas de críticos de UCI, en pocos días, y se han adaptado las organizaciones para que traumatólogos, como es mi profesión, estaban ayudando a intensivistas en equipos multidisciplinarios para dar atención a los pacientes con COVID. Esto ha sido extraordinario.

Otro elemento positivo ha sido ver el gran potencial de las tecnologías digitales con aplicaciones como la telemedicina o la teleasistencia. Había una resistencia. Los que estamos a pie de trinchera en hospitales sabíamos que hay una cierta resistencia. Se rompieron todas las resistencias, y de golpe ha sido útil y de golpe nos ha servido para controlar muchos, muchos enfermos crónicos.

Y el papel resolutivo de la primaria se ha puesto en evidencia como control y muro de contención. Ha vuelto a surgir la primaria como gran protagonista en esta epidemia.

Pero una mención aparte, y no positiva, y es motivo también de esta comisión, es la que quiero hacer sobre la gravedad de la pandemia en el ámbito residencial y en el ámbito sociosanitario. Esto ha puesto de manifiesto, no solamente en España sino básicamente en el conjunto de Europa, un

modelo residencial que debe pensarse de arriba a abajo, debe repensarse. Y esta es la oportunidad. El conjunto de la valoración tiene un común denominador en todas estas consideraciones, y es una constatación de una infrafinanciación estructural del sistema sanitario y social. Y esto no lo digo yo desde mi perspectiva como experiencia en el consejo asesor ni de los años de trayectoria, esto ya lo dice la Comisión Europea. Es decir, la Comisión Europea recomienda que los fondos estructurales europeos para España vayan de forma finalista a financiar de forma estructural la sanidad. Porque, ¿qué pasa si está infrafinanciado el sistema sanitario?: que hay plantillas insuficientes. Es decir, en primaria y en hospitales las plantillas son insuficientes, según los ratios de necesidad, para la atención que deben dar. Hay falta de profesionales, pero no porque haya profesionales que no se formen aquí, sino porque básicamente los profesionales se van. Hay una fuga de profesionales importante, de médicos y de enfermeras, para otros países de la Comunidad Europea donde cobran el doble o el triple. Y esta fuga viene de hace años, porque las condiciones laborales... Y de ahí viene la competitividad que tenemos con el sistema sanitario en el conjunto de Europa, es por los salarios muy bajos, y esto nos pasa factura.

La infrafinanciación nos produce déficit de equipamientos y de infraestructuras: hospitales caducos, número de camas de críticos por habitante insuficiente, que lo hemos podido constatar después cuando hacen falta. Esta infrafinanciación repercute en una vigilancia epidemiológica insuficiente. Es decir, la salud pública como tal y la salud comunitaria ha sido una de las hermanas pobres del sistema, y cuando hace falta no tiene suficiente músculo como para poder orientar, seguir y controlar pandemias, cualquier pandemia de este tipo.

Y donde realmente encontramos una infrafinanciación muy importante es en el sistema social, que va absolutamente comunicado con el sistema sanitario, y nos lo hemos encontrado y lo tenemos con dos compartimentos estancos sin comunicación, y con unos convenios y un sistema de financiación que es absolutamente deficitario.

En el caso de Cataluña, que es un caso que evidentemente conozco y donde tengo mi actividad profesional, le debemos sumar además traspasos de competencias no completados, incumplimientos de fondos de cohesión por complejidad de atención sanitaria, etc. Y quiero ilustrar estas afirmaciones con algunos números, que evidentemente no son míos sino que son de hace un mes, por tanto muy actualizados, del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra, con el catedrático Guillem López-Casasnovas, en un estudio en el cual sitúa cuál es el gasto sanitario de España en referencia a su producto interior bruto en relación a Europa. Y nos encontramos que en relación a Francia y Alemania nos llevan 3 puntos del PIB. La media en España es 6,2, y en Francia y Alemania 9,3 o 9,5. Esto es mucho dinero. Pero si luego esto lo repercutimos dentro de España, hay unas diferencias que no son sostenibles: en el gasto de euros por habitante hay unas diferencias que no corresponden a la equidad. Cataluña tiene 1388 euros por habitante, al lado del País Vasco, donde tienen 1710; y la Comunidad Autónoma de Madrid está por debajo, a 1254. Luego vienen los problemas y decimos “¿de dónde vienen los problemas?”. Pues una parte importante viene de esta infrafinanciación. Y hay que saberlo, hay que saberlo porque, en el caso de Cataluña, tenemos esta doble infrafinanciación: la primera del conjunto del Estado, la segunda cuando el reparto es en el sistema de financiación de las autonomías, que castiga en este caso a Madrid y Cataluña. Y el cálculo de qué sería la corrección, según estos estudiosos, es de 4000

millones de euros anuales, que nos pondría en la media según el PIB, a nivel español, sin tener en cuenta la factura de la COVID, que puede subir. Ya me explicarán. Bien, todo esto hay que saberlo en esta comisión, porque es una de las causas importantes de los problemas. Seguramente en la Comisión Económica es donde evaluarán de dónde debe venir el dinero y cómo debe repartirse, pero yo creo que desde la perspectiva de sanidad debemos saber cómo esto repercute después en los servicios.

Este es el diagnóstico desde mi punto de vista. Ante este diagnóstico, ¿cuáles son las propuestas que yo como compareciente pongo sobre la mesa en este periodo pos-COVID? Tres líneas: una, evidentemente, la financiación estructural del sistema, no la puntual, no para el gasto puntual en un episodio puntual, sino temas estructurales. Y segundo es el cambio de modelo asistencial y residencial, es decir, más financiación sin cambio de modelo sería una pérdida de tiempo y no sería eficiente. Y tercero, una línea de innovación al servicio del sistema sanitario y social.

En lo que se refiere a la financiación, a nivel del conjunto del Estado el incremento debe ser como mínimo de 2 puntos del PIB, para situarnos en la media europea, y estaríamos por debajo de los países con los cuales nos podemos comparar. Pero esta financiación sanitaria del Estado, ¿dónde debe repercutir? ¿Para dar más músculo al Ministerio de Sanidad, como algunos apuntan? Bien, yo creo que la responsabilidad debe repercutir en quien tiene la prestación de los servicios. Y la prestación de los servicios según el estatuto de autonomía y según la actual Constitución está traspasada a las comunidades autónomas. Hay comunidades que quizás no la quieran. Esto es otro problema, es otro problema porque no debe ser obligatorio. Pero en comunidades autónomas como Cataluña, o Andalucía o las que quieran, o Madrid, donde hace más de 38 años que están traspasados los servicios, es donde están los

servicios, donde se hace la prestación de servicios donde debe ir esta financiación. ¿Para hacer qué? Pues lógicamente, para incrementar el nivel salarial de los profesionales, primera cosa. O sea, no un aguinaldo porque lo han hecho muy bien durante la pandemia y les hemos aplaudido mucho, no, no. Vamos a colocar el nivel salarial de los profesionales sanitarios a nivel europeo, para que estén bien correspondidos, para que no se vayan, para que tengan posibilidades de hacer a la vez investigación. Vamos a adecuar plantillas, vamos a estabilizar las plantillas con los ratios que conviene. Vamos a poner equipamientos adecuados, con los respiradores adecuados, con las EPI, con las estructuras obsoletas que hace muchos años que no se reponen en muchos hospitales por falta de capacidad financiera. Hay que tener *stocks* para tener planes de contingencia, por si se repite, por si hay un rebrote, por si hay otras epidemias, *stocks* con capacidad de reserva. Hay que incrementar la salud pública y la salud comunitaria. Por tanto, hay que incrementar plantillas de vigilancia epidemiológica, hay que fomentar la salud comunitaria, y hay que financiar el sistema social.

¿Dónde está la financiación de la ley de dependencia que se aprobó en 2004? Vamos mal en el sistema social. Si hay una ley que ya no está financiada, que ha caído el peso de la financiación en las comunidades autónomas y que el Estado no ha cumplido, llevamos ya unos deberes pasados. Pero a pesar de estos deberes hay que buscar la financiación adecuada del sistema social para poderlo equiparar al sistema sanitario. Y aquí vamos con el modelo: es decir, un tema es la financiación, otro tema es el modelo.

El modelo debe pivotar sobre la atención primaria. Esto se ha dicho una y mil veces, pero el sistema general que tenemos es de hospital centrista, y debemos revertirlo hacia una atención primaria. Esto no pasará hasta que

dediquemos el 25 % del presupuesto a la atención primaria y la convirtamos en el eje vertebrador y la dotemos de capacidades y de formación a los profesionales. Esto no se hace en un día pero hay que comenzar a hacerlo.

Hay que darle autonomía de gestión a los centros sanitarios, y darles a los clínicos capacidad de decisión, que lo hemos visto en esta pandemia. Cuando los hospitales se han organizado y los clínicos se han organizado lo han hecho de forma excelente; lo han hecho de forma excelente y han sido capaces de ser multidisciplinarios, y de golpe los corsés que tenían tanto enfermería como los médicos de “esto no es mío o esto no lo puedo hacer”, se ha podido hacer. Se han roto unos moldes, y estos moldes hay que aprovecharlos para dar capacidad de decisión a los clínicos.

Otro elemento clave del nuevo modelo es la atención domiciliaria. La atención domiciliaria debe ir sustituyendo progresivamente el tema de la atención residencial, y luego entraré, como también se ha ido incrementando con el tema de la hospitalización domiciliaria y la atención en el domicilio. ¿Dónde quieren estar las personas cuando se hacen mayores y están enfermas? En su casa. Si se les pregunta, al 85 % o 90 % de las personas que están en residencias les gustaría estar en su casa. Hay algunas que no podrán porque tienen un grado de dependencia elevado, pero las que pueden, y las que con un servicio social y un servicio sanitario coordinado y con las nuevas tecnologías puedan estar en casa, tienen que estar en casa con la atención necesaria.

Para ello se necesitan cambios legislativos y capacidades a las autonomías para poder legislar y regular, pero se necesitan cambios legislativos estructurales desde el Congreso de los Diputados, donde estamos hoy, con marcos estatales y un papel de coordinación, primero de los ministerios, para luego traspasar la gestión a quien le corresponde.

El modelo residencial: esto ha sido el talón de Aquiles de esta pandemia; ha puesto negro sobre blanco cuál es la situación. Pero es que la situación es porque ha cambiado la demografía. Tenemos una población mayor con mucha cronicidad avanzada. Lo que inicialmente tenía que ser de las residencias, que era el hogar de las personas mayores, resulta que con esta cronicidad avanzada es un hogar complejo el cual implica más intensidad de atención sanitaria, más intensidad. Pero esto hay que estratificarlo, hay que regularlo. No todas las residencias tienen que ser iguales. Igual que hay tipologías de residencias para pacientes grandes dependientes, para pacientes con discapacidad mental, para pacientes con discapacidad en general, tiene que haber en función de su patología. Porque en función de su patología necesitarán un tipo de atención sanitaria más compleja o más simple, y esto tiene que ir acompañado de una acreditación, de una acreditación y concertación que permitan luego la inspección y que no pasen cosas como las que nos hemos encontrado todos, que son realmente muy penosas en una sociedad avanzada como la nuestra.

¿Quién debe hacerse cargo de esta atención sanitaria? La primaria, la primaria. Y los equipos que están en las residencias deben integrarse con la primaria, y debe dotarse a la primaria de las capacidades y los recursos para poder seguir esta atención.

Por tanto, es un cambio muy radical en el modelo asistencial, pero es el momento de hacerlo, porque si repetimos la situación actual, con un rebrote de pandemia volveremos a estar allá en la misma situación dramática que hemos tenido en estos últimos meses. Esto debe facilitarse desde los ministerios, y la financiación debe ir ajustada también a la atención social, sanitaria y residencial, y naturalmente a quien lo gestione se le debe poder articular los cambios de este modelo.

Finalmente, para esta introducción inicial, el eje de la innovación: una de las consecuencias de esta crisis es que ha surgido gran innovación sanitaria por parte de las entidades, por parte de las empresas, y las nuevas tecnologías han aparecido. Debemos ser lo suficientemente inteligentes para captar esto, desarrollarlo y después implementarlo. Y estoy hablando de la teleasistencia, las visitas no presenciales, los *big data* también, con todas las cautelas que debe tener, y todas las tecnologías al servicio de la atención sanitaria.

Todo esto debe acompañarse de la creación de un tejido productivo alrededor del sistema sanitario con un partenariado público-privado que sea transparente, que evalúe el coste-efectividad, pero que realmente consiga desarrollar empresas innovadoras que permitan tener el *stock* de materiales estratégicos en general y que no nos vuelva a ocurrir lo que pasó.

También las innovaciones a nivel de procesos asistenciales, con integración de historia clínica, con un sistema integrado sanitario y social, y participación con cogestión de los ayuntamientos. Estoy hablando de muchas cosas que son complejas de desarrollar, pero que desde mi punto de vista es la oportunidad para empezar a abordarlas. Innovación, por tanto, en la gobernanza de los sistemas. Grandes cambios con gobernanza, grandes cambios a nivel legislativo, conceptuales y sobre todo presupuestarios. Es el momento ahora, saliendo de esta crisis, de decisiones valientes y de una apuesta por la sanidad pública y por un sistema de atención social que se centre en las personas, con estrategias propositivas y que vayan en la línea de promoción de la salud.

Y déjenme acabar con una frase de uno de los filósofos del siglo XXI más actuales como es Yuval Noah Harari, que dice: “Esta tormenta pasará, pero las decisiones que tomemos ahora podrían cambiar nuestras vidas en los próximos años”.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias. A continuación tienen la palabra los grupos parlamentarios, a los que les pido por primera vez en estas jornadas brevedad, dado que la comisión se reúne dentro de poquito. Muchas gracias. En primer lugar tiene la palabra el representante de Bildu.

El señor **RUIZ DE PINEDO UNDIANO**: Muchas gracias, señor Balcells. La verdad es que nos ha puesto muchos deberes, porque la visión de conjunto, yo creo que ha sido muy importante. Me quedo con un tema importante: uno de los aspectos positivos ha sido la versatilidad, la capacidad de versatilidad que han tenido las diferentes estructuras sanitarias, y que es una lección aprendida y que no tendríamos que dejar pasar en estos momentos; y uno de los elementos de innovación precisamente debiera ser estar preparados para esa versatilidad. De manera que, teniendo en cuenta que la estructura sanitaria es una estructura tan potente, tan fuerte, con unas inercias que es difícil darles el cambio, entonces yo me quedo con ese tema de que aquí hay que aprovechar esta situación que nos ha puesto las pilas en torno a la capacidad de respuestas versátiles, pero también hay que aprovechar eso para buscar la innovación, y en ese sentido.

Hablaba del tejido productivo, y entonces, aparte de todo el tema de financiación que nos ha estado comentando, ¿cómo aprovechar en este sentido, cómo desarrollar una industria, cómo desarrollar el tejido productivo, que lo tenemos totalmente desmantelado en el campo de la salud? ¿Qué pistas podríamos tener en este sentido cara a no ir en el sentido de la centralización sino de tener un tejido versátil, que se pueda remontar y rehacer la industria de la salud? Si tienen alguna pista en ese sentido. Sé que es difícil, pero por eso solo le voy a hacer una pregunta.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias. A continuación la representante del Grupo Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Buenos días, señor Balcells, y gracias por las explicaciones, por la exposición realizada.

Hay una afirmación que casi todos los ponentes están haciendo y en la comisión es algo como recurrente: se infravaloró la pandemia, se infravaloró cuando apareció en China, cuando apareció por Italia. Y yo creo que la pregunta es por qué. ¿La única respuesta es arrogancia civilizatoria de occidente, de Europa? Porque a mí me sorprende mucho, o sea, creo que tiene que haber alguna otra respuesta desde un punto de vista técnico-científico que lleve a pensar que era un escenario tan nuevo que se infravaloró porque estábamos ante algo desconocido. Porque si no, vamos a tener que retirarnos, si la única respuesta es la arrogancia.

Compartimos la reflexión de que se ha respondido tarde, indudablemente, pero tal vez no comparta tanto el que se hizo mal. Se hizo improvisando mucho porque era algo imprevisto, y desde luego nosotros hemos sido muy críticos, al igual que usted, con toda esa apuesta por el mando único, la centralización, y lo único que suponía, a nuestro juicio, era una injerencia en el bien hacer de las comunidades autónomas que tenían un largo recorrido de gestión del ámbito sanitario. Pero, bueno, a medida que ha ido avanzando parece que se ha ido acertando más en la respuesta.

Ha hablado usted de financiación y se ha referido a dos aspectos: uno, a los fondos europeos, y por otra parte a las diferencias de financiación que existen actualmente. En cuanto a los fondos europeos, una cuestión: decía usted que deberían destinarse de forma estructural, a financiar estructuras. Y

la pregunta es: ¿van a ser estructurales los fondos europeos? Porque si no, igual tenemos un problema, si estamos ante fondos de naturaleza coyuntural y hacemos financiación estructural, podría haber ahí una divergencia de la naturaleza del fondo y de la inversión que se realice.

En cuanto a las diferencias del gasto por habitante y la financiación que existe: nosotros, desde Euskadi y Navarra, sabe que tenemos un régimen de financiación distinto, vía concierto o vía convenio, pero aun así y todo nosotros queremos poner el énfasis en que no es solo una cuestión de financiación, que también, sino también es una cuestión de políticas públicas que se vienen haciendo a lo largo de los años, y en las que se está acertando. No solo la financiación; nosotros ahora, en 2008 estuvimos en una situación crítica y ahora vamos a abordar una situación crítica también. Nuestro sistema de financiación es de riesgo unilateral y cuando las cosas vayan mal nadie va a venir a salvarnos. Nosotros vamos a tener que ver cómo derivamos fondos que hasta ahora iban a otros sitios para seguir manteniendo este sistema sanitario potente en Euskadi, donde el gasto por habitante es el primero del Estado.

Pero el segundo es Asturias, que está en el régimen de financiación general. Por tanto, yo creo que ustedes, quienes estén en el régimen común, entiendo que tendrán que hacer un análisis más certero, acertado del sistema de financiación, pero creo que es muy importante que la financiación debe ir acompañada por una apuesta firme, por unas políticas públicas determinadas, en nuestro caso dando prioridad a las políticas públicas en el ámbito sanitario y social.

Usted decía, y esta pregunta es buenísima y se la firmamos: ¿dónde está la financiación de la ley de dependencia? Es algo que está pendiente y nos encantaría que el Gobierno de una vez por todas resolviera una cuestión pendiente.

Y en cuanto al modelo decía usted que había que hacer un cambio radical, tanto en el modelo asistencial, y se ha detenido en el ámbito y en el modelo de las residencias, como también en el modelo sanitario. Nosotros estamos planteando desde el grupo si lo que tendría que haber es un nuevo modelo sociosanitario, tendría que haber una colaboración más próxima y más estable entre ambos modelos, o lo que tiene que haber es una convergencia y la creación de un nuevo modelo sociosanitario, no sé usted cómo lo ve.

En cuanto a la atención primaria, estamos de acuerdo en que se tiene que reformar, pero nosotros no consideramos que debe plantearse la atención primaria como algo que se enfrente al modelo de asistencia en hospitales. Consideramos que es una red integral que debe trabajar de forma conjunta creando centros de salud de alta resolución y teniendo también grandes inversiones en tecnología, en innovación en tecnología, que realmente es resolutoria en el caso de determinadas patologías. Y por tanto planteamos reforzar la atención primaria y también la salud pública, pero como complementario al modelo actual.

Y en relación a la reforma asistencial del modelo de residencias, también consideramos, como usted venía a decir, que hay que reforzar la atención domiciliaria, porque es cierto que donde muchas de las personas quieren estar es en sus casas, ¿pero no cree que debemos tener en cuenta también el nuevo modelo de familias? Es decir, vamos a cambiar y vamos a reformar un modelo asistencial a futuro, y en el futuro muchos de los individuos, muchas de las personas vivirán solas en sus casas. Tal vez tengamos que evolucionar también a un modelo asistencial que, además de las patologías sanitarias, tenga en cuenta los modelos sociales. No sé qué opina usted al respecto.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos.

El señor **DÍAZ GÓMEZ**: Pues yo muy breve porque vamos a tener muy poco tiempo para las respuestas, y entonces solo le voy a hacer dos preguntas. Muchas gracias por su comparecencia.

Una: para no repetir preguntas que han hecho mis compañeros sobre las residencias, yo voy a ir a dos cuestiones que no creo que se pregunten, o por si acaso se las hago yo, pero para no reincidir voy a ir muy al grano. Usted ha dicho que se infravaloró la gravedad de la pandemia a la que nos enfrentábamos. Yo tengo una pregunta que es: ¿se sobrevaloraron, a lo mejor, las anteriores? Quiero decir, ¿se utilizaron términos muy gruesos en el pasado para definir situaciones menos graves que la anterior, y con lo cual esos términos (con términos me refiero a dar más protocolos a todo, o sea, estoy simplificando mucho la cuestión), de manera que vaciamos de contenido las alertas, llamando muchas veces a la ultragravedad de situaciones anteriores?

Y segundo: en el documento que nos ha pasado decía usted que hay que dinamizar los protocolos éticos en tiempos de crisis. Esta cuestión, a mi grupo parlamentario, a Ciudadanos nos parece fundamental. Ojalá no vuelva a suceder, ¿pero cómo cree usted que tendría que afrontarse en una próxima pandemia el hecho de que las personas no mueran solas en las UCI, como nadie debe morir?

Y para no quitar más tiempo, y la presidenta ha visto qué bien me he portado, termino ya. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Díaz. Por Junts per Catalunya, por favor.

La señora **CAÑADELL SALVIA**: Buenos días, doctor Manuel; en principio voy a ser breve, como nos ha pedido la presidenta. El tema de invertir o destinar más recursos del presupuesto en I+D+i, creo que es esencial, porque hemos tenido un problema de acopio de material, y creo que España, Cataluña tiene el potencial para producir ciertos materiales sanitarios que hemos necesitado y que los hemos tenido que comprar en el exterior. El papel que según usted tiene que jugar la primaria en el pos-COVID, y me gustaría lanzar una pequeña lanza en favor de que un hospital está formado por asistenciales y no asistenciales, y creo que también han tenido mucho que ver con la buena gestión de la gestión de la COVID, lo digo como no asistencial de un hospital, y creo que no usted, sino en todas las comparencias se ha hablado poco y creo que también es importante.

Luego, la ley de la dependencia, cierto, el Estado no cumple con la financiación; usted ha dicho que la asumen las comunidades autónomas, y yo me atrevo a añadir que, aparte de las comunidades autónomas, también los ayuntamientos tenemos que asumir parte de lo que no está cumpliendo el Estado.

Y luego, si hay algún estudio, usted ha hablado de ratios, si tienen algún estudio sobre cuál sería el ratio óptimo de personal.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Por el Grupo Republicano.

El señor **ERITJA CIURÓ**: Gracias, presidenta. Buenos días, don Manuel Balcells. Mire, usted ha puesto encima de la mesa uno de los debates que creo que esta comisión debería trabajar, y como mínimo dar constancia, que es el modelo realmente de gestión de esta pandemia, que es la idea de qué papel ha jugado el Estado o el Ministerio de Sanidad en la gestión, si un modelo centralizado de gestión de la pandemia o un modelo que por otro lado otros grupos defendemos, un modelo que recaiga directamente sobre la gestión y decisión en comunidades autónomas, que es quien tiene las competencias. De hecho, usted ha alabado la capacidad que ha habido de adaptación, pero sobre todo desde la proximidad, desde la gestión de la proximidad, y quizás esto es uno de los valores que tendríamos que valorar. La capacidad de adaptación ante una situación tan grande ha sido gracias a la proximidad de los servicios sanitarios, en la resolución de las soluciones de que se tienen que dar cuenta.

De hecho, creo que esta valoración de si el modelo centralizado ha sido positivo se tiene que ver siempre sobre todo no tanto en clave política, que es donde caemos siempre, sino en clave realmente, por lo tanto, de eficacia y eficiencia, de resolución de todo este modelo.

Ha planteado en su documento también, o ha dado un ejemplo del modelo del Ministerio Federal de Salud de Alemania, que simplemente lo que hacía era coordinar el tema de la información, de centralizar la información. De hecho, una de las preguntas que quería comentarle es si usted, por ejemplo, cree que en ese sentido quizás uno de los grandes esfuerzos tenía que haber sido lo que sería la homologación, o como mínimo uno de los esfuerzos tiene que ser en la homologación o lo que sería la generalización de los criterios del sistema de información. Y en ese sentido, creo que el ministerio por aquí sería una de las funciones para reforzar.

Otra pregunta que quería hacerle es: para hacer frente a posibles rebrotes, ¿cree usted que en estos momentos se han previsto *stocks* o material de protección? Lo digo porque esto sí que sería una acción urgente. Estamos haciendo propuestas de futuro, pero creo que todavía no hemos salido de la COVID y hay posibilidades de rebrotes en pocos meses. Y por lo tanto, una de las acciones urgentes y que podríamos resolver es intentar acumular *stocks* de material, básicamente para que no nos vuelva a pasar lo mismo, creo que eso es un tema que necesita realmente de una emergencia.

Y finalmente, respecto al cambio de modelo de gestión residencial, compartimos totalmente sus planteamientos. Y básicamente, tener en cuenta, como ha marcado usted, que de hecho pivota en dos polos: por un lado el sistema sanitario y por otro el sistema social. Y por tanto, son dos modelos en estos momentos, son dos modelos, no solo y simplemente el sistema sanitario, sino el sistema social, y que dentro del sistema sanitario, sobre quien debe pivotar es la atención primaria, y dentro incluso del campo de los servicios sociales, del sistema social, de los servicios sociales. Por lo tanto, tiene que haber un consenso en el momento de plantear ese nuevo modelo en torno a esos dos sistemas, el sistema social por un lado y el sistema sanitario por otro.

En todo caso quiero decir que la complejidad se suma, en ese sentido de que tienen que coincidir o consensuar dos modelos de gestión sobre un mismo problema.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Federal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Muchas gracias, señor Balcells. Le vamos a hacer varias preguntas que nos llegan por el malestar de las mareas blancas y otros colectivos.

Ustedes aprobaron un decreto ley que establece el pago de 43 000 euros a hospitales privados por altas de pacientes en UCI independientemente de los días de estancia, y decían luego que estas empresas devolverían el dinero siempre que el beneficio fuera superior al razonable. Nos gustaría conocer su opinión sobre este planteamiento.

En segundo lugar, la siguiente pregunta nos llega por el malestar de los propios sanitarios. Hace escasos días ha renunciado a la Secretaría de Salud el señor Joan Guix, motivado por un contrato a Ferroser Servicios Auxiliares, una filial de Ferrovial, por un importe de 17,6 millones de euros. ¿Qué opinión le merece esta externalización de una función propia de la atención primaria? Porque sorprende, al ir en contra de las demandas de la sociedad de reforzar la sanidad pública, y especialmente la atención primaria.

En tercer lugar, ¿cuál cree usted que es el motivo de que en España la media del gasto en atención primaria por habitante y año sea de 202 euros, mientras que en Cataluña es de 106 euros, habiendo ido disminuyendo respecto de otras comunidades autónomas en los últimos años?

Y finalmente, ¿opina que las comunidades autónomas han entrado en competencia entre ellas en las compras de material?

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. A continuación el representante del Grupo Parlamentario Vox.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Buenos días, doctor Balcells. Me llamo Juan Luis Steegmann, soy diputado por Vox, también soy médico, pero ahora ejerzo como diputado.

Mire, ya veo que ha asesorado usted a la Generalitat, porque he visto un documento del Consell Català de Salut, y aquí le voy a decir algunas cosas que me han gustado mucho de este documento, y le felicito. Por ejemplo, que dice, en el documento se dice que no solamente se ha infravalorado la epidemia o la pandemia, sino también los brotes epidémicos, lo dice textualmente. Y dicen ustedes que la globalización ha sido clave en la propagación del virus. Lo cual es el diagnóstico que hacemos desde nuestro grupo, y apoya la exigencia de nuestro grupo en lo que concierne a reforzar un plan microbiológico de vigilancia en nuestras fronteras y una detección pronta y cribado de infecciones a nivel local y regional. ¿Qué opina usted sobre esto?

Criticán ustedes también, como nosotros, que no ha habido una voz científica –lo traduzco del catalán, que ya se me ha olvidado de mis tiempos de San Pau– consensuada, autorizada y reconocida en el ámbito de la salud. Es decir, que parece que ustedes dicen de alguna forma, pero a lo mejor me equivoco, que ahí no ha habido, que las sociedades científicas no han estado pronto.

Y en el ámbito del sistema sanitario catalán, aunque usted dice que hay ausencia de protocolos y pautas rigurosas, sobre todo supraterritorialmente – cómo no, echa la culpa un poquito al Gobierno central–, y dicen ustedes que había deficiencias en el análisis y la previsión de la importancia de la pandemia, con poca coordinación. Oiga, en la Generalitat ustedes tenían la experiencia de la clausura del Mobile. ¿Por qué las direcciones de salud pública de la Generalitat no advirtieron sobre esto?

Bien, y dicen además, y se autocritican, que ha habido descoordinación entre sus servicios de protección de la salud, la capacidad de respuesta de la red territorial catalana, la municipal y el sistema asistencial de salud. Es decir, que esto es su diagnóstico, no el mío.

Termino, señor presidenta. Por lo menos yo no le he oído autocrítica a la Generalitat, tampoco al ministro de Sanidad. Bueno, ustedes, y lo saludo, han criticado en su documento la inhumanidad del trato, de la falta de acompañamiento a nuestros mayores en la agonía. Eso demuestra una gran sensibilidad de su parte. Pero mire, doctor Balcells, usted no es especialista en unidad de cuidados intensivos, aunque le he visto con el respirador 3D, me parece muy bien: ¿qué valoración hace usted del documento que publicó la Sociedad Española de Medicina Intensiva, en el que decía que para hacer el triaje había que tener en cuenta la supervivencia libre de discapacidad y el valor social de la persona? Porque, incluso en el ministerio, en el documento ministerial, se dice que no se debe hacer decisiones valorativas sobre la supervivencia libre de discapacidad.

Y ustedes, finalmente, para terminar, dicen que –en Cataluña, supongo, no es las noticias que tengo yo– ustedes en Cataluña las decisiones duras de quién debe sobrevivir y quién no se han tomado con justicia y equidad y que el decidir sobre la supervivencia se ha tomado en pocas ocasiones. Es decir, ¿que cree usted que los ancianos de las residencias han tenido acceso a las UCI de una forma limpia?

Y termino en dos segundos: ¿usted conoce este documento, que son recomendaciones del CatSalut, en el que se dice que a personas mayores de 75 años se les ha negado el acceso a UCI por tener simplemente una clasificación de vulnerable? ¿Lo conoce usted? ¿Cuál es su opinión? ¿No han podido influir

estas recomendaciones en el poco acceso a la UCI de los ancianos en Cataluña?

Muchísimas gracias. Le repito nuestro agradecimiento, doctor Balcells.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. La representante del Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, señora presidenta. Muchas gracias, señor doctor Balcells, por su intervención. Quiero decirle en primer lugar que el documento que nos ha hecho llegar es un documento que, a diferencia de otros que hemos recibido, hace un análisis importantísimo de lo que nos ha pasado y saca conclusiones. Y por lo tanto, le felicito por el documento, que, como le digo, es un documento muy completo y con un análisis pormenorizado basado en hechos objetivos, que esto es muy importante, como sabe, en medicina y en la vida.

La primera pregunta que le quiero hacer, doctor Balcells, es la siguiente: la Generalitat, usted preside el consejo asesor de la Generalitat, de sanidad, ¿les han llamado a ustedes, les han consultado para tomar decisiones? Porque me gustaría saber qué ha pasado en su comunidad autónoma, dado que a nivel estatal por aquí están pasando personas del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad pero ninguna de ellas ha sido consultada, que yo sepa, en esta crisis. Sin embargo, las personas que han asesorado al Gobierno no van a pasar por aquí. Esa es la primera pregunta, me gustaría saberlo, seguro que así es.

Usted, en el análisis que ha hecho ha tratado varios temas muy importantes. Y yo le voy a decir que en el diagnóstico que usted ha hecho estoy totalmente de acuerdo con usted, y por lo tanto hago mío lo que usted ha hecho de la parte diagnóstica. Y de la parte terapéutica, si me permite, ahí

coincido en muchas cosas con usted; usted ha hecho una reflexión muy acertada –bueno, no quiere decir que con lo que yo no esté de acuerdo no sea acertado–, pero usted ha hecho un análisis pormenorizado del sistema de financiación. Ya sabe que a la sanidad se nos trata a veces como una maría, y cuando dices que eres médico o que eres gestor de la sanidad, la gente te mira con un cierto recelo porque duda de que seas realmente bueno para el sistema, y es verdad que se le trata siempre como a la hermana pobre, y por eso es muy importante analizar la financiación, el incremento de financiación, y luego la eficiencia del sistema. No aquello del “usted lo sabe”, los resultados en salud son clave también para hacer una valoración de a qué destinamos los recursos.

Por lo tanto, ha hecho un análisis de la financiación, ha hecho un análisis de la gobernanza del sistema, que a mí me obsesiona también, es decir, de cómo tenemos que cambiar, con las tecnologías que tenemos en este momento, la coordinación primaria, la hospitalaria y el sociosanitario. Y hay cosas que se pueden hacer que no cuestan mucho dinero. La parte de innovación que usted ha tratado maravillosamente, es decir, innovar. Pero la gente, cuando se habla de innovación, solamente hablar de innovación cree que es incorporar los protones en el tratamiento. No, la innovación también es en la parte asistencial, en la parte clínica, en la parte de coordinación de historias, en la parte –y le quiero preguntar– en materia de salud pública, que esa parte no la ha tratado, es cómo reforzar el sistema de salud pública de las competencias que tiene el Estado y la coordinación con las comunidades autónomas, que me parece fundamental y me gustaría también que usted nos contara una reflexión al respecto.

Ha tratado otro tema que trata en el documento pormenorizadamente, que es la parte ética. Usted ha hablado de las lecciones aprendidas. Y para mí, una de las lecciones aprendidas, en esta comisión se está hablando bastante

poco de los pacientes, de las personas. Usted hace un análisis, habló de las cuatro olas: la ola de mortalidad y morbilidad, la ola de pacientes no COVID, la ola de pacientes de enfermedades crónicas y la ola del estrés postraumático. Y yo le añadiría, con perdón, una quinta ola, que es la parte ética de la pandemia, que me preocupa. Es cómo nos han tratado a los ciudadanos. Yo aquí ya no sé muy bien lo que soy, si soy médico, política o ciudadana fundamentalmente. Y el análisis de la pandemia lo he hecho también como ciudadana. ¿Usted cree que el tratamiento que nos han dado a los ciudadanos, con la información que se está dando, tanta información, todos los días, tan cambiante, genera confianza en los ciudadanos? Porque el paciente en estos días no ha estado en contacto permanente con su médico. Es decir, los ciudadanos no están en contacto con los sanitarios. ¿Usted cree que ese tratamiento ha sido el adecuado? Y luego, ¿qué consideraciones tiene con respecto a la protocolización que ha habido con respecto al tratamiento?; no solamente de las personas mayores, que me preocupa mucho, de las personas de residencias de mayores, y el análisis que usted ha hecho, sino una parte también sustancial que es la derivación que ha habido de pacientes –y termino ya, señora presidenta– desde que estaban en su domicilio, se les decía “quédese usted en el domicilio”, y a los siete días este paciente ingresa por urgencias, y de ahí va a la UCI. ¿Cree que esa derivación con carácter general, esa protocolización que le corresponde a la autoridad sanitaria única, que se ha llevado con eficacia, y desde el punto de vista ético, cree que es para sentirnos orgullosos como país? Porque esa parte ética de su documento es fundamental, de reflexionar también.

Y en último lugar, mi pregunta es: ¿cree que merecería la pena en un momento como este que todos los partidos políticos y todas las instituciones nos pusiéramos de acuerdo en, aunque solo sea cuatro o cinco cosas, ponernos

de acuerdo en un pacto por la sanidad de este país?, que merece mucho la pena porque al final lo más importante lo hemos visto, lo importante es la salud.

Le felicito por su intervención. Discrepo en una cosa con usted, que es: hay que reforzar los servicios de salud, pero creo que el Ministerio de Sanidad y Consumo, hay que reforzar la gobernanza del sistema, yo creo que hay que hacer una agencia nacional donde estén las comunidades autónomas, formen parte de esa agencia y que haya gobernanza y reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica y salud pública.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. A continuación tiene la palabra la representante del Grupo Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Buenos días, doctor Manuel Balcells. Bienvenido a este grupo de trabajo perteneciente a la Comisión de Reconstrucción Social y Económica de España, Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública. La verdad, nos ha hecho una exposición muy detallada y muy completa, que agradezco, al igual que agradezco desde aquí las del resto de comparecientes, que entre todos nos ayudan a comprender mejor y también a tener una visión mucho más transversal y para conseguir lograr un acuerdo, que es para lo que estamos aquí las diputadas y los diputados, desde el punto de vista por lo menos de nuestro grupo parlamentario, el socialista.

Le voy a hacer cuatro preguntas muy concretas y quizás no pueda quedarme a escuchar sus respuestas, lo lamento muchísimo, pero escucharé después por el vídeo lo que me responde.

La primera sería en cuanto a, usted habló de las plantillas insuficientes, es verdad que la temporalidad expulsa a profesionales del sistema y que hay

que ir a una mejora de la contratación, hay salarios muy bajos. ¿Cómo se podría impedir la fuga de profesionales? Yo querría preguntarle en este sentido si tiene usted el cálculo de cuántos recursos habría que poner ahí.

Otra pregunta sería cómo se preparó Cataluña en relación a la reserva estratégica para la mitigación de los efectos de la pandemia.

También me gustaría si nos puede decir si considera usted que Cataluña estaba preparada en términos de reserva estratégica.

Y la última pregunta, si cree usted que desde el ministerio hay un papel concreto en cuanto a la definición, es decir, qué tipo de elementos, cuántos, trajes, guantes, gafas, EPI, respiradores, etc., quién define eso, la compra, el almacenamiento, el suministro, el pago de su coste. O si esto es algo en lo que solo deben intervenir las comunidades autónomas.

Muchísimas gracias.

El señor (?): **[Sin micrófono]** Alguno nos vamos a tener que ir a la comisión...

La señora **PRESIDENTA**: Yo les quería decir, la comisión va a empezar a menos veinte.

El señor (?): **[Sin micrófono]** ¡Ah!, vale. Igual, si nos fuéramos, no obstante, todos vemos el vídeo.

La señora **PRESIDENTA**: Tengan todos en cuenta que nos acaban de comunicar que empieza a menos veinte, para darnos un poco de margen.

Doctor Balcells, tiene usted la palabra.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSELL ASSESSOR DE SALUT** (Balcells i Díaz): Hay muchas preguntas, procuraré ser sintético, y a menos veinte que puedan estar en la otra comisión.

La primera pregunta del diputado Ruiz de Pinedo, del Grupo Bildu, sobre la versatilidad y cómo aprovechar la innovación en el tejido productivo. Casualmente después el representante de Vox lo comentó, hay una experiencia propia en Cataluña y desde el centro tecnológico en el cual trabajo respecto a cómo aprovechar la innovación con nuevas tecnologías para hacer respiradores. Ante la necesidad inminente de respiradores que había nos pusimos en marcha un conjunto de ingenieros, médicos, profesionales, para desarrollar con nuevas tecnologías, aprovechando la experiencia en 3D, para coger un modelo de una universidad americana en abierto para desarrollar en pocas semanas un respirador 3D útil, efectivo y que pudiera dar respuesta a las necesidades de la pandemia. Y digo abierto para todas las comunidades del mundo que puedan tener este problema. Eso se ha consolidado en una innovación, que ha recibido el premio Industria 4.0 estos últimos días, y que por suerte no hizo falta ponerlo en marcha de forma sistemática, porque el techo de la epidemia llegó al límite de la capacidad de UCI instalada, que era el triple en Cataluña de la previa. Y no hizo falta. Pero todos los hospitales tienen este respirador y otros.

Bueno, esto debe quedarse, porque al igual que esto fue una iniciativa conjunta para desarrollar nuevas tecnologías, hay empresas que han surgido para hacer respiradores, para hacer bombas de infusión, para hacer batas, para hacer mascarillas. En Cataluña era un poco sorprendente, donde una industria textil de toda la vida no podía hacer batas ni mascarillas, porque venían de China. Entonces, los industriales catalanes del textil, antes esto, dicen “hombre, pues lo podríamos hacer nosotros”. ¿Qué pasaba y qué pasa,

también?, que es un motivo de reflexión también aquí. No hay mecanismos reguladores, acreditadores de calidad para poder acreditar estos productos sanitarios, que es una de las deficiencias que creo que también deberíamos solventar.

Por tanto, hay pistas para aprovechar la innovación, para desarrollar empresas vinculadas al territorio que puedan dar respuesta y que puedan estar alineadas para productos considerados esenciales. Creo que es una pista.

Respecto a las preguntas del Grupo Vasco, arrogancia, yo diría que es lo que tiene el presidente Trump, o Bolsonaro. Es decir, primero es la negación, arrogancia, una orientación de la crisis sorprendente. Yo creo que aquí en España no hubo arrogancia, lo que sí es que se infravaloró. ¿Por qué motivo? Yo creo que se valoró tarde y no se hizo caso de lo que pasaba en Italia, cuando en Italia ya era un drama, cuando ya teníamos conocimiento de que en Italia era un drama, y se adoptaron las medidas de forma dubitativa tarde, porque el confinamiento, esos quince días de retraso quizás es la diferencia entre Portugal y España, o entre Grecia y España. Quizá, no sé. También es verdad que el comportamiento del coronavirus ha sido una incógnita para todos los científicos, y han ido aprendiendo a medida que han ido pasando las cosas. Pero la OMS lo infravaloró. Y lo que pasó en China no se valoró suficientemente, pero lo que pasó en Italia era muy cercano ya. Entonces, yo no creo que fuera por arrogancia, sino por dudas o quizá por no tener criterios epidemiológicos muy claros.

Cuando hablamos de financiación estructural, es un poco semántica la diferencia. Es decir, estamos acostumbrados a que la financiación estructural europea es para estructuras. Ahora ya no, con el sistema de *restress*(?) europeo, la financiación europea ya va para la innovación, para proyectos y para servicios.

Yo, cuando hablo de financiación estructural en sanidad, me refiero a no coyuntural para pagar la factura de la COVID, es decir, hemos incrementado servicios, valen 4000 millones, aquí está este dinero puntual para cubrir estos servicios, sino para ir básicamente a las plantillas adecuadas, para los salarios adecuados, para el equipamiento adecuado, para la amortización adecuada, para tener los aparatos de resonancia nuclear magnética donde hace falta. Me refiero a esta financiación estructural.

Evidentemente entre el sistema foral de Navarra y País Vasco y el sistema común hay mucha diferencia. Yo creo que en Cataluña hay mucha gente que quisiera un sistema fiscal propio, porque con un sistema fiscal propio juegas a las verdes y a las maduras, naturalmente, pero tienes tu capacidad propia para poder incrementar, si conviene, y para poder ajustar el gasto sanitario.

Lo que es evidente es que hay una diferencia notable por el gasto por habitante, y esto repercute en la tensión para poder una calidad determinada.

Ley de dependencia: está claro que es una asignatura pendiente y no podremos avanzar de una forma estable desde la perspectiva de una atención social y sanitaria sin la pata social un poco más musculada, y la ley de dependencia es un instrumento más que debe cumplirse.

¿Hace falta un nuevo modelo sociosanitario? Sí, desde mi punto de vista, sí, vinculado al sistema social. Es decir, cuando hablamos de atención domiciliaria intervienen recursos sanitarios e intervienen recursos sociales. Y cuando hablamos de la soledad, que es la gran enfermedad de presente y de futuro, suficiente como para que Inglaterra tenga un ministerio de la soledad, estamos hablando más de patología social que genera patología sanitaria. Por tanto, la línea es muy indivisa y se debe abordar de una forma integral.

Respecto a la pregunta de Ciudadanos, ¿se sobrevaloraron las anteriores? Quizá sí, pero en cualquier caso los avisos desde Italia, desde China ya, pero desde Italia eran muy llamativos ya. Y yo creo que debemos aceptar que se infravaloró, se fue tarde. Y ya está. Y que no vuelva a pasar. ¿Se fue tarde adrede? No, por supuesto que no. ¿Pero se infravaloró? Sí. ¿Se equivocaron los epidemiólogos? Sí, también se equivocaron los economistas en la crisis de 2008 y 2010, ¿o no? Pues aquí también se equivocaron. Y de los errores se aprende. Pero hay que aceptarlo y ver la relatividad para que no vuelva a pasar.

Protocolos éticos en tiempos de crisis: la doctora Pastor también lo comentó, la ética debe estar presente. No hemos hecho suficiente ejercicio para poder afrontar estas situaciones que se han presentado de la soledad ante la muerte, del acompañamiento en el final de vida y la atención en las UCI. Y esto ha sido un drama. Ha sido un drama que ha habido que adaptar sobre la marcha. Y luego hablaré también de los ingresos en la UCI. Pero sí, debe haber una reflexión profunda sobre los comités de ética asistencial y preparar protocolos para que los profesionales puedan estar preparados y no tengan que improvisar sobre temas tan graves. Y esto ha pasado en general.

En la intervención de JxCat: ¿hay que incrementar recursos de I+D+i? Sí. Pero esto debe ir acompañado de una estrategia general de innovación de un país, de un Estado, porque si no, siempre son palabras. Esto debe acompañarse de una estrategia acompañada de un presupuesto. Es importante tener instrumentos para poner en valor tanto la innovación como esta investigación. En general España, y en este sentido Cataluña y Madrid son los dos focos, tienen un nivel de investigación biométrica altísimo, de primer nivel europeo. Pero en cambio, a nivel de innovación esto baja

inmediatamente, porque no se traduce, no va una traslación al mercado. Y esto debe solucionarse.

La ley de dependencia, evidentemente ya lo hemos hablado. ¿El papel del Estado no lo ha asumido? Sí lo han asumido también los ayuntamientos, lo ha asumido el Gobierno de la Generalidad en este caso, y suerte de los ayuntamientos. Es decir, los ayuntamientos juegan un papel importantísimo en atención social. De hecho, es su competencia, el comedor domiciliario, el acompañamiento, etc. Por tanto, debemos ir coordinados con esta fuerza que ellos representan.

¿Los no asistenciales tienen papel? Claro que tienen papel. Evidentemente en una exposición así corta, no da tiempo, pero han conseguido transformar un gimnasio en una UCI en cuestión de horas. Han sido, yo creo, los héroes. Las señoras de la limpieza han estado ahí al pie del cañón y han sido grandes protagonistas. Y cuando hablamos de personal sanitario, yo los pongo a todos en el mismo cajón.

A las preguntas del Grupo Republicano, yo hablaba de Alemania, el modelo alemán, el modelo de los *Länder* alemanes es un modelo federal de verdad. Allí el ministerio ha hecho un papel de coordinación, y la decisión la han tenido los *Länder*, la decisión y la gestión, incluso en los desconfinamientos, en su propia gestión. ¿Hubiéramos ido mejor con este modelo? Es una pregunta, es una pregunta. Mi opinión es que la proximidad es un grado muy importante. La subsidiariedad es un grado importante, sobre todo cuando durante muchos años la experiencia en la gestión, en las compras, la ha llevado en el caso de Cataluña, Cataluña. Por tanto, ha sido extraño esto y no ha sido eficaz. Y podríamos poner ejemplos de cómo han llegado los materiales de protección, los EPI y han llegado los respiradores, y han llegado los materiales que hacían falta, no han llegado por la vía del Gobierno central,

quizá un 15 %, el resto ha sido comprado por las comunidades porque tenían sus canales; e incluso con encargos previos que no habían llegado porque las fronteras ya se habían cerrado.

Por tanto, ¿qué tiene que hacer el ministerio, desde mi punto de vista? Coordinar, facilitar sistemas, organismos notificados, que se llama, para poder acreditar mascarillas, etc.

Y frente al rebrote: ¿hay *stocks* suficientes, hay que hacer una acción urgente? Sí hay que hacer una acción urgente. ¿Hay *stocks*? No, no hay *stocks*, si estamos saliendo de la crisis, estamos aún utilizando *stocks*. ¿Sabe cuántas mascarillas se utilizan por semana en un hospital medio? 25 000 mascarillas en un hospital medio.

La señora **PRESIDENTA**: [Sin micrófono] Disculpe...

El señor **PRESIDENTE DEL CONSELL ASSESSOR DE SALUT** (Balcells i Díaz): Sí, rápidamente.

Cambio del modelo residencial junto al sistema social: por supuesto.

Preguntas de Unidas-Podemos, que eran muy concretas: yo no estoy en la gestión diaria del sistema de salud de Cataluña, naturalmente, yo no estoy en nómina del Departamento de Salud, yo soy presidente de un consejo asesor para orientar la estrategia de futuro del modelo sanitario. Pero conozco bien las preguntas que me hace y las responderé.

Se han pagado las UCI del sistema privado que han ayudado a solventar las crisis igual que se pagan en el sistema público, igual. Es decir, el precio de alta es el mismo. Esas son afirmaciones del director del Servei Català de la Salut. Han pagado lo mismo. ¿El sistema privado ha ayudado? Sí, y mucho. Gracias al sistema privado se ha podido llegar a una situación de estabilidad

con camas y con UCI. ¿Y cómo se les ha pagado? Igual que se le paga al sistema concertado, que es un sistema público en Cataluña.

¿Ha dimitido el doctor Guix por el tema de Ferrovial? No, absolutamente no. Son informaciones absolutamente tergiversadas. Conozco mucho al doctor Guix, y él lo ha manifestado y lo ha dicho públicamente. Tenía muchas ganas ya de cerrar esta etapa por problemas de salud.

La señora **PRESIDENTA**: Disculpe, pero es que tenemos que acabar.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSELL ASSESSOR DE SALUT**  
(Balcells i Díaz): Sí.

La señora **PRESIDENTA**: Es que no pueden coincidir en el tiempo. Discúlpennos.

El señor **PRESIDENTE DEL CONSELL ASSESSOR DE SALUT**  
(Balcells i Díaz): ¡Ah!, de acuerdo. Todas han sido muy interesantes. Me sabe mal no poder contestarlas.

La señora **PRESIDENTA**: ¿Le parece que hagamos una cosa, si no le importa? Levantamos formalmente la sesión. Y si aquí, privadamente, las preguntas que queden sin contestar, yo me quedo con usted, pero es que formalmente no puede estar...

El señor **PRESIDENTE DEL CONSELL ASSESSOR DE SALUT**  
(Balcells i Díaz): Lo que usted diga.

El señor (?): Demos un aplauso. [**Aplausos**]

La señora **PRESIDENTA**: Señor Balcells, muchísimas gracias por su presencia hoy aquí. Se lo agradecemos mucho. Sentimos esta solapación de comisiones. Y ahora nos quedamos aquí con usted.

Muchísimas gracias por sus aportaciones, de verdad.

Se levanta la sesión.