

TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO
SANIDAD Y SALUD PÚBLICA
COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y
ECONÓMICA
SESIÓN N.º 6, CELEBRADA EL VIERNES 12 DE JUNIO

(Sin presencia ni corrección por parte del personal del
Departamento de Redacción del Diario de Sesiones)

Se abre la sesión a las nueve de la mañana.

CELEBRACIÓN DE COMPARECENCIAS:

- DE LA SEÑORA GARCÍA GÓMEZ (MÉDICA ANESTESIÓLOGA).

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Buenos días. Se abre la sesión. En el orden del día tenemos la celebración de cinco comparecencias.

Iniciamos con la de doña Mónica García Gómez. Tiene usted la palabra. Muchísimas gracias por acudir a la llamada de este grupo de trabajo.

La señora **GARCÍA GÓMEZ, MÓNICA** (Médica Anestesióloga):
Muchísimas gracias por permitirme comparecer aquí ante ustedes.

Voy a dividir mi comparecencia básicamente en cuatro bloques: uno, el significado que tiene nuestro Sistema Nacional de Salud dentro de nuestra sociedad; segundo, mi experiencia, cómo ha sido mi experiencia (yo he estado compaginando durante toda esta epidemia mi labor política con mi labor asistencial en un hospital grande de la Comunidad de Madrid), las deficiencias que he vivido en primera persona que puede la política de alguna manera solventar; los puntos clave de la reconstrucción que creo que debemos abordar, que se han abordado muchos ya en comparecencias anteriores; y un cuarto punto, del que creo que no se habla y del que tenemos que empezar a hablar, cuáles son los problemas que tenemos aquí, como en todos los países, con respecto a la corrupción sanitaria, a la corrupción en sanidad, a los conflictos de interés, al buen gobierno, etcétera.

Si estamos aquí en esta Comisión no es solamente por el daño que ha supuesto el paso de la COVID por nuestro sistema sanitario y por nuestra sociedad, sino también porque somos conscientes de que esto ha sido un toque de alarma para iniciar una reconstrucción de nuestro sistema sanitario principalmente, de nuestra sociedad y también de nuestros valores, de cuáles son los valores prioritarios que tenemos. Que a nadie le quepa duda de que de cómo conformemos el acceso a la salud, el acceso a nuestro sistema

sanitario, de cómo conformemos ese pilar básico de nuestro bienestar social, se conformará también el resto de nuestra sociedad. Nos estamos jugando conceptos básicos como justicia social, como equidad, como igualdad, y son valores que están íntimamente ligados al concepto de la libertad si queremos que ésta sea real y efectiva. El concepto de libertad aglutinada junto al valor de la palabra “vida”. Porque la libertad de elegir entre comer durante dos meses comida basura o no comer no es libertad. Porque la libertad entre no trabajar o tener un trabajo basura no es libertad. O porque la libertad de que tú o alguien de tu comunidad acabe intubado en una UVI no es libertad.

Hay que recordar que el 65 % de las bancarrotas en Estados Unidos son debidas a problemas de salud familiares. Fíjense si es importante cómo conformemos nuestro sistema sanitario y cómo influye éste en nuestra cultura, en nuestra sociedad y en nuestra libertad. No es que antes no fuéramos conscientes, es que antes no estaba entre nuestras prioridades. Ha tenido que llegar una pandemia mundial para que re Coloquemos nuestros valores alrededor de un concepto tan básico como la vida. Y tampoco seamos ingenuos y pensemos que todos hemos aprendido la misma lección. Por cada lección que hemos aprendido de reconstrucción del bien común, hay quien ha aprendido o que ha tenido una oportunidad para expresar sus argumentos a favor de sus bienes particulares.

Creo que ha habido un mecanismo extraño por el cual, estando confinados, individualizados y con un distanciamiento social físico, creo que, sin embargo, hemos sido capaces de abrir nuestra capacidad de empatía, y creo que la política no es otra cosa que la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Decía John Rawls que en el hipotético caso de que conformáramos una sociedad desde cero, haríamos una sociedad mucho más justa si no supiéramos qué lugar vamos a ocupar en esa sociedad. Esto se materializa y se ejemplifica perfectamente en nuestra sanidad. Se ha socializado la vulnerabilidad con esta epidemia y se ha socializado el miedo, y lo que nos ha pasado es que todos hemos sido susceptibles de ocupar el lugar de los enfermos, todos nos hemos podido ver en el lugar de los enfermos, de sus familiares, de los mayores, y esa empatía ha sido una de las claves que creo que tenemos que sacar de esta epidemia, la experiencia del virus como vulnerabilidad ante la muerte y también la experiencia del Estado, de las instituciones públicas y de la salud pública como garante de la vida. Que esa socialización de la vulnerabilidad se circunscriba a esta epidemia y nos olvidemos o que deje un poso que seamos capaces de asimilarla y de que transgreda a esta epidemia, yo creo que es una cosa que depende única y exclusivamente de nosotros. Si todos somos susceptibles receptores de cuidados, todos tenemos que empezar siendo potenciales donantes.

El otro día, en alguna comparecencia, salió aquí la fórmula solidaria y exitosa que hemos aprendido de nuestro Sistema Nacional de Trasplantes, de la ONT, y esta es una fórmula que no se puede sostener con caridad, igual que la sanidad tampoco se puede sostener ni con caridad ni con donaciones, y que si se infrafinancia, se rompe el círculo. Porque no nos engañemos, la ONT tiene una financiación finalista que hace que, entre otras cosas y por su manera de organizarse, se escape a muchos conflictos de intereses que sí que afectan a toda la estructura de nuestro sistema sanitario, y creo que tenemos que abordarlos. Sería de una fragilidad extrema si la Organización Nacional de Trasplantes estuviera atravesada por intereses mercantilistas. Esto es una cosa que la entendemos perfectamente para los trasplantes y sin embargo no somos capaces de trasladarla para otras áreas de nuestra sanidad. Insisto, la sanidad no se financia como un acto de caridad y tampoco es un gesto altruista de los profesionales. La heroicidad que se les atribuye o que se les ha atribuido a los profesionales en esta pandemia, muchas veces tiene que ver con sus carencias y con su precariedad. Tenemos que hacer que no vuelva, sentirnos orgullosos de nuestros profesionales no solamente con los aplausos, sino que seamos capaces también de llevar esos aplausos a decirles a los profesionales que nunca más van a volver a trabajar en condiciones de precariedad.

La sanidad se financia por la suma de los intereses individuales que construyen un interés común. Incluso si no queremos apelar a la solidaridad, que es un valor que igual no todo el mundo tiene, podemos apelar incluso al egoísmo. La solidaridad es la manera más inteligente de ejercer el egoísmo. Nuestro privilegio es tener un Sistema Nacional de Salud fuerte, no es que una parte de la sociedad sea capaz de evitar ese Sistema Nacional de Salud a través de seguros privados. Tenemos un privilegio, y lo hemos visto en comparación con otros países y en comparación con otros modelos, y creo que lo tenemos que cuidar.

A lo largo de los años que llevo en política, he tenido el privilegio de poder compaginar las dos labores asistenciales, como anestesista en uno de los grandes hospitales de Madrid y como labor política. La visión o el valor añadido que le puedo aportar a esta Comisión es justamente el haber estado en la epidemia en los dos lugares, en el lugar donde se estaban ejecutando las políticas y donde hemos sufrido los zarpazos más grandes de la epidemia y en el lugar donde, de alguna manera, se hacen las recetas para que podamos los profesionales trabajar. Mi labor política, y supongo que la labor política de muchos de los que estamos aquí, aquí hay muchos profesionales, tiene que ver con cuando me doy cuenta de que yo no solo trabajaba en un quirófano y no solo trabajaba en una consulta, trabajaba en un sistema social. Decía una frase manida de Rudolf Virchow, que es el padre de la medicina

social, que la medicina es una ciencia social y que la política no es otra cosa que medicina a gran escala, y la verdad es que muchos compartiremos que es apasionante poder vivir las dos *lex artis*, la política y la científica, y cómo descubrir también sus grandes diferencias. Entre las grandes diferencias, que creo que son importantes y que creo que también debemos aprender de ellas, tenemos que la ciencia y la medicina avanza entre dudas y, sin embargo, la política se estanca entre dogmas. La ciencia se mueve entre la incertidumbre y los márgenes del error. A todos aquellos que en ciencia aplican dogmas de fe y recetas milagrosas les llamamos curanderos, se mueven en el mundo del esoterismo. Seamos capaces de trasladar esto también a la política. Y hay una cosa imprescindible que creo que tenemos que cambiar en nuestra *lex artis* política porque no nos permite avanzar. Mientras la política busca culpables, la ciencia busca causas, y creo que esta es una diferencia fundamental.

Miren, les voy a contar. Al principio de la epidemia, todos los pacientes llevaban dos medicamentos, todos. La evidencia, la escasa evidencia que teníamos decía que podían ser beneficiosos. Dejamos de utilizarlos, más o menos, el 10 de abril, según los hospitales, dejamos de utilizarlos porque incluso hay algún estudio, que tiene también sus dudas metodológicas, pero hay algún estudio que dice que no solo no ha mejorado sino que ha empeorado. ¿Se imaginan que nos lo echáramos en cara? ¿Se

imaginan que dijéramos “tú has tratado a un paciente con hidroxicloroquina”? ¿Se lo imaginan? Es que es inconcebible. Hemos podido avanzar porque somos capaces de buscar causas sin culpas. Por ejemplo, fuimos capaces también de ver que los pacientes no solamente tenían un problema de infección respiratoria, sino que también tenían un problema sistémico que tenía que ver con su hipercoagulabilidad, y empezamos a aplicar los anticoagulantes de una manera más extensa a partir de abril. Hemos ido aprendiendo y hemos sido capaces de ir avanzando entre la incertidumbre.

Hasta que la política no busque causas en vez de culpas, pues viviremos estancados en la peor versión de la política. Yo soy una enorme defensora de lo que he venido a llamar la política basada en la evidencia, que sigue la definición de la medicina basada en la evidencia, que es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia posible en la toma de decisiones, y tiene una definición que es maravillosa: el uso juicioso. Tiene también una parte subjetiva, claro que sí, no es solamente datos y datos y una mecanización de una interpretación de los datos. Y luego, de la mejor evidencia disponible. Es que la evidencia disponible tiene márgenes de error, claro que sí, y creo que es una cosa de la que tenemos que hablar y de la que tenemos que sacar lecciones de esta pandemia, entre otras cosas, para que no

nos vuelva a ocurrir, no la pandemia, que volveremos a tener, sino esta crisis u otro tipo de crisis, pero sí son las lecciones que tenemos que sacar.

Se habla de que llegamos tarde. Yo creo que es indudable que llegamos tarde. Ahora, hay que analizar las causas de por qué llegamos tarde, porque, si no, no podremos avanzar y llegaremos tarde absolutamente a todas las crisis sanitarias. Hay una que es puramente estructural y cultural. En este país hemos dilapidado la prevención a la enfermedad, hemos dilapidado la salud pública en todas las administraciones, por todos los gobiernos. Digo yo que será porque la prevención no vende acciones, la prevención no inaugura, no pone primeras piedras, la prevención salva vidas en silencio, y seguramente, a lo mejor, con ese silencio no se ganan elecciones, y creo que esto es un problema que tenemos dentro de la política. Fíjense si le hemos dado poca importancia a la salud pública que tenemos una ley desde 2011, hace casi diez años, y no la hemos desarrollado, nadie la ha desarrollado, ni siquiera las comunidades, no la hemos desarrollado. En esa ley se decía que teníamos un centro estatal de salud pública, creo que ahora lo estamos llamando Agencia de Salud Pública, una entidad estatal con funciones en materia de consultoría que pudiera ser la punta de lanza del conocimiento en materia de salud pública, sistemas de información desarrollados y potentes que nos permitan hacer la vigilancia epidemiológica que no podemos hacer con los sistemas de información que tenemos ahora, y fíjense que hubo una

cosa en la que no nos pusimos de acuerdo y es en la cooperación horizontal entre las comunidades autónomas. Creo que es un buen momento para remediarlo.

Y luego hay otras causas que tienen que ver también con cómo hemos vivido las anteriores crisis, la experiencia de las anteriores epidemias. Ha habido epidemias que no nos han afectado. El SARS1 y el MERS es una cosa que se quedó en Asia, y lo que se queda en Asia y lo que se queda en África, ahí se queda, no nos afecta, no somos capaces de empatizar. Y también la última crisis económica, la última crisis que hemos tenido en Europa, que ha sido una crisis económica y que nos ha puesto ante una dicotomía, que es una dicotomía falsa, tener que elegir entre salud y economía, y una crisis económica en la cual dejamos caer a países enteros y dejamos que hubiera países que se endeudaran para la siguiente generación. Esto yo creo que es un factor que ha influido, porque en esa dicotomía entre economía y salud se puede decir “llegamos tarde”, no sé si una semana tarde, dos semanas tarde, pero es la primera vez que hemos sido capaces de darle la vuelta a ese reequilibrio y pensar primero en la salud y luego en la economía. Tanto es así que aquí se hizo un 135 para que quedara claro en la Constitución cuáles eran nuestras prioridades, primero economía y luego la vida, y eso es así. Nosotros, por eso, desde Más País hemos propuesto un 135 social y que pongamos primero la vida y que la economía tiene que girar alrededor de la

vida. Este yo creo que puede ser el inicio de un gran pacto. No podemos hacer un pacto por la sanidad y hablar siempre de pacto por la sanidad cuando no tenemos claras cuáles son nuestras prioridades.

A mí hay una cosa que me ha obsesionado durante estos meses que he intentado de alguna manera investigar, que me ha sido muy difícil, y es saber por qué fallaron los radares, y fallaron los radares de todos los sitios. Yo estoy en la Comunidad de Madrid, aquí hemos tenido el epicentro de la pandemia y aquí no funcionaban los radares. No funcionaron los radares de Atención Primaria. Es verdad que salíamos de la curva de la gripe y pudo haber ahí un factor de confusión, pero es verdad también que tenemos una atención primaria depauperada, colapsada, en la que los compañeros, médicos y enfermeras, están saturados. No funcionaron los radares de las urgencias. Yo he intentado mirar si hubo un aumento de frecuentación, lo he pedido a la consejería, todavía no me lo han dado, qué hubo, qué pasaba en las urgencias. No lo sabemos, y es que tenemos unas urgencias, hablo de la Comunidad de Madrid en este caso, perdónenme, que se colapsan todos los años por la gripe y eso lo vemos normal. Tenemos una epidemia que se llama gripe que tiene vacuna, que sabemos cuál va a ser su incidencia, que sabemos cuál va a ser su curva y aun así se nos colapsan los hospitales. ¡Cómo no se nos van a colapsar con una epidemia imprevisible que ha tenido una subida absolutamente exponencial!

Miren, yo tengo aquí los boletines epidemiológicos de la Comunidad de Madrid. En el de la primera semana de marzo le dedica al COVID exactamente este párrafo. He de decir que durante toda la pandemia aquí hemos tenido un déficit de recursos en salud pública y un déficit de estructura a la hora de informatizar los datos; estamos en la era del *big data* y todavía tenemos epidemiólogos que meten los datos a mano. Este boletín epidemiológico habla de que hay casos importados con otros en los que no se conoce el vínculo epidemiológico, y estamos hablando de la primera semana de marzo, hasta el 9 de marzo, que es cuando se cierra este boletín epidemiológico. El segundo boletín epidemiológico, ya del 17 de marzo, habla de que tenemos 3836 casos y que ya tenemos transmisión comunitaria. Claro que han fallado los radares, por supuesto que han fallado, es que con estos dos boletines era imposible que pudiéramos prever lo que se nos venía encima.

Miren, el 6 de marzo teníamos en la Comunidad de Madrid dos pacientes en la UCI, el 9 de marzo teníamos 53 y a los dos días siguientes teníamos el doble, 102 pacientes en la UCI. El tsunami, que no solo no lo vimos llegar, pero no solo no lo vimos llegar porque, bueno, somos así, somos latinos, no, es que no teníamos los radares conectados, el tsunami se desató de una manera absolutamente imprevisible. En mi hospital teníamos siete planes de contingencia para ir abriendo camas de UCI. Hemos llegado

a ocupar quirófanos, hay hospitales que han ocupado bibliotecas, gimnasios, lo hemos ocupado todo. Teníamos planes de contingencia, estábamos en el plan de contingencia 3 un viernes, calculábamos que íbamos a estar dos semanas en cada plan de contingencia, el 3, el 4, el 5, el 6; en un fin de semana pasamos del 3 al 6. Hemos pasado de tener 30 camas de UCI a tener 90 camas de UCI. Y la mejor sanidad del mundo se colapsó.

Creo que esto nos lleva a dos lecciones. Una, cómo podemos evitar que se colapse. No creo que ahora los planes tengan que ser “vamos a construir hospitales nuevos para abarcar más enfermos”. Es que si no somos capaces de prevenirlo y si no somos capaces de rastrear los casos y de hacer una vigilancia epidemiológica, ya podemos hacer todos los hospitales que queramos que si nuestro sistema se colapsa, como se ha colapsado, no podremos acceder a los pacientes. Tuvimos 1528 UCIs, que, ojo, no eran UCIs. La UCI no es una cama de UCI, no es un monitor y un respirador; la UCI es los profesionales especializados. ¿Y saben con lo que nos encontramos? Con lo que llevamos hablando mucho tiempo: la especialización de la enfermería. No teníamos enfermeras especializadas. El otro día se hablaba aquí “necesitamos gente que sepa intubar”. No, los anestesiólogos hemos cubierto de alguna manera el déficit de intensivistas. Necesitamos enfermería especializada. Es que estamos derrochando talento, derrochando talento a espaldas, porque no hemos sido capaces de trasladar

la especialización a la enfermería. Y tuvimos lista de espera en las UCIs. Creo que esto es lo más dramático que hemos podido vivir en nuestros hospitales, aparte de que es una, por llamarlo de alguna manera, una aberración clínica. No se puede tener lista de espera en las UCIs. Nos hemos dejado muchísima gente fuera.

Sin embargo, ha habido cosas, yo creo, que han sido absolutamente maravillosas. Primero, la autoorganización de los servicios, de los profesionales, cómo han desaparecido esas barreras que había, que fragmentan nuestro sistema en cada uno con su especialidad, cada uno con su categoría, cómo desapareció absolutamente eso, cómo hubo una solidaridad de todos los profesionales, que no estaban en primera línea pero que se pusieron a disposición. Y la solidaridad, y aquí creo que hay que darles las gracias a los Coronavirus Makers, gente que se puso a hacer piezas en 3D desde sus casas, que estaban conectadas en toda España para proveernos tanto de pantallas como de piezas para poder hacer ventilación no invasiva a los pacientes. ¿Cómo que no hay talento? ¿Por qué no aprovechamos todo ese talento, todas esas ganas que tiene la gente de aportar, de innovar? Es que fue una cosa absolutamente espontánea, maravillosa y solidaria. Aprovechemos. Claro que tenemos talento en España para poder aprovecharlo.

Y si hubo autoorganización es porque tenemos unas cadenas de mando y unas cadenas directivas absolutamente rotas por el clientelismo. No sé si conocen ustedes una encuesta de SEDISA, que es la Sociedad Española de Directivos de la Salud, que mencionaba que siete de cada diez decían que su puesto dependía más de su color político que de sus conocimientos en gestión. Esto rompe absolutamente la eficiencia y la eficacia de cualquier sistema. Y estas cadenas de mando no han funcionado, no han funcionado. La toma de decisiones no depende de si te van a quitar del puesto o no te van a quitar del puesto, tiene que depender de otros criterios, y tenemos que profesionalizar y ser capaces de hacer una estructura muchísimo más profesional de la que tenemos en torno a nuestras directivas y a nuestra organización.

Lo que hemos vivido en los hospitales ha sido absolutamente dramático. Hemos tenido unas mortalidades del 20 %. Hay un estudio que ahora ha sacado SEMI, la Sociedad Española de Medicina Interna, que dice que, más o menos, está en un 20 %, lo que significa que uno de cada cinco pacientes que entraban en un hospital fallecía. Miren, les voy a leer un mensaje de un compañero, que le pregunté qué tal en su hospital, y creo que es bastante relevante. Me dijo: “Seguro que lo sabes. Ha sido terrible, muy duro, tremendamente cruel. Según va pasando el tiempo, vamos tomando mayor conciencia de lo acaecido. Vivir el desastre de los pacientes, tener que

desestimar pacientes por falta de recursos, pensando en medidas heroicas, por ejemplo, llegamos a plantearnos usar un respirador para dos pacientes, y ser absolutamente impotentes. No sé si es nuestra cultura médica, pero constatar la impotencia fue brutal. Mientras tanto, ibas viendo cómo tus compañeros iban cayendo, con disnea, con neumonías espantosas, y día tras día sin ver la famosa luz al final del túnel. En fin, nunca había tomado nada para dormir, pero desde entonces soy incapaz de hacerlo sin el bendito lorazepam. Ahora todo ha cambiado. La cosa está mucho mejor, solo hay una UCI con COVID y el hospital se está desahogando. Sin embargo, empezamos a ver los efectos colaterales, tumores muy pasados, inoperables, patologías muy avanzadas, etcétera, por las que habrá que hacer un nuevo esfuerzo para bajar los tiempos de espera quirúrgicos mientras tengamos un respiro y no haya muchos rebrotes”. Esta es la tarea que tenemos, también reconstruir el daño emocional que ha habido en los profesionales. Los profesionales no salvan vidas solo en epidemias, las vidas de las epidemias no valen más que las vidas de las enfermedades raras o que las vidas de cualquier otra enfermedad o de la gente que está esperando en lista de espera, no valen más, entonces, creo que tenemos que aprender de esto.

Miren, creo que fue el 2 de abril cuando llegamos a tener 16 174 camas de COVID en la Comunidad de Madrid, esto implica 24 camas por cada 100 000, bastante lejos del criterio del Ministerio que hablaba de 37 o 40

camas. Partimos de un déficit estructural que no nos permite tener flexibilidad a la hora de abordar las diferentes contingencias.

Atención Primaria, se ha hablado mucho aquí de Atención Primaria, en esta Comisión. En la Comunidad de Madrid han tratado a 362 000 pacientes, de los cuales, 41 000 habían contactado a través de los hospitales, un 14 %, el resto había ido directamente a Atención Primaria. La media era de 4786 por cada 100 000. Y otra vez la línea de la vida partió Madrid en dos, el norte y el sur, esa misma línea de la vida que hace que el norte tenga una esperanza de vida entre ocho y doce años mayor que lo que tenemos en el sur. ¿Valen menos las vidas del sur? ¿Por qué somos capaces como sociedad de mantener una enfermedad que se llama “desigualdad social”? La epidemia, cómo no, obviamente, se decía “no sabe de clases”. Sí, claro que sabe, sabe de códigos postales, exactamente igual que la vulnerabilidad social y que todo el resto de determinantes sociales de la salud. A día de hoy, todavía tenemos 65 centros de salud cerrados y a los profesionales que acaban de terminar su residencia en Madrid se les ofrecen contratos que son contratos de baja calidad. No estamos cuidando a nuestros profesionales. Me decían el otro día: “Hombre, es que les ofrecemos un contrato de seis meses. ¿Qué quieren?”. Seis meses es indigno, un contrato de seis meses es indigno, no puedes hacer un proyecto profesional ni puedes hacer un proyecto de vida con un contrato de seis meses. Cambiemos los valores, y a nuestros

profesionales, si los queremos tener y si queremos atraer el talento que hay fuera, debemos cuidarlos.

Residencias de mayores. Miren, un compañero mío, que es salubrista y es médico de Atención Primaria, escribió este libro que se llama “¿A quién vamos a dejar morir?”, que se lo recomiendo, por supuesto, encarecidamente. El título se basa en un caso ocurrido en mi propio hospital en el que se excluyó de la lista de espera a una persona en base a sus determinantes sociales y no en base a criterios clínicos. Es curioso cómo los determinantes sociales no sirven para ampliar recursos y sin embargo sí que sirven para excluir. El libro relata cómo las políticas de salud influyen en la vida de la gente hasta el punto de decidir quién vive y quién muere, y el título describe de manera casi profética lo que ha pasado en nuestras residencias de mayores.

En las residencias de mayores no solo ha habido errores y borradores y esta maraña en la que nos hemos encontrado, sino que se ha conjugado lo peor de nuestros valores sociales. Y no es que los hayamos abandonado, es que les habíamos abandonado hace mucho tiempo. Hemos mercadeado con los cuidados de nuestros mayores, hemos hecho privatizaciones obscenas, hemos hecho concesiones a la baja, penalidades irrisorias por incumplimientos de contrato. Es el ejemplo perfecto de cómo pervertir lo que se llama la colaboración público-privada. La colaboración público-

privada, si las reglas del juego son de colaboración, el resultado será de colaboración; si las reglas del juego son de parasitación o de perversión, serán de parasitación y perversión. Y las reglas del juego las ponen las administraciones, y las administraciones han hecho contratos a la baja y han mirado para otro lado, y eso ha pasado... Sí, voy terminando, en un rato.

El otro día escuchaba a la presidenta de la patronal de residencias de mayores que decía “mórfico, mórfico, mórfico”. Bien, lo primero que hay que decirle es que el mórfico es un tratamiento asintomático. A todos los pacientes que tienen disnea les ponemos mórfico, pero igual socialmente lo tenemos dirigido o tenemos el pensamiento de que el mórfico mata. Porque aquí hubo un caso, absolutamente deplorable, de una persecución en el Hospital Severo Ochoa, por parte de una administración inclusive, que puso en la picota el problema de las sedaciones y el problema de para qué usamos las sedaciones tanto en los paliativos, que no tienen por qué ser terminales, como en los tratamientos. Entonces, mientras la representante de la patronal decía “mórfico, mórfico, mórfico”, no decía “precariedad, precariedad, precariedad”, ni tampoco decía “fondo buitre, fondo buitre, fondo buitre”, ni “maltrato, maltrato, maltrato”, que es lo que ha habido en algunas de nuestras residencias.

Hay un documento de la OMS que se llama “Fortaleciendo la financiación de nuestros servicios sanitarios post COVID” que habla de tres

cosas. Una, eliminar las barreras financieras. En el CIS del año 2009 se hablaba de que 2,2 millones de personas no se pueden pagar la medicación porque tienen una barrera económica. Otra, la universalidad, que es fundamental y lo hemos visto en esta pandemia. Aunque haya quien diga que no hay sanidad para todos, o la hay para todos, o es muy difícil que seamos capaces de cuidar la sanidad individual. Otra, proporcionar apoyo a los ingresos, el ingreso mínimo vital. El ingreso mínimo vital es nuestra UCI social y tiene que ver con una enfermedad que es la desigualdad. También les recomiendo este libro que se llama “Igualdad”, que habla de cómo los determinantes sociales de la salud y cómo la desigualdad afectan y hacen estragos en la salud de la población. Y también hablaba de cómo movilizar los fondos adicionales. Luego podemos incidir, pero creo que hay muchas cosas que reconstruir.

Lo hablábamos antes, nuestras leyes y nuestra Constitución tienen que ser como los antibióticos, que han evolucionado, no nos podemos quedar en la penicilina. Tenemos leyes absolutamente obsoletas que se han hecho hace veinte o treinta años que no han sido capaces de evolucionar, y, obviamente, como sociedad y como sistema sanitario hemos evolucionado.

Los cuidados informales. Los cuidados informales representan entre un 2 y un 4 % de nuestro PIB, que se lo estamos dejando directamente a las familias, a las cuidadoras y, sobre todo, a las mujeres. Creo que podemos

pensarlo. Tenemos que integrar las mutualidades de prestación sanitaria privada porque no han demostrado que sean más eficientes. Tenemos que hacer una nueva estrategia de salud mental. Aquí se han hablado muchas cosas, como un nuevo marco contractual, un plan de investigación clínica, formación y divulgación sanitaria independiente. ¿Cómo les contamos a nuestros ciudadanos que ni la investigación ni la formación ahora mismo en este país son independientes, que estamos atravesados por los conflictos de interés de nuestros proveedores farmacológicos? ¿Cómo explicamos que no tenemos organismos? Miren, una de las cosas que ha pasado es que para los protocolos que hemos tenido que seguir en los hospitales no había ningún organismo que nos dijera “esto es ahora la evidencia científica”, lo que hablábamos el otro día de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. No hemos puesto el conocimiento en el centro. El conocimiento está ahí para que de alguna manera se haga negocio con él, también lo hemos vendido.

La política del medicamento, y ya termino. Creo que tenemos que hablar de corrupción, claro que sí. Es un sector altamente vulnerable a la corrupción y a los conflictos de interés. Decía el otro día creo que el doctor Bouza, no sé si era Bouza o era Repullo, pero decía “a los profesionales démosles herramientas y librémosles de los conflictos de interés, librémosles de los conflictos de interés”. El mercado de la salud tiene un conflicto de

interés sistémico, y es que el mercado de la salud hace negocio con la falta de salud para obtener ganancias. Es un conflicto de interés sistémico. La European Healthcare Fraud & Corruption Network, que es la institución europea que se encarga de estudiar los casos de fraude y corrupción, calcula una pérdida de entre 56 000 y 96 000 millones lo que perdemos por corrupción dentro de nuestros sistemas sanitarios. Y hay que dividir lo que es la corrupción individual de la corrupción sistémica. Los teóricos la dividen perfectamente. No todo está en las leyes, no todo es punible, no todo está en el Código Penal. La corrupción institucional es la influencia sistémica que puede ser legal pero que socava y debilita los propósitos de una institución. Y tenemos nuestro sistema sanitario trufado de conflictos de interés y de este tipo de sistemas. Se habla de una magnitud de entre el 3 y el 10 % de los gastos en sanidad que se nos van por el coladero y el sumidero de la corrupción: sobornos por servicios, corrupción de las compras, contrataciones públicas improcedentes, relaciones mercantiles impropias, abuso de posiciones, etcétera. En otros países tienen leyes anticorrupción, yo creo que nosotros también podríamos trabajar en tener una ley anticorrupción.

Y luego, lo último, la transparencia. La transparencia es una condición esencial para la ciencia. Sin datos claros, nítidos y que nos den la realidad, la mejor aproximación a la realidad, no podemos trabajar. Y también

transparencia para saber a dónde van los fondos y en qué nos estamos gastando el dinero que debería ir destinado a la salud. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Pues muchas gracias. A continuación tienen la palabra los grupos. Si les parece, como en las otras sesiones, en la primera comparecencia citaré a todos los partidos y grupos: por Teruel Existe, por el Partido Regionalista de Cantabria, por Foro Asturias, Unión del Pueblo Navarro, Nueva Canarias, Coalición Canaria, Candidatura de Unidad Popular, GEH Bildu, Grupo Nacionalista Vasco. Gracias.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Gracias, señora García, por su exposición, por las explicaciones dadas.

Entiendo que ha hablado de dos cuestiones, dos bloques grandes, aunque usted ha dicho cuatro, pero diferenciaría forma y fondo. En cuanto a la forma, siendo usted política, como usted ha dicho, siendo nosotras y nosotros políticos y siendo ésta una cámara de debate político, también me gustaría hacer esa reflexión que usted realizaba. Apelaba a la empatía como forma de poder trabajar, de ponerse en el lugar de otro, de buscar y de abandonar dogmas, de evitar buscar culpables y encontrarlos. Comparto esta reflexión, pero creo que está tan interiorizada que la responsabilidad es

nuestra, suya, mía, del resto de compañeros y compañeras que estamos aquí y que estamos en el resto de cámaras. Creo que hemos interiorizado tanto, tanto, tanto esa forma de proceder que ni somos conscientes de ello, e incluso que cuando apelamos a la necesaria empatía y respeto, en lugar de utilizar los errores o las diferencias como piedra arrojadiza para desgastar al adversario, lo hacemos yo creo que, a veces, hasta de forma inconsciente. Lo vemos cuando está hablando otra persona, es decir, yo cuando usted habla puedo ver que está actuando de esa forma y usted, seguramente, cuando yo expongo mi posición también verá que estoy hablando de esa misma forma que consideramos ambas una forma errónea de proceder. Creo que tenemos que reflexionar mucho y ver que la política debería ejercerse, y comparto esta reflexión que luego no coincide con nuestra forma de proceder, lamentablemente, pero creo que la política y la forma de hacer política deberían ser más defender con argumentos nuestro proyecto político, porque lo que nos lleva a pensar esta forma de proceder, esta forma de hacer política que se está poniendo en práctica día a día, nos lleva a pensar que parece que no tenemos suficientes argumentos para poder defender con fuerza nuestros proyectos sin desgastar la imagen del adversario. Creo que eso es lamentable y creo que tendríamos que poner más fuerza en los proyectos que en desgastar. Creo que la forma de hacer sería, en vez de decir a los demás qué tienen que hacer, gobernarnos nosotros mismos y decir “yo voy a actuar

como yo considero que se debe actuar, y los demás, que haga cada uno lo que quiera”. Si cada uno gobernamos nuestro proceder de esa forma, medio camino lo tenemos hecho, esto como reflexión, por continuar con la reflexión que usted hacía.

En cuanto al fondo, creo que efectivamente hay que reforzar el ámbito de la prevención. Es fundamental la detección temprana. Habrá que ver por qué han fallado los radares. Alguna vez en esta Comisión, en este grupo de trabajo, hemos estado hablando de esos médicos centinela que no fueron capaces de detectar. No hicimos caso de las alertas que venían. Tal vez por las muestras que se estaban manejando para algo que era desconocido y que no tenía todavía, al principio, la intensidad que después tuvo, pasaron desapercibidos los síntomas, bueno, me imagino que habrá que hacer más reflexiones.

En cuanto a la cooperación horizontal entre las comunidades autónomas, creo que la cooperación horizontal entre las comunidades autónomas es una realidad, ha sido una realidad durante décadas, pero todos los días, no solo en el contexto de la pandemia. Yo se lo puedo decir desde el punto de vista de las comunidades autónomas en las que tenemos presencia nosotros, pero entiendo que en todas es igual con otras comunidades limítrofes.

Tenemos que empatizar con Asia y África. Comparto por completo que no estaremos del todo a salvo hasta que todos estemos a salvo, y todos es todos en el planeta. Algo hay que hacer en ese sentido.

Usted planteaba la dicotomía salud-economía. Yo creo que nos hemos enfrentado a un trilema: salud, economía y derechos y libertades fundamentales para garantizar eso. A eso habrá que hacer frente y habrá que encontrar un punto de equilibrio para que los tres puedan convivir de forma pacífica.

Hablaba usted de la necesidad de la enfermería especializada. Totalmente de acuerdo. Creemos que el decreto de especialidades de enfermería tiene que ir incorporando nuevas especialidades e ir avanzando en esa materia.

Me ha sorprendido el dato de letalidad que usted ha dado del 20 % en los hospitales porque, según el último informe del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, bueno, este es del 10 de junio, la letalidad es del 11,2 %, sabiendo que en edades muy avanzadas es del 25 %.

Y para terminar, le haría una pregunta. Nosotros consideramos que esta reflexión es interesante, pero deberíamos centrarnos en este momento en las urgencias porque, como empezamos a hacer un análisis de todo y plantear solución a todo, no vamos a llegar a nada, entonces, le preguntaría cuáles son, a su juicio, en este momento las urgencias. Creemos que después,

con sosiego y reposo, debemos abordar las cosas importantes y necesarias también, que le plantearía cuáles serían. Gracias.

El señor **DÍAZ GÓMEZ**: Gracias, presidenta. Gracias, doctora García, por su exposición.

Ha empezado usted haciendo un canto, que comparto, a la evidencia, a la evidencia científica, a desterrar el pensamiento mágico y el esoterismo de todo esto. Yo he sido muchos años activista de la tercera cultura, ahora, por cuestión de tiempo, lo sigo siendo menos, pero esta parte la comparto con usted. Entonces, hay una serie de evidencias que quiero contrastar o una serie de afirmaciones que ha hecho usted aquí que no coinciden con algunos de los diagnósticos que yo tengo hechos como lector aficionado, que usted es doctora y yo soy lector aficionado.

Por ejemplo, usted afirma que es el miedo a enfermar y el miedo a la muerte lo que ha hecho que la sociedad fuera empática, y yo creo que es todo lo contrario. Yo creo que el altruismo ha sido la superación del miedo a lo largo de la historia. Hay estudios, por ejemplo, en psicología del aprendizaje sobre el motor del altruismo, que señalan que el altruismo es precisamente la superación del yo y exponerte tú por otro, que es lo que creo que ha pasado realmente. Es decir, creo exactamente lo contrario como motor de todo esto a lo que usted ha dicho.

También ha hecho otra afirmación, que el artículo 135 antepone los intereses económicos a la vida. La vida está en el artículo 15 de la Constitución, que son derechos fundamentales, que es la parte más importante y más sagrada de nuestra Constitución, y el 135 pues está casi diez veces más allá dentro de nuestra Carta Magna.

Con respecto a la demonización de las donaciones, comparto con usted que hace falta más financiación para la sanidad pública, seguro, cuanta más se pueda dar, mejor, pero no creo que nadie tenga la capacidad para decir: “Hasta aquí. Tu dinero no hace falta”. No lo creo. ¿Por qué? Le doy unos ejemplos: Esther Luque, Francisco Cañero, Sandra Cuesta, María José Darena, Susana Estévez, María Antoine, y esto solo en Málaga, que es de donde yo soy, pero hasta 100 000 personas han sido curadas, estas concretamente, salvadas por las máquinas que se compraron con las donaciones de una persona. ¿Quién es nadie para decir que estas personas no tendrían que haber tenido acceso a una cura por esto? Ojalá el sistema público provea de todo esto y no hagan falta, pero ahora mismo no creo que haya nadie que deba decir “hasta aquí, tú no, tu dinero, no”. Que no es un orgullo, si la caridad no es mala. Es mejor que no haga falta, pero mientras tanto, hasta que lleguemos al sistema perfecto, creo que es de agradecer, no de criticar.

Con respecto a la especialidad y al hecho de meter gente no especializada en organismos, completamente de acuerdo. Yo desde mi actividad política lo voy a intentar, inténtelo ustedes desde la suya, que no pasen cosas como ayer en la CNMC. Yo no sé nada de competencia, estoy aquí por cuestiones plurales. Estoy de acuerdo con usted, completamente de acuerdo. Vamos a intentar evitar la parasitación de los partidos políticos en los organismos públicos.

Esto en lo que respecta a la parte política, que ha sido muy extensa y no quería dejarla sin respuesta por cortesía, y ahora voy a la parte médica, pero con una última cuestión sobre la política. Usted dice que no puede ser que los derechos dependan de los códigos postales, y también estoy de acuerdo. A ver hasta qué punto puede usted influir dentro de su actividad política en evitar que los derechos de los españoles dependan, por ejemplo, de la comunidad autónoma donde viven, por ejemplo, que también es una cuestión de códigos postales.

Con respecto a su actividad como médico y lo que nos ha dicho aquí, un par de preguntas. Sé, o al menos leí, que hubo problemas a la hora de los anestésicos a utilizar cuando se conecta una persona a un respirador. No sé si le consta o conoce que haya habido que utilizar anestésicos, por decirlo así, más antiguos, tirando un poco del fondo de armario. Lo leí en prensa, supe de algún caso, pero no sé si se ha encontrado usted en esa situación.

Con respecto a los intereses, ¿qué opina usted de la regulación del *lobby* sanitario? Y, por último, los radares de atención primaria que dice que han fallado, si podría extenderse un poco más en cuál es su diagnóstico de ese error y qué cree que habría que cambiar en el funcionamiento, es decir, al margen de recursos, en lo que estoy de acuerdo, si cree que hay algo que se pudiera hacer de forma casi inmediata para mejorar esos radares.

Por último, coincido absolutamente con usted en que estamos en una pandemia y que el “pan” nos determina que no podemos mirar hacia otro lado cuando esto sucede en otros países o en otros continentes. Muchas gracias. Ha sido muy interesante escucharla.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. Por el Bloque Nacionalista Galego, por Más País-Equo.

La señora **SABANÉS NADAL**: Muchas gracias. Bienvenida a esta Comisión.

Tenía varias cuestiones, y voy a seguir un poco el hilo conductor que también ha planteado el Partido Nacionalista Vasco sobre el fondo y sobre la forma, pero sobre todo de la parte más importante en este momento en el que posiblemente podamos hacer compartimentos diferentes de lo que es el análisis y el diagnóstico de lo que ha pasado para que no vuelva a pasar y de

las medidas que, seguramente, como consecuencia de la reflexión de esta Comisión deberíamos tomar para intentar ordenarlas.

A mí me preocupan tres cosas fundamentalmente y, de forma transversal a todas ellas, la falta de prevención. Creo que esto era un tema conocido. Creo que los fallos que ha habido en salud pública y en el no despliegue de los temas de la regulación de salud pública es algo que quizá pensábamos –no sé si este es un diagnóstico compartido o no– que no nos hacía tanta falta, o sea, que en el mundo en que vivimos no teníamos una necesidad y una urgencia porque pensábamos que era cosa seguramente, es decir, las epidemias, la contención de las mismas, toda la prevención, pensábamos posiblemente que eso no nos afectaba tanto en nuestro mundo, y entonces me parece que este ha sido un tema muy relevante al que tenemos que atender con urgencia. Creo que para mí es una de las conclusiones importantísimas de lo que ha venido siendo la falta de atención. Hay que decir que no es simétrico en todas las comunidades, entonces, yo estoy haciendo un planteamiento y sé que representantes de otros sistemas sanitarios de otras comunidades pueden no coincidir exactamente, pero creo que ahí sí hay una línea común que además nos afecta como país, que además está íntimamente relacionado y debe estar íntimamente coordinado a los efectos que luego tienen las pandemias, y me parece de una enorme importancia.

Otro elemento que me parece importante y que es de futuro, para que no nos vuelva a pasar. Ya sé que en las vacunas no podemos decir “mañana tenemos ya la vacuna”, pero para que no nos vuelva a pasar, ¿cómo podemos asegurar el derecho a las vacunas, a los medicamentos y al material sanitario? Es decir, es cierto que las vacunas tienen un recorrido, pero no así el material sanitario necesario en un momento dado y que tampoco era de una complejidad enorme, entonces, ¿cómo podemos asegurar eso? También han comparecido aquí personas que nos han explicado cómo se ha ido recortando la capacidad de almacenaje de material porque también, posiblemente, considerábamos o se consideraba que no era necesario tener todo estos repuestos de todo tipo de materiales para en un momento dado poder responder a una pandemia.

Y en tercer lugar, a mí me importa muchísimo el tema de la financiación. Yo no creo que usted haya dicho en absoluto lo que ha dicho el representante de Ciudadanos, que ha contestado diciendo cuántas personas se han beneficiado de una donación. Lo que entiendo que todos queremos decir es que la cobertura universal la tenemos que garantizar desde la cobertura sanitaria pública, que luego habrá más cosas si alguien quiere, pero entiendo que no nos podemos permitir no garantizar la cobertura universal desde la sanidad pública. Entonces, ahí voy al tema final de mi pregunta que

es el de la financiación, o sea, cómo vamos a garantizar la financiación en un sistema que es absolutamente necesario.

Y permítame, lo último que le digo, y discúlpenme de otras comunidades, esto se refiere a la mía, o sea, llevamos mucho tiempo, no desde la pandemia, llevamos mucho tiempo con listas de espera en Atención Primaria, listas de espera que te abocan o a irte a urgencias, o a automedicarte, o a ver cómo te buscas la vida para resolver un tema menor, que se resolvería en atención primaria pero que no se resuelve. Esto es un tema muy serio que afecta de forma clara a la prevención y al vínculo pero también al estado o a la prevención en personas mayores, fundamentalmente. Es un tema que también me parece, o sea, cómo enfocar en las conclusiones la Atención Primaria, de una enorme importancia. Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Gracias. Por Junts per Catalunya, por el Grupo Republicano, por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos...

La señora **VALLUGERA BALAÑÀ**: Por el Grupo Republicano estamos.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Perdona, no te había visto, discúlpame.

La señora **VALLUGERA BALAÑA**: Bueno, gracias, eso debe ser que ocupo poquito, porque la pandemia otro de los elementos que ha tenido ha sido que ha engordado mucho a mucha gente.

Buenos días. Gracias por comparecer. Voy a ser extraordinariamente breve, básicamente porque creo que nuestra función aquí es escuchar a los comparecientes y no escucharnos a nosotros mismos, por tanto, solo cuatro temas, además, me interesa especialmente que usted tenga todo el tiempo necesario porque coincido en el 101 % de lo que ha dicho, de manera que me interesa muchísimo que su discurso se oiga alto y claro en esta sala.

Coincidimos en la vida en el centro. Coincidimos en que sistemáticamente se produce la socialización de las pérdidas y la privatización de las ganancias, y así es como la mayoría tenemos montados todos los servicios públicos, no solo la sanidad, entonces, tengo tres preguntas. La primera, ¿qué opinión le merece la afectación que pueda tener todo el tema de la trazabilidad y el *big data* sobre el derecho de la intimidad y los derechos individuales por la necesidad de prevención y por tanto de saber dónde hemos estado o con quién hemos estado? Eso me preocupa

porque tiene una vertiente ética sobre nuestras propias vidas que me parece interesante ver cómo la enfoca.

Segunda pregunta, ¿cómo reconstruimos lo que hemos dejado pendiente? Porque a lo largo de esta pandemia todo el resto ha quedado parado, usted ha hecho alusión a ello. ¿Debe ser también un sistema de financiación *ad hoc* una vez hayamos visto, más o menos, lo que nos puede costar? ¿O no nos salimos de esa manera? O solucionamos los temas estructurales de infrafinanciación, o no vamos a salir.

Comparto el tema de la caridad porque cuando hablamos de caridad incluye en su definición que haya unos cuantos que tienen mucho, de lo que se pueden desprender hacia otros pobres cuyo lugar en la vida es sobrevivir a base de caridad. Es ese punto de partida el que explica que no aceptemos la caridad, otra cosa son las donaciones.

Voy a leer los dos libros que ha recomendado. Y me preocupa también que no se sea consciente de que el artículo 135 determina de qué manera el Estado tendrá recursos para proteger los derechos incluidos en las otras partes de la Constitución, esa que les gusta tantísimo y que disfrutaban tanto. Yo, como digamos que no soy muy partícipe, debo decir que como constitución no está nada mal, pero es que quiero una para mí, para mi país, se entiende, y creo que lo podremos montar bastante más justo. Por eso deben entender que los códigos postales definen la esperanza de vida y definen la

calidad con la que se vive esa vida en todo el Estado, y pasa en Barcelona, pasa en Madrid, pasa en Bilbao, pasa en Andalucía, pasa en todas partes. Esto no tiene nada que ver, y si lo mezclamos vamos muy mal porque en un caso estamos hablando de derechos colectivos que nosotros entendemos que existen, y no voy a entrar en confrontaciones, y en el otro estamos hablando de derechos a la dignidad individual, a ser atendidos, a tener educación, a tener unas condiciones de vida dignas, para todos, independientemente de dónde estén en ese lugar físico. No estamos hablando de otros temas, y mezclarlos es muy peligroso y creo que se viene haciendo sistemáticamente, lo cual no es ni justo ni va en la línea de la empatía respecto a los otros. Exacto, a veces empatizamos contra y no a favor, y eso también es un problema. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Gracias. Por el Grupo Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

El señor **MENA ARCA**: Gracias, presidenta. Gracias, señora García, y le tengo que decir que su explicación ha sido muy pedagógica, que yo creo que nos hace falta también a los diputados y las diputadas de esta Cámara. Tendremos en cuenta sus reflexiones, que creo que nos van a ser de mucha utilidad a los que formamos parte de este grupo de trabajo.

Usted enmarcaba lo que ha ocurrido en nuestro país, porque hay que recordar que esta ha sido una pandemia mundial, que ha tenido efectos en todos los países del mundo, pero usted situaba elementos que a mí me parece que son importantes para abordar esta reflexión como son los recortes sanitarios que se han producido en los últimos años en nuestro país. Muchas veces, es verdad que esos recortes sanitarios han ido también asociados a casos de corrupción vinculados a la sanidad pública y privada, y eso ha pasado con los gobiernos del Partido Popular en el Estado pero también, por ejemplo, con gobiernos autonómicos como el de Convergència en Cataluña, que es de donde yo vengo. Esos recortes y esa corrupción seguramente nos han dejado hoy con menos herramientas, a la sanidad pública la han dejado con menos herramientas para poder hacer frente a una situación sobrevenida como la que tenemos encima. Y yo, señora García, tengo la sensación de que los epicentros de los recortes y de la corrupción en sanidad, que han sido precisamente Cataluña y Madrid, han sido también los epicentros de esta pandemia, y esto creo que como responsables políticos nos tendría que hacer reflexionar a todos y a todas. Esos tres elementos, señora García, los recortes, la corrupción pero también la falta de inversión en ciencia, que creo que es un elemento que también deberemos abordar desde esta Comisión, son reflexiones a las que tenemos que hacer frente. Por eso, yo le quería preguntar cómo cree usted o cuál cree que sería la mejor manera no ya de

revertirlos, creo que tenemos la obligación moral y política de revertir esos recortes y esa infrafinanciación de la ciencia en nuestro país, y este Gobierno está en ese camino, cómo los revertimos, pero sobre todo cómo lo blindamos para que no vuelvan a pasar casos de recortes que han dejado a la sanidad pública esquilada.

Quería también, señora García, aprovechar su doble condición, como usted misma decía, de científica y de política porque creo que es un perfil muy interesante para esta Comisión. La reflexión es que en esta pandemia también hay quien ha intentado politizar lo que pasaba, politizar esta pandemia, lo hemos vivido en algunos elementos, y vuelvo a recordar, ha sido una pandemia mundial, inesperada y sobrevenida que ha saturado a todos los países del mundo. Uno de los elementos que usted sabe que se ha utilizado por parte de algunos partidos políticos que pretenden de alguna manera criminalizar también el movimiento feminista ha sido la manifestación, las movilizaciones del 8 de marzo. Yo le pediría, haciendo abstracción, que es legítima, de lo que cada uno de nosotros y de nosotras pensamos sobre el feminismo y sobre el 8 de marzo, yo le pido a usted, que se basa en evidencias científicas, yo le pido a los científicos que se basan en evidencias científicas, y me gustaría escuchar también su opinión desde ahí, desde la evidencia científica y no desde la ideología política, que es legítima y que tenemos cada uno y cada una de nosotros, y, por tanto, recuperar

también, que la hemos perdido durante el trascurso de esta pandemia, la honestidad de la política, basada precisamente en esas evidencias científicas. Por eso, desde ese punto de vista de la evidencia científica, le quería preguntar cuál cree usted que fue la incidencia real que tuvieron las movilizaciones del 8 de marzo en la extensión de la pandemia, lo digo para dejar al lado de banda, digamos, los mantras ideológicos y partidistas que probablemente tenemos todos y basarnos en las evidencias científicas, que creo que es lo que nos tendría que interesar a los miembros de esta Comisión. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Vox.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Buenos días. En primer lugar, lógicamente, felicitarles por su trabajo como médico a usted y a sus compañeros, y mi admiración por todo lo que han hecho durante la pandemia, bueno, sobre la gestión del virus chino, y en cualquier caso, eso, insisto, hacer extensiva a todos ustedes la felicitación, lo cual no quiere decir que tenga que estar de acuerdo con todo lo que usted ha dicho y menos desde el punto de vista ideológico, desde el cual ha estado usted hablando más como una activista durante todo el discurso, una activista de la izquierda o

de la extrema izquierda, que como médico. En cualquier caso, aprovecho también para remarcar, y para que conste en acta, que normalmente los comparecientes que pide la izquierda y que comparecen aquí, que son casi todos, pues se han negado sistemáticamente a contestar a este Grupo Parlamentario de Vox prácticamente todas las preguntas que les hemos hecho. Decir también que la mayoría de los comparecientes que pedimos que vinieran a las comisiones fueron también rechazados, porque esto es una comisión que no es una comisión de reconstrucción de España sino que es una comisión de reconstrucción de la verdad, pues para evitar el negro y turbio horizonte penal que le espera al Gobierno.

Agradecemos, ya le digo, su intervención porque ha sido muy reveladora y luego también la renovada defensa de la vida, después de ver la acción del Gobierno en la gestión del virus chino, como decía, y la falta de humanidad con que se ha tratado, por ejemplo, a los ancianos en las residencias. Y no me diga usted el mantra de que es competencia de la taifa de turno como pueda ser Madrid, como pueda ser Zaragoza, como pueda ser la que sea, porque, desde que se gestó la alarma, el Gobierno de Sánchez asumió la dirección de la emergencia e Iglesias la de las residencias, y legal y políticamente son los máximos responsables de todo lo que allí ha ocurrido.

Efectivamente, usted dice que lo de la hidroxiclороquina, que no sabían que perjudicaba o que no era eficaz en el tratamiento. El Gobierno sí

sabía, a diferencia de que ustedes podían no saber los efectos de ese tratamiento ante un virus nuevo que les había llegado, pero el Gobierno sí que sabía, por los informes que había del 10 de febrero del Centro de Alertas y Emergencias Sanitarias, lo que se nos venía encima, y, concretamente, el último informe que recibieron fue el del 6 de marzo, en el cual ya sabían la letalidad, la peligrosidad y el alto índice de contagio que tenía el virus chino. Y nos llevó a todos a llenar estadios, al 8 de marzo, a llenar actos, a llenar iglesias, a llenar centros comerciales, a llenar cines, mientras que las ministras se manifestaban con guantes.

Usted confunde, creo, el aprendizaje del tratamiento, que es una cosa muy compleja, con el epidemiológico, que tiene tres variables que son los contagiados, lo contagioso y los muertos, que ya estaban el 5 de marzo. No sé muy bien en qué momento hablaba como médico o como concejal activista de su partido, pero sí que ha dicho una cosa, que espero que haya constado en acta, que es muy gráfica. Usted ha dicho que el día 6 de marzo había en las UCIs dos pacientes. El 8 de marzo fue la famosa manifestación que su compañero del ala izquierda está como loco por que usted diga ahora que el 8 de marzo no tuvo nada que ver en el tema, pero los hechos desmienten que eso no fue así. El 6 de marzo había dos pacientes en la UCI y el 9 o no sé qué día había cientos. Espero que conste en acta la declaración que ha hecho porque la verdad es que es muy evidente.

Y luego hay una cosa que es mucho más evidente todavía que es el exceso de mortalidad semanal respecto al año 2019, que son datos del INE hasta el 24 de mayo de 2020. En este gráfico sí que hay evidencia no solo científica sino estadística y matemática, además, el 6 de marzo, en el informe famoso del doctor Simón, ya se decía que a menos de dos metros se contagiaba el virus, la letalidad que tenía, lo peligroso que era y lo fácilmente que se expandía. Por eso, en este gráfico se ve que del 2 al 8 de marzo hay un incremento de muertes de 52 personas con respecto al año anterior; del 9 al 15 de marzo, que ya empezaban a notarse esos efectos, hay 1075; del 16 al 22 de marzo, 4626; y el 23 de marzo está todo desbocado y hay 11 000. Por eso quería hacerle la siguiente pregunta: ¿Ha actuado usted como asesora del Gobierno de España desde enero de 2020? Y si es así, ¿se hace usted corresponsable en el ámbito en el que se ha enmarcado esa eventual asesoría?

Según consta en la prensa, en concreto, en eldiario.es, usted decía que combinaba, ya lo hemos visto, su actividad de anestesista con la de no sé si era diputada autonómica o concejal, por tanto, insisto, gracias por su actividad como médico, pero también hay que recalcar que usted también es concejal, y uno de los comparecientes que pide la izquierda para llegar a la verdad de lo que ha pasado es una persona que es del mismo partido y del mismo ámbito ideológico. Sí, sí, no se molesten, porque lo único que estoy diciendo es la verdad y la verdad solo tiene un camino. “Conoceréis la verdad

y la verdad os hará libres”, dice el Evangelio. Usted concedió una entrevista al citado diario el 16 de abril en la que dice que antes del 6 de marzo había un mar de fondo y, en particular, que hubo compañeros y unos servicios que estando en contacto con la gente de Italia, con los profesionales de Italia, sí que de alguna manera se olieron que esto nos podía pasar a nosotros e hicieron acopio de equipos de ventilación no invasiva y de otro tipo de material que podían suponer que íbamos a necesitar. Hace una semana aquí decía un compareciente que de Italia no sabían nada y que aquí no había información de lo que estaba pasando en Italia, pero vemos que aquí algunos sí que lo sabían. ¿Afirma usted que estos compañeros y servicios actuaron por su cuenta sin el conocimiento de la superioridad?, se lo pregunto, ya le digo, porque también hace unos días el señor Bouza nos dijo... **(La señora presidenta: “Señor Gestoso, tendría que ir acabando”)**. Estoy acabando. Se nos dijo que se tenían que haber tomado las decisiones diez días antes, por tanto, esos profesionales se anticiparon al Ministerio. ¿Hicieron bien? ¿Usted qué cree?

Como no tengo mucho más tiempo, sí que le quiero preguntar sobre las recomendaciones éticas que se recibieron en cuanto a la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por la pandemia del COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. En los puntos 17, 22 y 23 se dice que antes del ingreso en la UCI se tenga en cuenta, en el punto 17, en

personas mayores se deben tener en cuenta criterios de supervivencia o discapacidad por encima de la supervivencia aislada, otros factores como por ejemplo las personas a cargo del paciente o el valor social de la persona enferma. ¿Cree usted que estos criterios gozan de un acuerdo universal en la comunidad científica? ¿Cree que fueron aplicados en su hospital? ¿Recibió usted órdenes de que se aplicase una selección de ancianos para la UCI en función exclusivamente de la edad o aplicando estos criterios? ¿Qué opina usted de negar la asistencia intensiva a personas con discapacidad o presunto valor social?

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Señora Sabanés, yo dirijo el debate. Y señor Gestoso, tiene que acabar, porque he sido muy generosa con el tiempo.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Pero si ya he acabado, si agradezco su generosidad, y también pongo de manifiesto la falta de respeto, una vez más, de la izquierda, que no deja, que le molesta la libertad de expresión...

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Señor Gestoso, no tiene la palabra. Por favor, seguimos...

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Le agradezco la intervención porque ha sido muy clarificadora tanto de ella como de sus compañeros...

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Señor Gestoso, usted ha dicho que ha acabado. Le doy la palabra a la representante del Grupo Popular.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidenta. En primer lugar, darle la bienvenida también en nombre del Grupo Popular como compareciente de esta Subcomisión de Sanidad y Salud Pública, aunque ya es conocida porque la hemos visto como asesora de algún grupo parlamentario, y por lo visto, a raíz de su intervención, hemos visto que ya va anunciando alguna de las conclusiones que creo que su grupo va a aportar a los trabajos de esta Subcomisión. Como médico la tengo que felicitar como profesional sanitario por el trabajo que ha llevado a cabo como consecuencia de la COVID-19, un trabajo agradecido por todos los españoles, como al conjunto de los sanitarios, con los aplausos que todos hemos hecho a las ocho de la tarde.

Usted en algún momento ha dicho que el 6 de marzo dentro de los hospitales empezaron a detectar que había más intensidad en urgencias y que

había más ingresos. A mí me gustaría en primer lugar felicitar a todos los servicios de urgencias de España por el enorme trabajo que han llevado a cabo y a todos los profesionales porque la verdad es que ellos han sido los que han soportado la mayor carga asistencial, eran la puerta de entrada a una asistencia que estaba incrementada en número. Quiero entender también de sus palabras que el virus SARS-CoV-2 estaba circulando entre nosotros y el sistema de vigilancia en salud pública, con sus responsables, no generó el sistema de alertas que contemplaba la Ley General de Salud Pública. En este sentido, ¿cuáles son sus propuestas para mejorar el sistema de vigilancia en salud pública? ¿Considera que hay que modificar la Ley de Salud Pública de 2011?

Usted ha hecho su diagnóstico y nos ha planteado un tratamiento, pero vamos a tener que pedir una segunda opinión médica. Nos ha puesto encima de la mesa los informes de vigilancia epidemiológica de Madrid, pero yo le recomendaría, puesto que usted nos ha recomendado diferentes libros, que también eche un vistazo a los informes del Servicio de Seguridad Nacional, o sea, se lo recomiendo, sobre todo los de finales de febrero y principios de marzo, y entonces ya podremos hablar.

Con respecto a la gobernanza, ¿cuál es su propuesta con respecto a la combinación de todos los profesionales, de todos los responsables en el ámbito sanitario? A usted aquí solo la hemos escuchado sobre cuál era el

papel de los directivos de los centros hospitalarios, pero nada del Ministerio de Sanidad. O sea, ¿cuál debe ser la responsabilidad de cara a buscar una mayor gobernanza?

Con respecto a la transparencia, los indicadores, sabe que desde mi grupo parlamentario, y seguro que nos ha escuchado al ser participante de esta Comisión como asesora, defendemos una agencia de evaluación, una agencia de salud pública. La Ley de Salud Pública no contemplaba una agencia, contemplaba un centro de alertas, que creo que no es lo mismo.

Con respecto a los profesionales y desde su experiencia como anestesista, que igual o estoy convencida de que ha colaborado con sus compañeros de Intensivos, a mí me gustaría que nos diera o nos trasladara su opinión sobre el abordaje terapéutico del paciente COVID. ¿Cuál es su experiencia y, sobre todo, qué opina de los tratamientos clínicos? En algún momento nos ha trasladado la hidroxiclороquina. ¿Qué podemos decir de la azitromicina o de los antivirales? ¿Cuál es su opinión como médico anestesista?

Con respecto a la formación de los profesionales, la formación tanto MIR como de los centros sanitarios. Hemos visto que todo el mundo ha ido y hay que felicitar cómo se han reorganizado los profesionales sanitarios, pero esta pandemia nos genera que tenemos que generar instrumentos para

fortalecer tanto la formación MIR como la formación continuada de los hospitales. ¿Qué opinión le merece?

Con respecto a las compras, ¿cómo valora que se cree una reserva estratégica de material para que no vuelva a pasar lo que hemos visto en esta pandemia?

Por último, y para ir terminando, los españoles esperaban o esperan de los legisladores que lleguemos a acuerdos, porque hay muchas personas que lo han pasado mal, tenemos más de 40 000 personas que han fallecido, ellos sí que son vulnerables, y sus familias, encima, no han podido hacerles un duelo como realmente les correspondía y se merecían. Luego tenemos profesionales sanitarios que han soportado una carga asistencial impresionante, estrés, situaciones de salud mental, en fin. Una industria sanitaria que quiere aportar valor al sistema de salud que tenemos, todo esto se conformaría para nuestro grupo dentro de un pacto por la sanidad, que saben que nuestro grupo lo hemos consolidado en el Pacto Cajal. Bajo su criterio, ¿cuáles serían los aspectos que deberíamos contemplar en ese pacto que debemos sacar de esta Subcomisión? ¿Cuáles son los temas gordos o los temas que debería contemplar este pacto?

Y sobre el modelo de atención sanitaria, usted ha indicado un déficit estructural, pero ¿en base a qué? Ha hablado de camas, etcétera. ¿En base a qué? ¿A un modelo tradicional? ¿A una atención primaria que queremos

cambiar? En fin, ¿cuál es su criterio? ¿Dónde queda para usted la atención al paciente crónico, al pluripatológico? ¿En su esquema dónde están esas personas, que son un amplio porcentaje o número de pacientes en nuestro país?

Ha hablado de conflictos de intereses. Yo creo que usted como médico y como anestesista sabe que incluso usted misma tiene que aplicar esa declaración responsable con respecto a los conflictos de intereses, entonces, yo creo que aquí la responsabilidad es de todos. Si queremos construir un modelo eficaz y eficiente de cara al Sistema Nacional de Salud que todos los españoles nos merecemos, pues tenemos que también aplicarnos nosotros mismos todas las responsabilidades y consecuencias a nivel individual, y no solo es la responsabilidad del directivo o de los responsables correspondientes. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Gracias. A continuación, la representante del Grupo Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias. Bienvenida, doctora Mónica García, a este Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública, perteneciente a la Comisión para la Reconstrucción Económica y Social de España.

En primer lugar, quisiera lamentar el fallecimiento y la enfermedad de muchos de sus compañeros profesionales sanitarios, que han sufrido y que, tristemente, han fallecido en el ejercicio de sus responsabilidades profesionales. Pero también quisiera darles la enhorabuena por ese merecido Premio Princesa de Asturias a la Concordia, más que merecido, y como usted es profesional sanitaria, pues en su nombre, pero va para todos los profesionales sanitarios.

Quisiera hacerle, brevemente, unas cuantas preguntas. La primera es: ¿cuál es su visión del Sistema Nacional de Salud que debiera emerger de la experiencia de esta pandemia? Como profesional sanitaria, quisiera conocer su visión sobre qué necesitan y esperan los profesionales sanitarios de nuestro trabajo en esta Comisión y qué reformas cree usted más urgentes en este campo.

También quisiera abordar un tema que me preocupa enormemente que son las mentiras y los bulos en salud. Es verdad que las mentiras y los bulos pueden ser muy peligrosos para la salud, y quisiera poner un ejemplo. Por redes se difunden muchas cosas y una de las cosas que se difunde son extractos de documentos que se malutilizan. Por ejemplo, un documento del 5 de marzo del Gobierno de España que obliga a las residencias a mantener a los mayores con sintomatología de COVID encerrados en sus habitaciones, impidiéndoles ir al hospital para ser tratados, claro, esto es un bulo, porque

aunque este documento es real, no dice que el confinamiento de los ancianos en las habitaciones sea para no llevarlos a los hospitales. Esto lo quisiera poner como ejemplo de la cantidad de bulos y mentiras que se trasladan, especialmente por las redes, y que también hemos escuchado en esta Cámara. Quisiera poner el punto de responsabilidad y conocer su opinión sobre cómo afectan, lamentablemente, este tipo de actitudes a la salud y a nuestro sistema sanitario.

Y ya que hablé de residencias, y para terminar, el tema de las residencias es un problema general a abordar en todo el país. Entonces, me gustaría que profundizase un poco en el tema de las residencias de mayores y que nos diese su opinión sobre cómo debería ser la gestión para evitar precisamente todos estos problemas, que han dado la cara en esta pandemia pero que están sucediendo desde hace mucho tiempo. Es un tema con el que tenemos que terminar porque nuestros mayores son nuestro mayor tesoro y los tenemos que cuidar, por eso quisiera conocer su opinión. Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Gracias. Señora García, tiene usted la palabra.

La señora **GARCÍA GÓMEZ, MÓNICA** (Médica Anestesióloga):
Muchas gracias. Son muchos los asuntos, voy a intentar ser esquemática y
telegráfica.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Sí, por favor, porque
tenemos muy poco tiempo. Lo siento.

La señora **GARCÍA GÓMEZ, MÓNICA** (Médica Anestesióloga):
Habla la representante del Partido Nacionalista Vasco sobre la
culpabilidad. Es que la culpabilidad es diferente de lo que hemos hablado,
de la causalidad, la culpabilidad y la responsabilidad. Claro que los políticos
tenemos responsabilidad, nos pagan para eso, trabajamos para eso. Los
médicos tenemos responsabilidad, los políticos también. Pero ese juego
perverso de la culpabilidad creo que se puede aparcarse, en otros países lo han
aparcado. Pedir responsabilidades, sí, y rendición de cuentas, pero no hace
falta por eso llamar asesino al contrincante político.

Los médicos centinela que hablaba usted pues han sido una estructura
absolutamente insuficiente. Estaban muy bien estructurados para la gripe,
pero ahora mismo, para esta epidemia, no han servido.

La cooperación horizontal de las comunidades claro que la hay en algunos aspectos, pero creo que es una red que se tiene que tejer de una manera bastante más densa.

Hablaba del porcentaje de mortalidad, del estudio. El estudio es una muestra, y seguramente haya comunidades, es decir, en la Comunidad de Madrid hemos tenido una mortalidad, si ven los datos, del 21 %, intrahospitalaria, y seguramente haya otras comunidades que hayan tenido unos datos bastante mejores.

Las urgencias políticas. A mí me cuesta mucho decir tres cosas porque el sistema sanitario, ustedes lo saben, es un sistema muy complejo, igual que la sociedad e igual que la democracia, como decía Innerarity, es muy complejo. Tenemos que empezar a mover todas las piezas a la vez. Porque, sí, hay cosas que son extremadamente urgentes como es el déficit en salud pública, el deterioro de nuestra vigilancia epidemiológica, el deterioro de la prevención de la enfermedad, pero creo que tenemos que empezar otra vez a reconstruir el puzle con todos los datos.

No estoy de acuerdo con el portavoz de Ciudadanos, que hablaba del altruismo. Yo no confío en el altruismo. Y en ningún momento he demonizado las donaciones, lo que pasa es que sí que creo que tiene que haber una ley de mecenazgo en la cual esas donaciones también sean, o sea, entramos en el debate de si tienen que ser finalistas o no. Creo que en el

tratamiento del cáncer en España hacemos muy buen tratamiento del cáncer, muy bueno, con y sin las máquinas nuevas, quiero decir que el problema es que hemos tenido una desinversión y una descapitalización, y se puede leer el informe de la Cámara de Cuentas, por lo menos el de la Comunidad de Madrid, una descapitalización durante los últimos años que nos ha llevado a una obsolescencia tecnológica de la que se tienen que hacer responsables las administraciones, claro, no se van a hacer responsables los donantes. Y sí, hagamos una ley de mecenazgo y veamos dónde ese dinero de las donaciones tiene más efectos, porque esto no nos lo imaginábamos y ahora mismo necesitamos una atención pública y una salud pública potente.

No sé qué me ha contado de la Comisión Nacional del Mercado de la Competencia, no le he entendido muy bien, lo que sí que sé es que la Comisión Nacional del Mercado de la Competencia dice que 48 000 millones se nos van en contratos públicos mal hechos. Eso es un dinero que podíamos estar aprovechando para otras cosas.

No hemos tenido exactamente desabastecimiento de anestésicos, sí que es verdad que ha habido momentos en los que hemos tenido, o sea, igual que ponías perfusiones para 24 horas, ha habido momentos en los que no podíamos ponerlas, pero nos hemos mantenido en el equilibrio del desabastecimiento, que es un problema que tenemos constantemente, quiero

decir que hay muchos fármacos de los que, de repente, tenemos puntualmente desabastecimiento.

Los radares, ¿por qué han fallado? Es que han fallado todos los radares, todos, y ahora creo que en algún grupo parlamentario me han hablado de los radares del Ministerio.

La falta de prevención. Es que le hemos pedido a un coche al que le hemos quitado las ruedas que se ponga a andar, corriendo. Es que le hemos quitado las ruedas. Claro, no hemos hecho ningún tipo de política en la que se valore la prevención de la enfermedad.

La financiación. Es que esto es un equilibrio, y lo hablábamos con la ONT. Creo que todo el mundo lo entiende con los trasplantes: donantes y receptores. Dona el que más tiene, recibe el que más necesita. ¿Cuál es el problema? Que la donación, obviamente, es con impuestos y el receptor recibe en función de sus condiciones sanitarias, es así. O somos capaces de, a través del egoísmo, de la solidaridad, del altruismo, de lo que sea, hacer un sistema de financiación que soporte la salud de todos. ¿Estamos dispuestos? Es uno de los primeros pactos que podemos hacer. ¿Estamos dispuestos a realmente, entre todos, sostener esto? ¿O lo sostienen unos pocos, solo los que caen enfermos? Este sistema, y ha he puesto el ejemplo antes de las donaciones, no funciona. O está equilibrado, o no funciona.

Esquerra me hablaba de la afectación de la trazabilidad y el *big data* y la valoración ética, la vertiente ética. Sí, claro, es que hay muchas vertientes éticas que tenemos que afrontar, muchas vertientes éticas, muchas vertientes éticas a la hora de cuál son los tratamientos, dónde está el límite del ensañamiento terapéutico, dónde está el límite de los tratamientos, dónde está el límite de la protección individual y de la trazabilidad y del uso del *big data*, y sí, todo esto lo tenemos que afrontar.

Temas estructurales de financiación. Insisto, es que esto se financia con impuestos, entonces, o somos capaces de hacer un sistema redistributivo, o el sistema no funciona. Les recomiendo un tercer libro que se llama “El Estado emprendedor”, de Mariana Mazzucato, que habla de que realmente son los estados los que emprenden, son los que inician, son los que invierten. Es mentira, es decir, Estados Unidos es una potencia mundial porque ha habido un estado y ha habido institutos de salud que han reforzado y que han apoyado la investigación básica, y aquí en España estamos absolutamente desamparados en ese aspecto.

Los determinantes sociales de la salud. Es que se lleva hablando de esto desde el año 1974. La salud de la población depende en un 15 % de cómo funcione su sistema sanitario y el resto depende de los determinantes sociales de la salud, de los determinantes económicos y de cómo seamos capaces de hacer una protección social de nuestra población. Si no

entendemos eso, que lo llevamos hablando desde el año 1974, es muy difícil entender cómo vamos a mejorar la salud de nuestros ciudadanos.

Hablaba Unidas Podemos, claro, de los recortes sanitarios, si han influido. Hombre, vamos a ver, nos hemos encontrado con un sistema, pues eso, con alguna rueda pinchada, con medios... Si tú ahora le preguntas a la población qué prefiere, un sistema fuerte, lo suficientemente fuerte como para que tenga plantillas que sean suficientemente flexibles, o un sistema rígido en el cual las plantillas estén al límite, yo creo que ahora mismo esa respuesta, igual que hace un tiempo el austericidio nos ha llevado a decir, no, bueno, con el médico de guardia, con ese nos vale, ahora yo creo que tenemos otra capacidad de ver las cosas. Y la corrupción es un desagüe por el que se nos va dinero, claro, entonces, o somos capaces de atajarla, o es imposible.

Epicentros de la pandemia. Me encantaría decir, sí, claro, los epicentros del recorte, y hacer este análisis no basado en la evidencia y decir “los epicentros de recortes son los epicentros de la pandemia”, pero es que sigo moviéndome por la política basada en la evidencia y hay muchas causalidades en todo, en la política y en la medicina. Madrid y Barcelona, eso tiene que ver con la densidad de población, tiene que ver con el turismo, tiene que ver con una serie de factores que también han influido. Entonces, políticamente, los recortes son los que han matado. Lamentablemente, no tengo esa evidencia. Ahora, eso sí que se ha usado para el 8-M.

No hay ningún experto que diga que realmente el 8-M ha tenido una incidencia relevante. ¿Ha tenido incidencia? Sí. Ir en metro también ha tenido incidencia. Yo iba al hospital y hacíamos sesiones clínicas, y también ha tenido incidencia, claro. En mi hospital yo pasé consulta el mismo 6 de marzo. ¿Ha tenido incidencia? Sí. Pasé consulta normal. ¿Hacer vida normal ha tenido incidencia? Sí, ha tenido incidencia. Además, creo que tiene un peligro atribuirle incidencia a determinadas manifestaciones, de una manera profundamente sesgada y profundamente interesada, porque le estamos mandando una señal a la población que es “no se preocupe, si el año que viene tenemos una epidemia, con no hacer manifestaciones estamos salvados”. Y es que no es así, es que además este razonamiento es un razonamiento que invade las competencias de salud pública. Estamos mandando un mensaje erróneo. En otoño, si no hay 8-M, ¿qué pasa? ¿Estamos salvados si hay un rebrote? Entonces, esto creo que tiene muchísima importancia.

Ya termino. Bueno, se me han quedado muchas cosas. Soy activista, no sé si de izquierdas, soy activista de la defensa de la sanidad pública, sí. Usted decía, no, es que ese mantra. No es un mantra, es el BOE, el BOE dice que las competencias las tenían las comunidades, y el BOE y la legislación dicen que las competencias las tienen las comunidades, artículo 6. Es el

artículo 6 del BOE. No pasa nada, o sea, hay que leérselo y además hay que desarrollarlo.

Al Partido Popular, es que tengo muchísimas cosas aquí, me llama la atención... Ya termino.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Como luego nos podemos quedar aquí hablando, como hicimos el otro día.

La señora **GARCÍA GÓMEZ, MÓNICA** (Médica Anestesióloga): Vale, ya está. Me llama la atención esa diferenciación médico-política. Le agradezco su labor como médico. Es que a lo mejor como políticos también estamos haciendo cosas bien. La política está denostada y, bueno, pues su labor... Yo me siento igual, o sea, mi labor en la parte médica y en la parte política tienen el mismo fin, exactamente el mismo fin.

El Ministerio de Sanidad tiene la mitad de profesionales. Usted me hablaba, no, los documentos epidemiológicos. Sí, son iguales que estos, no lo captaban, son iguales que los de la Comunidad de Madrid, el epicentro. No lo captaban, sí, sencillamente no lo captaban. Y el Ministerio de Sanidad en el año 2012 tenía 4700 profesionales trabajando y ahora tiene un 30 % menos. Igual tenemos alguna responsabilidad los gobernantes. Y ya está, nada más. Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias, señora García. Gracias por su presencia aquí y por todas sus aportaciones. Continuamos enseguida con el siguiente compareciente.

**- DE LA SEÑORA GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL
(CATEDRÁTICA DE ECONOMÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS
PALMAS. EXPRESIDENTA DE SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA, SESPAS).**

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Continuamos, si les parece, con la sesión con la comparecencia de doña Beatriz González López-Valcárcel, a la que le damos la bienvenida. Le agradezco mucho su presencia en este grupo de trabajo. Muchísimas gracias.

La señora **GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, BEATRIZ**
(Catedrática de Economía de la Universidad de Las Palmas. Expresidenta de Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, SESPAS): Muchas gracias por la oportunidad de estar aquí. Para mí es una enorme responsabilidad y un orgullo poder ayudar en la medida de lo posible.

Yo he estado en la intervención anterior y, aunque en el documento que les he pasado, que es muy corto y sintético, me presento como catedrática de Economía de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria e investigadora de Economía de la Salud, creo conveniente darles un poco más de contexto sobre mi persona y sobre por qué estoy aquí. Yo llevo más de treinta años investigando la economía de la salud, tengo seis sexenios de investigación reconocidos más uno de transferencia. He participado y participo regularmente en proyectos de investigación del plan nacional y también europeos. Publico con coautores de cuatro continentes, desde el MIT hasta la Universidad de Ningbo, en China. Y he trabajado como consultora de la OMS en Mozambique y de distintas organizaciones en media docena de países de Latinoamérica, siempre en temas de economía de la salud.

En mi, digamos, faceta de servicio público, de forma desinteresada y no retribuida, trabajo en distintas sociedades científicas: AES, la Asociación de Economía de la Salud, la primera, también SESPAS, de ambas he sido presidenta. También he sido presidenta de la sección de Public Health Economics de la Asociación Europea de Salud Pública. También participo en el Consejo Social de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria desde 2009, con diferentes partidos en el gobierno. Y en la era COVID, es decir, en los últimos dos meses, estoy trabajando muy activamente en el comité científico asesor COVID para el Gobierno de Canarias y también en el grupo de trabajo

multidisciplinar del Ministerio de Ciencia e Innovación y en el Grupo de Trabajo de la Organización Médica Colegial sobre COVID, en los tres de forma no retribuida, de forma, digamos, como intento de contribuir en la medida en que pueda al conocimiento.

En este sentido, a mí me gustaría decir que he aprendido dos cosas esenciales en los más de treinta años que llevo trabajando en esto. La primera, la importancia del trabajo multidisciplinar. Los economistas de la salud no haríamos nada si pretendiéramos bunkerizarnos y trabajar solos. Y la segunda, la importancia de la independencia de la ciencia respecto de la política. Les digo esto para empezar mi presentación, para tener un poquito de contexto. Por tanto, estoy aquí como persona, como Bea, como Beatriz González. No estoy aquí bajo el dictado de ningún grupo, de ninguna organización, de ninguna asociación, aunque me siento muy orgullosa de pertenecer a las asociaciones científicas a las que pertenezco.

Voy a empezar hablándoles del gran reto que tenemos en este momento. Las dos curvas, la curva epidémica y la curva de actividad económica, están interrelacionadas. En la medida en que hemos conseguido aplanar la curva epidémica con medidas extremas como el confinamiento de la población, también hemos ralentizado la actividad económica, hasta un extremo impresionante. Repentinamente, el 14 de marzo, el consumo privado de los españoles, de los residentes y de los no residentes, se

desplomó. En dos semanas de marzo hemos perdido tantos puestos de trabajo como se habían creado en los dos últimos años. Hemos puesto a la economía en una especie de coma inducido, con un respirador, que son los ERTEs, los créditos ICO, todas estas medidas para que el tejido productivo pues no muera de hipoxia y siga funcionando. Pero, claro, el reto ahora es sacar al tejido productivo de este coma inducido y que empiece a funcionar por sí mismo, ese es el gran reto. En este contexto, en el que el déficit público del país se va a disparar en 2020 quizás hasta el 10 o 12 % y la deuda pública se va a disparar hasta el 115 o el 120 % de nuestro PIB, en este contexto es en el que vamos a abordar las reformas de la sanidad, reformas de la sanidad necesariamente dirigidas a mejorar el resultado en salud del Sistema Nacional de Salud, no la actividad, no el gasto, el resultado en salud, a mejorar la calidad de la atención y a mejorar la salud de los españoles, y compatible con la sostenibilidad económica y social del país. En este sentido, mi intervención no va a ser una carta a los Reyes Magos, no va a ser decir “hay que aumentar de todo, hay que aumentar recursos, más personal, más gasto”. No, el fondo de mi intervención va a ser, bien, hay que aumentar recursos en sanidad, pero selectivamente, allí donde los beneficios clínicos que van a aportar superan el esfuerzo económico que va a hacer el país por ellos.

¿Qué nos ha enseñado la COVID? Pues la COVID nos ha enseñado tres cosas, que tengo como tres puntos en una página. En negativo, nos ha enseñado que no estábamos preparados, nos ha enseñado que hemos tenido unos enormes problemas de suministros de EPIs, de hisopos, de tests para diagnóstico, en algunos casos de medicamentos, y que no teníamos un plan de contingencia preparado ni la formación suficiente del personal, sobre todo en el sector sociosanitario. Nos ha enseñado la necesidad de proteger a las personas vulnerables, particularmente a los ancianos, particularmente a las personas que viven institucionalizadas. Es tremendo el dato del número de fallecidos en residencias en España, es tremendo. Fíjense que en residencias viven algo menos de 400 000 personas, el 0,8 % de la población, y se han producido allí, posiblemente, dos tercios de los fallecimientos con COVID. Esto es tremendo.

Lo segundo que nos ha enseñado la COVID, como la otra cara de la moneda, en positivo, es la enorme capacidad de adaptación de nuestro sistema sanitario público, el liderazgo clínico eficaz, la colaboración entre profesionales y entre especialidades médicas, la gestión de emergencia flexible, saltándose las trabas burocráticas que tiene la gestión sanitaria habitualmente, y nos ha enseñado cómo los profesionales sanitarios, con un gran profesionalismo, han sido capaces de ir incorporando de forma exprés los avances científicos y organizativos que habían ido surgiendo durante la

crisis COVID. Miren, el jefe de Hematología de un hospital de Nueva York, según cuenta el *New England Journal of Medicine*, declaraba que en una semana de práctica había cambiado más su práctica clínica que en los 28 años que llevaba de hematólogo en ese hospital. El avance del conocimiento científico ha sido impresionante y acelerado. Toda la humanidad, nunca se había dado este caso, todo el talento de la humanidad, como un haz de luz, ha estado concentrado para resolver un único problema que es el problema planetario de la COVID, y esto implicó una enorme afluencia de descubrimientos científicos. Sabemos muchísimo más ahora de la enfermedad, de su tratamiento, de cómo pertrecharnos frente a ella que lo que sabíamos en marzo.

Y la tercera cosa que nos ha enseñado la Covid, y esta es muy positiva para nosotros, es que la sanidad ha saltado a la agenda política. El Sistema Nacional de Salud de repente se ha mostrado como un gran activo del país, y esto, en mi opinión, es muy positivo, muy positivo. Y, además, fíjense qué paradoja, nunca nos había ocurrido esto, es que ahora mismo la evolución de la economía española depende de la sanidad, nunca había ocurrido esto, porque solo si somos capaces, a través de atención primaria y de vigilancia epidemiológica, solo si somos capaces de impedir que pequeños brotes, que van a aparecer porque el virus está aquí y no podemos esterilizar el país, solo si somos capaces de dejar estos pequeños brotes sin que se masifiquen y sin

que obliguen a reconfinar, solo entonces la actividad económica podrá, digamos, recuperarse de forma más rápida y mejor. Fíjense, ocho semanas de confinamiento han supuesto un coste fiscal de 36 000 millones de euros, del 3,2 % del PIB, en términos del gasto público adicional, los ERTes, etcétera, y de pérdida de ingresos por bajada de actividad. Entonces, por primera vez en la historia resulta que el sector sanitario es la primera línea de defensa para la economía, para evitar volver a tener que reconfinar o tener que dar pasos atrás en la recuperación de la actividad económica. Muy bueno para la sanidad. Todo esto en un contexto de enorme incertidumbre.

Yo les voy a hacer propuestas distinguiendo corto y largo plazo. A corto plazo son retos que tenemos ya, durante, digamos, los próximos meses o el próximo año, y más a largo plazo son medidas estructurales.

A corto plazo, el primer reto es poner a la atención primaria de salud en el foco. En realidad, la epidemia hasta ahora parecía una cosa de hospitales, o sea, de UCIs, etcétera, pero a partir de ahora va a ser, cada vez más, una cuestión en manos de la atención primaria de salud y en combinación con la salud pública. Esto implica que necesitamos más recursos para la primaria, más formación de las personas que van a estar en esa primera línea de trazabilidad de casos y de contactos. Que no pueden hacer las apps. Las apps, la inteligencia artificial está muy bien para complementar a la natural, pero no pueden sustituirla. Las apps no pueden

ser las responsables de hacer el seguimiento de casos porque hace falta una comunicación humana, empatía, que haya una persona bien formada al otro lado del teléfono interactuando con los posibles casos.

Fíjense, durante la epidemia, según el estudio de seroprevalencia que ha hecho el Instituto de Salud Carlos III con el INE, un estudio riguroso y un gran activo para el país también (ya ha salido la segunda oleada), hasta el primero de mayo, el 5,2 % de los españoles tenía anticuerpos neutralizantes, por tanto, habían pasado la enfermedad. Eso significa que, más o menos, 2 400 000 españoles han pasado la enfermedad, de ellos, un tercio, según el estudio, la han pasado sin enterarse, es como un regalo que les ha hecho la naturaleza, no han tenido síntomas, no han llamado al sistema sanitario, y 124 000 han estado hospitalizados, en planta o en UCI. Resulta que un millón y medio más de personas, descontando los asintomáticos y los que han estado hospitalizados, pues han tenido síntomas de la enfermedad pero la han pasado en casa. ¿Y quién les ha atendido? Pues su médico de familia, la atención primaria, el sistema de atención primaria, pero de alguna manera como que quedó fuera del radar. Esta atención, con 1 500 000 personas que pasaron la enfermedad, pues no se valora tanto socialmente como se puede valorar lo que hacen los anestesiistas o los ucistas.

La segunda medida a corto plazo es que necesitamos tener un plan de catástrofes, necesitamos una preparación para epidemias, para la siguiente

oleada de ésta y para otras que vendrán, necesitamos hacer acopio de material, aprovisionamiento de reservas estratégicas. Aquí a mí me gustaría llamar la atención sobre algo que me parece importantísimo. Miren, va a aparecer una vacuna, o varias, antes o después, posiblemente en cuestión de meses o de un año, digamos. Fíjense, el cómo compramos esa vacuna es esencial, porque no es lo mismo el que compitamos entre las comunidades autónomas y entre los países del mundo para ver cuál consigue comprar la vacuna y aprovisionarse antes, negociando, incluso confidencialmente, con quizá una multinacional, que es la que tiene la patente, imagínense lo que puede suponer esto, no es lo mismo eso que hacer, desde ahora ya, una preparación de un plan estratégico, yo estoy convencida de que a nivel europeo, de aprovisionamiento de la vacuna, de reglas del juego para que la vacuna sea accesible a un precio razonable.

Vuelvo a lo del gasto de antes, por lo que empezaba. Si, con criterios técnicos, hubiera que vacunar a 20 millones de españoles, vamos a poner, digamos que los mayores de 65 años, que son nueve millones y algo, más grupos de riesgo, los sanitarios, los profesores, etcétera, 20 millones de españoles, si resulta que la vacuna cuesta 300 euros, como cuestan las últimas que se han comercializado, en tres dosis, vamos a poner, entonces estaríamos gastando 6000 millones de euros en la vacuna, esto es en torno al 8 % del gasto sanitario público. Entonces, ¿ese aumento del gasto sanitario

público es bueno? Qué bien, el gasto sanitario sobre el PIB ha aumentado muchísimo. Hombre, yo creo que lo más razonable sería intentar comprar la vacuna, haciendo una coalición de demandantes, a un precio, desde luego, no de monopolista, a un precio mucho más razonable, con lo cual, en vez del 8 % del gasto sanitario público, podríamos conseguirlo al 1 % del gasto sanitario público. Esto es para recalcar la idea de que, siendo economista, para nosotros es importantísimo que el gasto no es solo gasto. El gasto es una transferencia de recursos de unos sectores a otros, pero no por definición el gasto en salud es necesariamente bueno, depende de si con ese gasto se consiguen resultados en salud, y eso es lo que tenemos que intentar.

También diferenciar entre rescate y recuperación. Debemos diferenciar entre recursos que vamos a poner en el sistema a corto plazo como rescate, para pagar las necesidades extra que hemos tenido en fase de la pandemia, los EPIs, los recursos adicionales, incluso para pagar la lista de espera que necesariamente vamos a tener más abultada por la falta de tratamiento de los casos no COVID, que han quedado relegados durante estos meses, y estos son, digamos, recursos de corto plazo, que hay que abordar, pero también, por otro lado, habrá recursos a largo plazo, consolidables, con los que tenemos que valorar siempre qué conseguimos a cambio de ellos.

Voy fatal de tiempo porque me quedan los retos de largo plazo, pero, bueno. Los retos de largo plazo son seis; no están en orden de prioridad, pero sí están en un orden como para seguir una línea argumental. El primero tiene que ver con recursos humanos. La idea fuerza aquí es: el capital humano es el más importante, el más valioso del sistema. Los profesionales sanitarios son nuestro gran activo y necesitamos un nuevo modelo de relación profesional en el Sistema Nacional de Salud que capte y retenga talento, que incentive la práctica bien hecha, que favorezca al trabajador con fórmulas que permitan flexibilidad, conciliación, adaptación a sus preferencias. Esto es fundamental, y es fundamental porque la uniformidad no sirve en un sistema nacional de salud que tiene plazas muy poco atractivas. Nunca faltará un anestesta que quiera ir a trabajar al Hospital Clínic de Barcelona o a La Paz de Madrid, pero sí que pueden faltar médicos de familia que quieran ir a trabajar a un pueblo remoto o a una localidad rural, no digo de Teruel porque es el único que tiene grupo, pero de la Galicia remota. Entonces, no podemos tratar uniformemente, con un sistema de retribuciones homogéneo, a los que son diferentes. Y la retribución es solo un componente de la compensación. La compensación de un profesional es mucho más que una retribución, tiene que ver con el prestigio, con la posibilidad de desarrollo profesional, con la posibilidad de investigación, etcétera.

Esto es particularmente importante en el caso de la medicina de familia. Llevamos diez años escribiendo sobre la crisis de la medicina de familia en España. Es un problema enorme, y como síntoma de este problema, solo hay que ver la elección de las plazas MIR. Para darles una idea gráfica, pues en 2019, entre los 3000 primeros candidatos al MIR, solo 101 eligieron medicina de familia. Esto es tremendo para el sistema sanitario. Porque nuestro reto como sistema es hacer que lo individualmente atractivo coincida con lo socialmente necesario, y lo socialmente necesario es que a medicina de familia vayan médicos capaces, ilusionados, y, sin embargo, lo que tenemos es médicos de familia que van a urgencias de los hospitales a trabajar. Las urgencias de los hospitales públicos tienen una enorme cantidad de médicos de familia, sin embargo, está demostrado que países que tienen una atención primaria fuerte son países con un sistema de salud más eficiente porque el gran activo de la medicina de familia es la longitudinalidad y la continuidad del cuidado. Si tu médico de familia te viene tratando a ti y a tu familia y los conoce a todos desde hace veinte años, en muy poco tiempo de consulta, la información adicional que adquiere tiene muchísimo valor, de modo que en muy poco tiempo de consulta es capaz de darte el diagnóstico y el tratamiento adecuado. Claro, los médicos de familia son los supermanes del sistema, pero todo supermán tiene su kryptonita, y la kryptonita de la medicina de familia es contratos de fin de semana, contratos donde se corta

esa longitudinalidad. Es tremendo que en España hayan aumentado las visitas a urgencias de los centros de salud muchísimo más que las consultas ordinarias a los médicos de familia. Son una tragedia los contratos y las incidencias en los médicos de familia, no puede ser. Entonces, tenemos un reto y tenemos un reto, en general, de fórmulas flexibles de relaciones profesionales pero, en particular, en medicina de familia. Hace falta estabilidad del empleo y que los profesionales estén ilusionados y contentos.

Hay un plan estratégico de atención primaria en España que habría que seguir, y nosotros tenemos acciones concretas. Por ejemplo, que en la investigación se discrimine positivamente a los proyectos que vienen de atención primaria. Es desolador ver en España cómo se adjudican los proyectos de investigación de biomedicina, el pequeñísimo porcentaje de proyectos de atención primaria, entonces, hacer una discriminación positiva, dar señales claras de prestigio. Todo esto lo hemos escrito en muchos sitios y pueden leerlo, pero intento convencerles de algo que para mí es fundamental. Y luego, mayor atención a que hay nuevas profesiones, al papel de la enfermería, que tiene que ser un papel fundamental, no solo de atención a la cronicidad sino también de coordinación entre niveles, también de atención domiciliaria y en residencias. Entonces, ¿qué hacer? Pues cambios regulatorios, perfeccionar el estatuto marco, diferenciar la sanidad respecto

a la Administración Pública General, incentivos específicos para la atención primaria.

El segundo punto es gestión profesionalizada de la red pública, con autonomía de gestión y herramientas adecuadas. Lo primero, hay que seleccionar a los directivos y a los gestores sanitarios con criterios de capacidad y no con criterios de lealtad política. Hay que tener mayor autonomía de gestión en los centros públicos, con herramientas en política de suministros y compras pero también y sobre todo en políticas de personal. Porque, miren, no es lo mismo gestionar que administrar. Administrar es cumplir los reglamentos, atenerse al BOE; gestionar es disponer, con liderazgo, los recursos para conseguir los objetivos de la organización. Y para poder gestionar hay que tener herramientas de gestión. No podemos pretender que los centros públicos compitan con los privados cuando no tienen las herramientas de gestión y están atados de manos.

Entonces, ¿la solución cuál es? La solución es evidente, es flexibilizar diferenciando sanidad del resto de la administración pública. Sanidad no es la administración de la Tesorería de la Seguridad Social, es diferente. Esto es esencial para un *benchmarking*, para una competencia por comparación, competencia por comparación entre centros sanitarios públicos y privados e incluso entre comunidades autónomas, aprender del otro, aprender del que lo hace bien, sentirte orgulloso y con sentido de pertenencia a tu

organización. Claro, esto tiene que estar ligado a la financiación del centro, claro que sí. Una financiación asimétrica pues no es muy conveniente, y tenemos el ejemplo en la Comunidad de Madrid. No me voy a extender, llevo 23 minutos. O tenemos el ejemplo de los turistas extranjeros en mi comunidad, en Canarias. ¿Qué incentivos tiene un hospital público para cobrar a un turista extranjero si resulta que su seguro, que lo tiene, a quien le va a pagar es a Tesorería, es a Hacienda. Pues, claro, un gerente de un hospital público no tiene un incentivo para poner personal a tratar de cobrar esto; desde la racionalidad de la mesogestión, va a dedicar los recursos a otra cosa. Entonces, ¿cuál es la solución? Obviamente, la solución es cambiar la forma, el procedimiento de la financiación de los centros, ligarla más a la actividad, etcétera. Y reforzando los mecanismos de cooperación entre servicios de salud y de salud pública de las comunidades autónomas. En esto se ha avanzado muchísimo durante la era COVID y yo creo que no se debería abandonar. Tenemos un sistema sanitario que debe funcionar en red, que tiene una enorme riqueza, una enorme riqueza de innovación organizativa, etcétera, y tenemos que aprovecharla. ¿Todo esto qué requiere? Datos homogéneos, requiere datos homogéneos, transparentes y compartidos. Sobre esto me voy a referir en el punto 5, un poquito más adelante. Por tanto, se trata de desplegar marcos de gestión basados en la autonomía y

responsabilidad, con financiación ligada a logro de resultados y no sometida a decisiones discrecionales, pero sí evaluable, evaluación independiente.

El punto 3 es muy rápido porque es, oye, no demos pasos atrás en lo que hemos avanzado con la era COVID, por favor. Si hemos descubierto la telemedicina, no olvidarla; si hemos descubierto el teléfono en la atención primaria, no colgarlo definitivamente; o los circuitos diferenciados y todo lo que tiene que ver con seguridad del paciente; o, de nuevo, la atención primaria.

El punto 4 tiene que ver con el factor de sostenibilidad del gasto sanitario, tiene que ver con que el gasto sanitario ha de estar orientado hacia el valor social, tiene que ser un *value-based healthcare*, que dicho en inglés parece como más así, que significa un sistema sanitario basado en el valor, en el valor social, en lo que aporta a la salud. Miren, desde la lógica de la gestión privada, una compañía multinacional que cotiza en Bolsa, el valor que crea es el valor para el accionista, y tiene que ser así y entra en su genoma el hacerlo, pero es que este valor para el accionista no coincide con el valor social del sistema sanitario, que es el valor de conseguir salud. En este sentido, es esencial que la cartera de prestaciones del Sistema Nacional de Salud siga criterios de consenso social, entre ellos, coste-efectividad, además de impacto presupuestario, que se reduzca el uso de procedimientos de escaso valor terapéutico y, en cambio, se incremente el uso de

procedimientos que quizás están insuficientemente utilizados y que tienen un gran valor terapéutico, y avanzar en la cultura de la evaluación, con evaluación sistemática no solo de nuevas tecnologías y dispositivos. No vale dejar entrar a todo el que quiera entrar por la puerta, cualquier nuevo dispositivo que aparezca en el mercado. No, evaluación y cultura de evaluación, no solo con dispositivos y con tecnologías, también con organización, también con desigualdades y equidad. En este sentido, la propuesta que desde hace tiempo llevamos haciendo en AES, en la Asociación de Economía de la Salud, es crear, bueno, existe una red de agencias de evaluación de tecnologías, ya existe, ya es muy sólida y tiene mucho músculo, pero darle más capacidad decisoria, algo así; lo llamamos el HISPANICE, emulando a la NICE británica. Ya estoy terminando.

Sistemas de información. Miren, la información es el cemento que cohesiona al Sistema Nacional de Salud, y el potencial, los sistemas de información del Sistema Nacional de Salud y la investigación biomédica, eso es bueno, es bueno por las siguientes cosas. Primero, es bueno para la calidad asistencial, porque ahora que tenemos *big data*, datos de la vida real, masivos, poder utilizarlos para todo el sistema de salud, para seguir los resultados en salud de nuevos tratamientos en la vida real, por ejemplo, seguimiento de efectos adversos, etcétera, pero para cualquier estudio de investigación de servicios sanitarios y de calidad de la atención. Esto es

fundamental, o sea, calidad asistencial, pero también para la gestión y la planificación. Si antes decíamos que queremos que haya centros que puedan competir por comparación, entonces, para poder compararlos, hace falta que sean comparables, que los indicadores sean los mismos, que se recojan de forma estándar. Entonces, el compartir información entre las comunidades autónomas es un *win-win*, gana todo el mundo, y, en cambio, blindar la información de tu comunidad autónoma para que no sea comparable con la de otras, en realidad es un despilfarro, y en nuestra sociedad, un valor consensuado es que el despilfarro no es solo ineficiente, es inmoral. Piensen ustedes si dejan un grifo abierto durante media hora y se van, aunque no tengan que pagar la factura del agua. No lo hacen, ¿verdad que no? Porque consideran que moralmente es reprobable despilfarrar el agua, la pague o no la pague. El despilfarro es inmoral y el no permitir que los sistemas de información de las comunidades autónomas estén interconectados es un despilfarro de nuestro sistema, es no aprovechar una capacidad enorme que tiene un sistema descentralizado como el nuestro. Y también es útil para tener una historia clínica interoperable. Somos un sistema nacional de salud, los pacientes pueden tratarse en una comunidad autónoma que no es la suya y tener la posibilidad de hacerlo.

Y luego, la investigación biomédica. La investigación biomédica basada en datos es una potentísima palanca de transformación y de impulso

económico. Porque, fíjense, la investigación biomédica es una investigación de alto valor añadido, de gran incorporación de capital humano. Si queremos hacer una transformación económica del país hacia un país más moderno, más sostenible, la investigación biomédica es una de las grandes palancas, y España tiene una gran participación en las publicaciones científicas en biomedicina, en ensayos clínicos, etcétera. Por tanto, yo propongo aquí hacer un plan, con fondos específicos del tipo fondo de cohesión, para su financiación y, complementariamente, intentar captar más recursos europeos. Europa es una mina, vamos a intentar captar más recursos europeos para la investigación biomédica, fomentando el sistema de ciencia y tecnología.

Y ya termino con el último punto, que es un recordatorio de que, oye, si estamos diciendo que hay que dejar de pensar que el hospital es el centro de la sanidad y de que no hay vida inteligente fuera del hospital, y decimos, no, la primaria también, pues también hay que pensar que la sanidad no es el centro de la producción de salud. La salud se produce con otras políticas sociales que no son solo la sanitaria, con políticas de transporte, de vivienda, de movilidad, de distribución de rentas. La pobreza mata. En este sentido, el paradigma aceptado por la Unión Europea es “salud en todas las políticas”, y salud en todas las políticas debe llevar a que la sanidad deje un poco de mirarse el ombligo y vea que es un elemento más en la producción de salud.

También debe hacernos pensar que hay que desarrollar la Ley General de Salud Pública, que tiene las evaluaciones de impacto en salud de cualquier tipo de políticas, las tiene incorporadas como punto central.

Yo termino. He tardado 31 minutos, pensaba tardar veinte, pero lo siento, me emocioné. Terminó haciéndoles un ruego que es que, después de que terminemos las comparecencias, por favor, se pongan de acuerdo para llegar a un acuerdo sobre el Sistema Nacional de Salud, que es el buque insignia del estado del bienestar y que es de todos, y que la pelota está en su tejado una vez que terminemos nosotros. Nada más. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias, señora González. A continuación tienen la palabra los grupos parlamentarios. El Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Gracias, señora González, por su intervención. Voy a actuar con egoísmo y voy a hacer una cosa que nunca hago y es decirle que me ha encantado su intervención y que voy a procurar ser corta, cortísima, para que los minutos sean para usted porque realmente merece la pena escucharla. Esta es la parte de egoísmo, me interesa más escucharla a usted que las preguntas que pueda formularle yo.

Brevemente, compartimos, de todo lo que dice, la preocupación por dar pasos atrás en las lecciones y en ese avance que hemos hecho sometidos a estrés. Muchas veces, las personas y los sistemas en contextos de estrés dan lo mejor de sí, pero luego, cuando se relaja la situación, hay un repliegue y se pierde ese avance. Eso nos preocupa a nosotros mucho también.

Usted ha hecho una diferenciación, que compartimos y creemos absolutamente urgente, distinguir las medidas que tenemos que adoptar a corto plazo y las que luego tienen que ser estructurales, porque si hacemos todo a la vez no vamos a hacer nada y va a ser muy difícil llegar a un acuerdo. Pero en una de las medidas que usted planteaba, la última, la investigación biomédica, para poder recurrir, por ejemplo, decía, a los fondos europeos, a nosotros nos parece una prioridad a corto plazo poder recurrir a esos fondos europeos. ¿No le parece que habría que hacer mucho esfuerzo en determinar con qué proyectos podemos recurrir a esos fondos europeos? No sé si al programa EU Health, que tiene una dotación de fondos importantes, o a otras medidas. Solo esto, y escucho atentamente su respuesta.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias. Por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos.

El señor **DÍAZ GÓMEZ**: Muchas gracias. Muchas gracias, señora González, por esta magnífica exposición. Voy a tomar ejemplo de mi compañera del PNV para no quitarle tiempo a usted porque será mucho más interesante escucharla a usted que a mí.

Solo preguntarle sobre los incentivos que ha propuesto. Además de priorizar la investigación en medicina de familia y algún incentivo económico, un complemento de destino o lo que sea, ¿puede ahondar o tiene más ideas en este sentido?

Por otro lado, si usted cree que sería conveniente una ley de evaluación de políticas públicas, porque ha incidido mucho en la eficiencia del gasto sanitario y también en la eficiencia de lo que se hace con ese gasto, y ha hecho dos puntualizaciones que me han llamado mucho la atención, una que es recurrente, pero otra que, yo al menos, es la primera vez que la escucho aquí pero que me ha parecido muy interesante. Una recurrente es el exceso de burocracia y de tiempo que se emplea en burocracia dentro de los centros sanitarios, pero la otra ha sido el tiempo que se utiliza en tratamientos o en terapias que a lo mejor no generan un buen resultado, que se hacen casi por una tendencia establecida y que no se corrige, entonces, si cree que ahí se podría avanzar.

Y, por último, esto es una pregunta surgida al escucharla y es la última que le hago, sobre lo que hemos aprendido como sociedad durante el

tratamiento de la COVID, durante esta pandemia, que no ha terminado. En casos anteriores, y yo no sé si a lo mejor me estoy metiendo en su especialidad como economía de la salud, si sabe qué se hizo en casos anteriores, por ejemplo, para no perder lo que se aprendió en grandes conflictos como la Primera Guerra Mundial, que se avanzó mucho en medicina, o en grandes catástrofes, que se avanzó muchísimo en medicina. ¿Se hizo algo para no perder esos avances que también se pueda hacer ahora? Y ya está. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. Por el Grupo Republicano.

La señora **VALLUGUERA BALAÑA**: Muchas gracias. Ya ha conseguido poner de acuerdo a tres grupos, por tanto, voy a ser también brevísima para poderla oír. Solo unas cuantas preguntas.

Respecto a los incentivos de los profesionales para medicina de familia y demás, ¿entiende usted que la posibilidad de, además de una proyección profesional de investigación y demás, poder realizar un proyecto propio de vida puede ser uno de esos incentivos? Lo digo porque, como estamos hablando también de contratos de muy poca duración y que no te permiten construirte una biografía, quizá eso es una de las posibilidades.

Segunda pregunta, ¿podría ejemplificar, por favor, los procedimientos de escaso valor terapéutico y ejemplificar también los procedimientos efectivos y coste-efectivos insuficientemente utilizados?

Tercera pregunta. No ha entrado en el papel de la medicina privada. ¿Cuál cree que debería ser ese papel y qué relación con la pública? Y si puede hacer algún apunte sobre los conciertos, es decir, aquellos usos de la sanidad privada con puerta de entrada pública que, volvemos a estar en lo mismo, interiorizan las ganancias y socializan las pérdidas. ¿Qué le sugiere?

Cuarta pregunta, el *big data*. ¿Cómo o de qué manera tutelamos los derechos fundamentales y demás compaginándolos con las posibilidades que nos da la trazabilidad y el *big data*? Es una obsesión que tengo.

Quinto, los sistemas de información estandarizada. Probablemente, lo pregunto porque no lo sé, ¿esos procesos que estamos pensando a nivel estatal podrían darse a nivel europeo y ya pasar, diríamos, un escalón para sistematizarlos, estandarizarlos y hacerlos coherentes en todo el panorama europeo? Me ha parecido que usted, por ejemplo, en elementos de vacunación pensaba en ese paradigma territorial.

Y lo último, felicitarle por la claridad con que ha expuesto que el paradigma de salud de todas las políticas debe ser lo que guíe no solo el sistema de sanidad sino el de salud, que debe estar implícito en cualquier política pública que se lleve a cabo. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. A continuación, por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenos días. Bienvenida, Beatriz.

Pregunta 1, en un artículo suyo, usted habla sobre la atención primaria y habla de la disminución del gasto público en atención primaria desde hace años y que se solicita el 25 % del presupuesto de sanidad. En 2019, el gasto medio de sanidad, y leo, fue de 1450 euros por habitante/año de media. La pregunta, ¿se podría ajustar una cantidad por habitante y año para atención primaria?

Después, segunda pregunta, habla en su documento de fomentar la competencia entre centros públicos y privados. Cuando dice privados, ¿se refiere a gestión privada de un centro de titularidad pública? Es que como no lo especifica. Y también le quería decir, ¿es posible esta competencia cuando los integrantes, por ejemplo, de un servicio público, incluso un gestor, trabajan también en la competencia privada, en un hospital público y en uno privado?

Y después, en cuanto a la colaboración, o sea, sería colaboración frente a competencia para la fijación del precio de un medicamento o de una

vacuna, ¿no? ¿Cómo sería ese método colaborativo? ¿Son decisiones políticas? Estas son las tres cuestiones. Gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Vox.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Buenos días. Desde el punto de vista económico, a lo largo del estado de alarma y tal, nosotros hicimos una serie de propuestas en un programa político que hicimos de soluciones urgentes ante la situación en la que estaban viviendo los españoles como consecuencia del confinamiento. Propusimos una serie de medidas, entre las cuales destaco dos, que eran, por un lado, la reducción drástica del gasto público, con la desaparición de chiringuitos, ONGs, ayudas a ONGs, a sindicatos, a partidos políticos, dismantelar toda la agenda ideológica del Gobierno, como todo el despilfarro que están planeando de cambio climático cuando no hay una emergencia ahora mismo climática, sino que hay una emergencia social y económica que viven todos los hogares y familias españolas, y luego, por otro lado, propusimos también que se pagasen las nóminas a todos los españoles durante el tiempo que durase el confinamiento porque había liquidez y que también se pagara su parte a los autónomos. Era una forma de que el Estado devolviera una parte a los españoles, ahora que

lo necesitaban, de lo que los españoles habían estado aportando durante toda su vida y en un momento en el que lo necesitaban. Creíamos que era una buena idea y, de hecho, había dinero, además, hicimos un análisis de todas las partidas de donde se podía sacar ese dinero para pagar las nóminas a todos los españoles. Al final, esto, que creemos que sí que es política social con mayúsculas, pues, lógicamente, como no venía de ellos o no tenían interés en que los españoles salieran adelante, sino en, quizá, medrar políticamente a costa de la desgracia y de la miseria ajena, porque que no se nos ocurra hacer otro tipo de análisis, pues, bueno, la propuesta no salió adelante y han hecho otras que tienen menos recorrido.

Agradecerle los cálculos que cita porque, además, lo hizo este grupo parlamentario en la Comisión de Sanidad sobre seroprevalencia, pero falta un dato, y es que el 5 % tiene anticuerpos pero no se han hecho las pruebas para saber si neutralizaban el virus. Por ejemplo, en la hepatitis C se gastaron 1942 millones de euros y no tiene una mortalidad del 11 % a los tres meses como la tiene el virus chino. Por eso, me gustaría preguntarle cuánto cree que nos debemos gastar en vacunas a los ancianos, que son el principal factor de riesgo, ya que parece que es partidaria usted de aplicar análisis económicos a otras enfermedades, como en el caso del cáncer.

Para terminar, un detalle. El 70 % de las ganancias de la esperanza de vida viene de los medicamentos que genera además la industria

farmacéutica. El bloque soviético solo inventó un fármaco contra el cáncer, que era la bendamustina, y occidente, en contraposición, ha inventado centenares, por eso creo que no se debe estigmatizar a la industria farmacéutica, como se hace a veces muy alegremente porque es fácil caer en ese tipo de demagogia, porque gracias a muchas de las cosas que ellos hacen, muchos de nosotros estamos vivos con medicamentos que habitualmente tomamos. Simplemente eso. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias. Por el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **RILOBOS REGADERA**: Muchas gracias, señora presidenta. Quiero tener en primer lugar un recuerdo a los fallecidos por el COVID y especialmente a sus familias, que están todavía dolorosamente impactadas, y un reconocimiento a los enfermos, a esos 242 707, que o han pasado el COVID o están en este momento todavía en los hospitales recuperándose.

Quiero dar las gracias a la profesora González por su excelente intervención, por las aportaciones, por el documento que nos ha remitido, y decirles que, además de su larguísima y prolongada trayectoria docente e investigadora y de formar parte tanto del comité de expertos que asesoran al

Gobierno de Canarias como del grupo multidisciplinar de científicos del Ministerio de Ciencia y Tecnología, me consta que forma parte del jurado de los premios José Barea, que no nos lo ha contado usted, donde coincide con nuestro compañero, el doctor Echániz.

Quiero darle las gracias por ese intenso trabajo que están haciendo todos los expertos y científicos que están colaborando en este momento con el Gobierno, pero también quiero aprovechar para hacer un reconocimiento a los equipos multidisciplinarios de todos los profesionales de salud pública de España, que están trabajando tanto en el Ministerio como en las diferentes consejerías y que están haciendo un trabajo callado. Y felicitar a la SESPAS, a la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, de la que usted fue presidenta y de la que todavía forma parte, y a esas doce sociedades científicas que también están haciendo y han hecho un excelente trabajo. El trabajo que hacen estas sociedades científicas y los profesionales que las comportan salva muchísimas vidas de una forma muy silenciosa, aunque muchas veces no se sepa. Y me va a permitir que felicite especialmente a la SESA, a la Sociedad Española de Sanidad Ambiental, de la cual soy presidenta de honor, fui fundadora, y aprovechar para felicitar y dar las gracias a mi maestro de salud pública, al doctor Benjamín Sánchez Fernández-Murías, que ha sido el padre de todos los profesionales de la

sanidad ambiental que hay en este momento en España, y a la presidenta actual, Isabel Marín, que ha colaborado con usted también intensamente.

Mi bautismo de fuego en salud pública, y lo recordaba el otro día, fue una auténtica pesadilla. Durante los meses de mayo, junio, julio y casi agosto, me tocó vivir en un laboratorio, con mascarilla, gafas y guantes, analizando anilinas, en lo que fue el denominado síndrome de aceite tóxico con el aceite de colza, y lo pasamos realmente fatal todos los profesionales que trabajábamos en esa época; yo acababa de terminar la carrera en ese momento. Pero eso sirvió para que se diera un salto espectacular en todo lo que fue después la seguridad alimentaria en nuestro país, que es probablemente ejemplar y una de las mejores del mundo y de Europa. Creo que en este momento estamos en eso, en lo que ha propuesto nuestro presidente, el Pacto Cajal, un pacto al que tenemos que llegar todas las fuerzas políticas, donde tengamos que aprender a través de estas comisiones para mejorar, corregir todos los errores y que esto que ha ocurrido sea una oportunidad.

Fíjese usted, a lo largo de las comparecencias de los diferentes comparecientes ha habido muchísimas coincidencias y se ha puesto en evidencia que en la parte de prevención hubo una infravaloración de la pandemia. Se ignoraron las advertencias de organismos internacionales. Hubo inacción al principio y se tardó en tomar las medidas de confinamiento

y cuando llegamos estábamos fuera de control. Usted lo ha dicho, en la parte de gestión han faltado recursos, respiradores, tests, específicos y sensibles, mascarillas, camas. Se ha infravalorado, y lo ha dicho aquí también la presidenta de la Sociedad Española de Atención Primaria, la atención primaria. Ha habido inseguridad para los sanitarios. Ha habido muchos datos y disparidad en los datos, por ejemplo, de mortalidad, que todavía los hay. Y ha habido ya muchas propuestas de futuro, que muchas de las que han dado coinciden con usted y con las que usted ha dado aquí esta mañana, como lo que es reforzar la atención primaria, reforzar los servicios de salud en la parte de prevención, protección, promoción de la salud y vigilancia, que haya acopio de materiales, o que, por ejemplo, haya sido espectacular cómo ha resistido a ese tsunami de casos el Sistema Nacional de Salud en la parte asistencial y la adaptabilidad y flexibilidad que han tenido los profesionales, que ha sido absolutamente ejemplar.

Usted decía en unas declaraciones, que a mí me gustaron mucho, que el éxito de la salud pública es que no se aprecie su necesidad. Desgraciadamente, en esta pandemia hemos visto lo necesaria que es la salud pública porque esto ha sido yo creo que el mayor fracaso en salud pública de los últimos cien años de nuestro país. Los resultados son absolutamente demoledores en pérdidas de vidas humanas, en enfermos, en secuelas, en sanitarios contagiados, el impacto descomunal, que usted ha descrito a la

perfección, en materia económica y los daños de carácter social. Creo que esto nos tiene que servir para trabajar en lo que es la parte de prevención porque ahí se pueden salvar muchas vidas.

Usted decía recientemente en un artículo que se habían publicado algo así como 7000 trabajos científicos en estos dos meses, cosa que es absolutamente espectacular. Yo estoy convencida de que, a lo largo de los próximos trabajos científicos que hagan también nuestros especialistas, iremos conociendo cuáles han sido los factores determinantes de los agravantes.

En este momento estamos en la fase de desconfinamiento y estamos haciendo cosas yo creo que sencillas, como son controlar fronteras, que a lo mejor se tenía que haber hecho antes, tres cosas sencillas de protección personal como son las mascarillas, el distanciamiento interpersonal y la higiene personal, mejorar los servicios de epidemiología y de salud pública, el protagonismo de la atención primaria en la desescalada o en el desconfinamiento, que es importante, y tener unos recursos mínimos tanto en los hospitales como en las residencias de mayores. Usted ha hablado de cómo ha afectado esta pandemia a los mayores y especialmente en la mortalidad. Yo solamente quería dejar sobre la mesa los datos que ha publicado el presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, que dicen que en países tan desarrollados como Canadá ha sido el 82 % de

los fallecidos; en Noruega, el 58 %; en Francia, el 51 %; en Suecia, el 49 %, y en España, PCR's positivo, el 30 %.

Le voy a formular solamente tres o cuatro preguntas porque yo también coincido con mis compañeros en que es importante escucharla a usted. La primera es cuál considera usted que es el país del mundo que tiene una mejor atención primaria de salud.

¿Cree usted que si se hubieran evaluado los riesgos de los eventos masivos, como recomendó la Organización Mundial de la Salud el día 14 de febrero, se hubieran reducido los casos? ¿O comparte usted el informe de la CDA?, que habla de que se hubieran reducido un 62 % de los casos si se hubiera declarado la alarma el día 7, es decir, una semana antes, esos diez días que nos decía el otro día uno de los expertos que se habían perdido.

Ayer comentaba el ministro que es posible que se empiecen a hacer estudios... **(La señora presidenta: “Señora Riobos, tiene que ir acabando”)** sobre aguas residuales. ¿Considera que investigar la carga viral puede ser un indicador adelantado para evitar las pandemias?

Y solamente decirle que nosotros compartimos, como usted, que hay que crear una agencia nacional de salud pública dentro del Pacto Cajal. Muchas gracias y felicidades.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Tiene la palabra la representante del Grupo Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Buenos días, doctora Beatriz González López-Valcárcel. Bienvenida a esta Comisión de Reconstrucción Económica y Social de España, a este Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública.

Quisiera felicitarla por su gran trabajo como referente de la economía de la salud española y también quisiera felicitarla por sus aportaciones a la inteligencia sanitaria española y su colaboración a favor de la sanidad pública. Decir también que mi grupo viene aquí, a esta Comisión, con la mayor voluntad de conseguir acuerdos y alcanzarlos.

Muchísimas gracias por su exposición. Me surgen muchísimas preguntas, pero me voy a centrar nada más que en la investigación biomédica. Usted dice que es una potente palanca de transformación e impulso económico, además, creo que capta y atrae talento y fija empleo de calidad, entonces, quisiera nada más que profundizase algo más en la investigación biomédica. Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias. Señora González, por favor.

La señora **GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, BEATRIZ** (Catedrática de Economía de la Universidad de Las Palmas. Expresidenta de Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, SESPAS): Muchas gracias. ¿Cuánto tiempo tenemos? (**La señora presidenta: “Pues tiene usted casi media hora”**). Bien. Muchísimas gracias por su interés, que es el del país, en realidad. Voy a intentar contestar la mayor parte de las preguntas, aquellas en las que creo que puedo aportar algo.

Sí que hay un riesgo de dar marcha atrás en lo que hemos conseguido, yo creo que sí lo hay. En una cita que tengo del documento de Antoni Sisó, que es el presidente de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, él habla de cómo se sintieron los profesionales durante la crisis, y, sorprendentemente, se sintieron más fuertes, más ilusionados que nunca y les desapareció el *burnout*, y termina diciendo: “Esto demuestra que el *burnout* no es una patología individual, sino que es la manifestación de un problema sistémico de la atención sanitaria”. Entonces, yo también veo que hay un riesgo de volver atrás en las organizaciones sanitarias. Ese entusiasmo que había de servicio público durante la era COVID puede transformarse en un agotamiento y en un “de lo mío, qué”. Se trata de conseguir que, con reformas ilusionantes, el sistema sanitario pueda avanzar en vez de retroceder.

Alguien decía que si en las grandes crisis de la humanidad se había aprendido y se había conseguido avanzar, en la Primera Guerra Mundial, mencionaron. Claro que sí, claro que hay grandes avances de la humanidad que se consiguieron después de grandes crisis. Fíjense, el Sistema Nacional de Salud británico, el NHS, se fundó en 1948, cuando el país estaba devastado por la Segunda Guerra Mundial, las ciudades estaban destruidas por los bombardeos, la crisis económica era brutal, era un país que había que reconstruir, hundido económicamente, y ahí decidieron que había que avanzar en un sistema nacional de salud solidario, universal, etcétera. O, por ejemplo, organizaciones internacionales de ayuda y de solidaridad, como las ambulancias, por ejemplo, que se han creado después de las grandes guerras. Yo quiero ser optimista con esta crisis. Yo creo que nos va a enseñar y que en lo que nos enseñe va a haber un antes y un después, pero aunque retrocedamos un poco en algunos aspectos porque somos seres humanos, yo creo que la crisis nos va a hacer avanzar, mayormente.

Y, desde luego, uno de los grandes avances es la investigación biomédica, sin duda, investigación biomédica que tiene que ser a nivel europeo –España tiene que estar integrada en las redes europeas– y que tiene que compartir información a nivel de pacientes. El sistema sanitario genera una cantidad de datos mayor que cualquier otro sector, y estos datos es un

despilfarro tenerlos ahí y no utilizarlos para avanzar en el conocimiento médico, de las enfermedades, el conocimiento de gestión, etcétera.

El País Vasco lo hace muy bien en investigación. Porque una de las cosas que tenemos en este país es la posibilidad de aprender unos de otros. Y tenemos cosas importantísimas que aprender, por ejemplo, en lo que es continuidad del cuidado, la primera estrategia de cronicidad, viene del País Vasco, del Osakidetza, y luego la han copiado en otras comunidades autónomas. Este concepto de un continuo de atención, que la mayor parte de las patologías son crónicas y que a lo largo de muchos años van a estar entrando y saliendo del hospital o de atención primaria, entonces, si algo se puede resolver con autocuidado, mejor que en atención primaria, y si es en atención primaria, mejor que en el hospital, etcétera. Todo esto viene del País Vasco. O, por ejemplo, la estrategia de los pacientes crónicos complejos de Navarra, con la que he contribuido ayudando un poquito en la medida de mis posibilidades, esta idea de estratificar a la población y de hacer un seguimiento especial a los pacientes crónicos complejos a través de todo el circuito, marcándolos en la historia clínica, con una enfermera de enlace, etcétera. Son grandes innovaciones del sistema de salud.

El Sistema Nacional de Salud español es riquísimo en innovaciones y prueba de ello son los Premios José Barea, del profesor Barea, que se mencionaron, de los que yo soy jurado y tengo el orgullo de serlo. Miren,

cada año se presentan en este país ciento y pico proyectos de innovación de los centros sanitarios españoles, de hospitales, de servicios hospitalarios, de atención primaria. Es increíble la vida que hay en estos hospitales, la vida organizativa, las propuestas de innovaciones organizativas, unas de TIC, otras de atención al paciente, otras de apps para el seguimiento de los pacientes. Toda esta riqueza, que es una de las grandes riquezas de un sistema centralizado, hay que aprovecharla. Hay que aprovecharla, ¿cómo? Consiguiendo evaluar, porque a veces las innovaciones están muy bien y prometen mucho, pero hace falta cerrar el ciclo y cerrar el ciclo evaluándolas con un método riguroso científico. Me he ido un poco, pero, bueno.

Sobre los incentivos. Los incentivos tienen que ser no solo económicos, también económicos. Yo estoy convencida de que hay que pagar más en atención primaria porque dando una señal clara en este sentido estamos diciendo que la prioridad es atención primaria y no solo de boquilla. Hay un blog muy interesante de un médico de familia que se llama Juan Simón, de Navarra, que habla, él lo llama, de “la boca de la serpiente”, que se refiere a que en los últimos años la serpiente de la diferencia entre lo que se gasta en atención primaria y en hospitales ha ido creciendo, como una serpiente que va abriendo la boca y cada vez más. Hombre, la atención primaria no hay que quererla solo en el papel. Si me quieres, dímelo con el presupuesto.

Entonces, incentivos que prestigien la práctica profesional a nivel de fomentar la investigación, fomentar la docencia, a nivel de conciliar la vida familiar y la vida profesional. Miren, los trabajadores de todos los sectores somos heterogéneos, es decir, en nuestra prioridad, los seres humanos valoramos las retribuciones más o menos según las personas, porque hay personas que valoran más la conciliación de la vida familiar y el reconocimiento o la flexibilidad de horarios. Hay muchos incentivos, y les voy a poner un ejemplo. El Hospital de El Hierro es un hospital que solo existe por un criterio de equidad. Es ineficiente, ya se lo digo así y que se grabe. El Hierro es una isla que tiene, en teoría, 10 000 habitantes y, sí, tiene un hospital pequeño, pero, claro, que tiene que tener servicios que no deberían existir bajo un criterio de eficiencia: servicios de laboratorio, servicios de cirugía, servicios de radiodiagnóstico, servicios de anestesia, en fin. Claro, cuando yo lo visité, que me invitaron a dar una conferencia allí, había dos pacientes ingresados en aquel momento. ¿Qué buen anestesista o cardiólogo quiere ir a trabajar a un hospital de El Hierro? Pues, hombre, es difícil. ¿Cómo se ha incentivado, y hay profesionales buenísimos trabajando en El Hierro, cómo se ha incentivado esto? Pues ofreciéndoles algo que no es solo una retribución, algo que tiene que ver con que tú trabajas aquí en la isla una semana y luego tienes otra semana a lo mejor para irte a tu tierra, que eres de Barcelona o de Murcia, un sistema flexible.

Claro, yo no soy tonta, perdón, retiro eso, quiero decir, yo soy consciente de que hay presiones, digamos, uniformizadoras que tienen mucho que ver con movimientos de reivindicaciones laborales, vamos a decirlo así. Yo creo que el sistema tiene que avanzar. Si queremos defender el Sistema Nacional de Salud en la línea de avances es flexibilizando el marco de relaciones laborales, yo creo que no hay otra. Si estamos defendiendo la sanidad pública, no me parece muy edificante el que alguien pueda decir “yo soy propietario de mi plaza” porque en realidad parece estar un poco en contradicción, es decir, si es sanidad pública, cómo tú vas a tener propiedad privada sobre una plaza. No estoy diciendo que se derogue el estatuto, pero sí que estoy diciendo que hay que abrir ese melón, que hay que reformarlo.

Yo no sé si hace falta una ley de evaluación de políticas públicas. Que hay que hacer evaluación de políticas públicas no me cabe ninguna duda, no sé si a nivel legislativo hace falta una ley o no. Agencias públicas como la AIREF están haciendo una gran labor para la sociedad, y la AIREF ha hecho informes sobre sanidad, sobre gasto en medicamentos, por ejemplo, y yo creo que eso es un gran recurso del país y es una agencia de evaluación. Yo creo que agencias independientes de evaluación de políticas son importantísimas también para sanidad.

Respecto a lo de los tratamientos, procedimientos con bajo valor terapéutico. En España hay un proyecto superinteresante que se llama “Atlas de variaciones en la práctica médica” que te compara todas las áreas sanitarias del país a nivel de grano fino y te las compara en cuanto al uso – estandarizando por uso comparable, poblacional– de distintos tipos de procedimientos, y ahí incluyen algunos que ellos llaman de bajo valor. ¿Qué procedimientos son estos? Pues, por ejemplo, porcentaje de cesáreas en partos de bajo riesgo obstétrico. En un caso en particular no se puede, vamos, tendrías que ir a la historia clínica y a un audit para ver si a esta mujer habría que hacerle la cesárea o no, pero si tú descubres que en unas áreas hacen un 40 % de cesáreas a mujeres de bajo riesgo obstétrico y en otros sitios hacen un 15 %, sí que estás encontrando una palanca de cambio para actuar. Y como las cesáreas, en el Atlas tienen otros procedimientos, por ejemplo, intervenciones traumatológicas de hombro, codo o túnel carpiano. La variabilidad entre áreas en España es muy alta. Según donde vivas, la probabilidad de que te acaben operando a lo largo de tu vida de una de estas tres cosas va de uno a diez, para que se hagan una idea. Toda esta información es muy rica y la tenemos a nivel de pequeñas áreas, y hay que usarla para gestionar, hay que usarla para planificar y hay que usarla para evaluar. Otro de los procedimientos son las amigdalectomías, o sea, las operaciones de amígdala. Cuando yo era niña nos operaban a todos, pero

luego la ciencia demostró que no, que solo con unos criterios estrictos se debía hacer.

Luego tenemos muchos procedimientos que en realidad no es que sean de alto o bajo valor en sí, sino que dependen de a quién se hagan. Son los que dos grandes economistas de la salud americanos, Chandra y Skinner, llaman tecnologías de tipo 2. Son tecnologías que pueden ser muy efectivas en unos pacientes, que tienen el riesgo alto y que necesitan esa intervención, pero, en cambio, se pueden aplicar a pacientes que tienen el riesgo mucho más bajo y para los que el valor añadido terapéutico de esa intervención es muy reducido o nulo. Un ejemplo de esto son las artroscopias de rodilla, que también analiza el “Atlas de variabilidad en la práctica médica”. Hay estudios científicos que estudian el nivel de necesidad que tienen las personas que están en lista de espera para una artroscopia de rodilla en España, en distintos hospitales, y lo que hay es que, en algunos hospitales, un tercio de personas claramente necesitan esa intervención, va a ser de alto valor terapéutico para ellas, pero hay un porcentaje variable, según hospitales, que en algunos es hasta más de la mitad, donde en realidad no tienen criterios clínicos claros, no tienen indicación clara para esta intervención. Entonces, de todo eso, que es como bucear en el sistema sanitario y hacer investigación en servicios sanitarios, en España se sabe mucho porque se ha investigado mucho esto, pero hay que aplicarlo a la

gestión. Es lo que llamamos investigación traslacional, es decir, trasladar el avance en el conocimiento a la práctica clínica. Porque, miren, el gasto sanitario tiene que conseguir de alguna manera lo que llamamos *value for money*, o sea, conseguir valor por el dinero, que valga lo que cuesta, y esto sería un poco la idea.

Doce minutos. Han preguntado dos personas sobre la red privada. Voy a ver si en tres minutos puedo aclarar algo. Hay que diferenciar dos cosas, una es la financiación sanitaria, si es pública o privada, y otra cosa es la provisión del servicio, es que son dos temas diferentes. En España, más o menos, el 70 % de la financiación del gasto sanitario es pública y el 30 %, privada; creo que es del 29 % en este momento. ¿Y esa financiación privada qué es? Esa financiación privada es gasto de bolsillo, o sea, tú vas al médico y te lo pagas, y es gasto en primas de seguros sanitarios voluntarios, eso es financiación privada. Otra cosa distinta es que el Sistema Nacional de Salud haga un concierto con una clínica privada para que atienda a pacientes, asegurados públicamente y financiados con el Sistema Nacional de Salud. Pues los conciertos tradicionales serían, por ejemplo, un caso, o, en Cataluña, la red sanitaria de utilización pública.

A mí personalmente me preocupa muchísimo, y se lo voy a decir sabiendo que puedo levantar alguna ampolla, a mí preocupa muchísimo lo siguiente. A mí me preocupa muchísimo, y a ver cómo lo digo porque se está

grabando, a mí me preocupa mucho que sobre todo las clases medias vayan huyendo de la red pública de atención, porque se tarda más, porque hay listas de espera o por lo que sea, y vayan haciéndose seguros sanitarios privados voluntarios, estamos hablando de financiación privada, y entonces dejen de utilizar el sistema público. Entonces, hay quien dice: “¡Uy, qué bien! Porque si no utilizan el sistema público, estamos ahorrando”, ese es un argumento, un argumento muy falaz. ¿Por qué? Porque si las clases medias huyen de la sanidad pública y no la utilizan, perdemos sostenibilidad social; no estoy hablando de sostenibilidad económica, peor, sostenibilidad social. Porque estas clases medias van a pensar: “Por qué voy a pagar impuestos para que el Sistema Nacional de Salud siga funcionando bien si, total, yo tengo un seguro privado y estoy yendo a la privada”. Esto nos puede llevar, con el tiempo, a lo que yo llamo la “latinoamericanización” de la sanidad. Algunos latinoamericanos se mosquearán un poco conmigo por el término, pero es porque en algunos países de Latinoamérica, y yo he trabajado allí, lo que tienen es un sistema público de salud que tiene una atención primaria para pobres, que tiene una atención de trasplantes y tratamientos oncológicos carísimos, de gasto catastrófico para todos, ricos y pobres, esto lo cubre el sistema público de salud, pero hay toda una serie de servicios intermedios de atención especializada, de cirugía electiva, etcétera, que en realidad solo se utilizan con los seguros privados. A mí no me gustaría que nuestro país

siguiera esos derroteros y en este sentido a mí me preocupa la financiación privada, digamos, como riesgo de degeneración del Sistema Nacional de Salud. Me preocupa muchísimo más eso que el hecho de que, de acuerdo con la Ley General de Sanidad y de forma complementaria a la atención sanitaria pública, se concierte con centros privados, que pueden ser benéficos o no benéficos en determinadas intervenciones, es decir, la provisión privada.

Claro que hay que tener muchísimo cuidado con las compatibilidades de los profesionales sanitarios. Claro que hay que vigilar muy estrechamente los problemas de conflictos de interés. Claro que no se puede permitir que un médico en el sistema público decida qué pacientes van a ser transferidos para atención en una clínica privada en la que también trabaja. Obviamente, esto no se puede permitir, no debemos permitirlo como sistema público. Yo no sé si he sido suficientemente clara a este respecto, espero que sí.

Yo nunca he publicado lo del 25 % del presupuesto en sanidad para atención primaria, de hecho, yo no creo que se deban poner cifras. Sí que creo que hay que hacer una apuesta por la atención primaria, hay que poner más recursos, pero yo no pondría una cantidad porque creo que es una trampa, un poco. Es, de nuevo, el deslumbrarte con el gasto como si el gasto en sí fuera bueno, que es todo el argumento que he intentado transmitir.

Se fue el representante de Vox. Es una pena porque iba a decir que me congratulo de que coincidamos en que el despilfarro es malo.

¿Cuál es el país con mejor atención primaria? Yo creo que es Dinamarca. En los *rankings* internacionales, hay algunos estudios, relativamente recientes, que comparan la atención primaria en distintos países europeos, y Dinamarca aparece en todas las dimensiones (continuidad del cuidado, longitudinalidad, etcétera) en una posición muy elevada. Yo trabajo con médicos de familia daneses en proyectos europeos de resistencia microbiana, de antibióticos, y realmente es una atención primaria de gran calidad, con una organización basada en grupos de práctica que en realidad son grupos independientes. Fíjense, en Dinamarca no son asalariados de la red pública, son grupos de práctica independiente, que tienen un presupuesto para formación que no está financiado por la industria farmacéutica sino que, dentro del presupuesto de cada grupo, tienen una parte para formación, esto es muy importante, que tienen cátedras de medicina de familia en las universidades, que para mí son señales claras también, y tienen un enorme prestigio social y profesional, de hecho, la especialidad de medicina de familia en Dinamarca es de las más cotizadas. Es que esa es la prueba del algodón. Si nosotros conseguimos que en el MIR, en pocos años, sean 800 los que eligen medicina de familia entre los 3000 primeros, en vez de ser 101, esto sería un éxito del sistema, un éxito para todos, porque estaríamos alineando lo que es individualmente atractivo con lo que es socialmente necesario, que es lo que les decía antes.

¿Qué hubiera pasado si hubiéramos adelantado el confinamiento? Claro, es imposible decirlo a ciencia cierta, pero, visto desde ahora, no hay duda de que nos hubiera ido mejor, sin duda ninguna, claro que sí. El virus nos ha venido a todo el planeta a una velocidad inesperada. Hace dos días, en el *New York Times*, Anthony Fauci, el gran epidemiólogo de Estados Unidos, declaraba: “Esta es mi peor pesadilla. Esto es peor que el sida, esto es peor que el ébola, para mí, que llevo veinte años de epidemiólogo jefe de Estados Unidos”. Y decía también: “Nunca pensé que una enfermedad infecciosa, que sabía que iban a venir, pudiera entrar a la velocidad con la que entró esta”. O sea, si pilló desprevenido a Anthony Fauci, pues pilló desprevenido a todo el planeta en realidad.

Claro, es muy fácil predecir el pasado, decir “qué hubiera ocurrido si...”. Pues, hombre, claro que sí, pero yo personalmente el día 11 de marzo cogí un avión a Boston porque iba de estancia a la Universidad de Massachusetts, precisamente en medicina familiar y comunitaria, y lo cogí tranquilamente, ajena a lo que podría pasar, y una semana más tarde me estaba autorrepatriando con la mascarilla puesta y en unas condiciones que casi no consigo un billete. Para mí, y estoy en economía de la salud, no soy epidemióloga ni nada, pero para mí esto vino con una velocidad que yo no podía ni sospechar, ni imaginar. Entonces, yo creo que la tarea del país ahora es avanzar, es reconstruir, y no creo que debamos gastar energías en estar

mirando para atrás y haciendo predicciones contrafactuales de qué hubiera ocurrido si.

Las aguas residuales yo creo que son muy buena idea, lo están haciendo en Valencia, y yo creo que pueden ser un buen indicador porque detecta restos de proteína del virus y, claro, puede detectar dónde hay pacientes asintomáticos y entonces actuar. Porque el gran reto ahora mismo es evitar que haya brotes masivos y no tenemos asegurado que no vaya a ocurrir, o sea, no podemos bajar la guardia.

La investigación biomédica es la gran palanca de sostenibilidad que puede aportar la sanidad, y yo creo que en eso España puede hacerlo bien porque no partimos de cero, partimos de un país que tiene mucho talento puesto en investigación biomédica, grandes hospitales con muchos ensayos clínicos, etcétera.

Bueno, espero haber contestado lo más importante de lo que me han cuestionado y les agradezco mucho el darme la oportunidad de estar aquí. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias, señora González, por todas sus aportaciones. Yo creo que ha sido manifiesto que nos han interesado a todos. Muchas gracias.

- DEL SEÑOR PADRÓS I SELMA (PRESIDENTE DEL COL·LEGI DE METGES DE BARCELONA, CoMB).

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Continuamos con la sesión con la comparecencia de don Jaume Padrós i Selma, al que le agradecemos muchísimo su presencia hoy aquí y esperamos escucharle. Muchas gracias.

El señor **PADRÓS I SELMA, JAUME** (Presidente del Col·legi de Metges de Barcelona): Gracias, señora presidenta. Muy agradecido a esta Comisión, a todos los diputados y diputadas, por su asistencia, por haber pensado que mi participación, que no es tan importante por el hecho individual sino por el colectivo que represento, pueda ser de utilidad a las finalidades de esta Comisión.

Sin más preámbulos, nosotros presentamos ayer a la opinión pública las grandes ideas que yo intentaré explicitar en esta Comisión. Cuando hablo de nosotros hablo en nombre de los Consejos de Colegios de Médicos de Cataluña, por tanto, de toda la profesión médica, de la profesión de enfermería, del Consejo de Colegios de Enfermería, de todas las sociedades científicas y de la Sociedad Catalana de Gestores, o sea, de los profesionales que están a cargo de la gestión. Cada uno de nosotros hemos ido presentando

informes, reflexiones, lecciones aprendidas durante esta epidemia y lo que hemos intentado es buscar un elemento de consenso. Creo que la clave fundamental para nosotros es el consenso, es el consenso en el diagnóstico y en la necesidad de saber identificar cuáles son las prioridades que el sistema sanitario, en este caso de Cataluña pero lo podríamos hacer extensible absolutamente al conjunto de España, como decía, esas prioridades que necesita el sistema. Son prioridades que ya fueron señaladas tiempo atrás, hace mucho tiempo, de hecho, yo diría que es el servicio público más superdiagnosticado en nuestro país. Recuerdo la comisión Abril Martorell o, en Cataluña, las comisiones Vilardell, 1 y 2, donde, repasando la documentación escrita, se dicen cosas que podían ser perfectamente plausibles de poner encima de la mesa en este momento.

Y esta es la primera consideración, llevamos muchos años en los que hay un estribillo político-mediático que afirma que tenemos el mejor sistema sanitario del mundo porque hacemos comparativas con los resultados en salud con los países más avanzados de nuestro entorno, que tienen modelos sanitarios parecidos. Y, efectivamente, tenemos resultados de salud muy buenos, pero esto es a costa del compromiso de los profesionales sanitarios. Ya cuando hubo la crisis económica, los recortes, los profesionales sanitarios señalaron aquellas líneas rojas que el sistema no podía permitirse, pero llevamos muchos años sin haber recuperado esos espacios de recursos y

llegamos a la crisis de la COVID, que nos pone de manifiesto, de una forma descarnada, que todo aquello que intentábamos hacer ver a los responsables políticos, incluso también a los propios medios de comunicación, ese discurso de autosatisfacción no podía continuar de esta manera.

Nosotros hemos recibido el embate de una epidemia para la cual no estábamos preparados. El sistema no estaba preparado, estaba preparado para las pequeñas epidemias de gripe de cada año, pero no para esta epidemia. Y se ha puesto de manifiesto que tenemos una musculatura muy reducida, un sistema que en el momento en que baja la primera ola de afectación coge a los profesionales en una situación de cansancio físico, psíquico y emocional. Les puedo hablar en primera persona porque yo soy el responsable de haber puesto en marcha el servicio para toda España, para todos los profesionales sanitarios, de soporte psicológico, que ha permitido dar atención a muchísimos profesionales. En este momento yo les puedo decir que la situación es preocupante y que no estamos en condiciones de aguantar una segunda oleada si no se toman decisiones a corto, a medio y a largo plazo. Tenemos unos profesionales, además, con una situación de hipersensibilidad, porque han sido acompañados con gran empatía por parte de la población a las ocho de la noche de cada tarde, pero estos son los mismos profesionales que empiezan a recibir críticas porque la actividad no COVID, que quedó postergada durante la epidemia, pues hay que volver

a ponerla en marcha, con lo cual las actividades quirúrgicas, diagnósticas, terapéuticas pues se han ido retrasando. Por lo tanto, nosotros desde la corporación advertimos, tanto al Gobierno como a la oposición, sobre el hecho de no volver a utilizar la sanidad, las listas de espera, porque todo esto se ha volatilizado y se ha volatilizado de tal manera que no es posible, sin que haya una rebelión de batas blancas, que se ponga más presión en el sistema. Pero, en cambio, hay unas necesidades objetivas.

Nosotros reivindicamos un pacto por la sanidad, nosotros lo hemos reclamado en Cataluña, lo reclamamos a nivel de Estado, un pacto, un acuerdo mayoritario de todas las fuerzas políticas, con el fin de habilitar los recursos para hacer las reformas necesarias. El sistema sanitario que tenemos fue pensado e ideado para las necesidades de una población de la década de los ochenta. La población española del año 2020 no tiene nada que ver con la población de los años ochenta, en parte, por el éxito de las políticas de salud anteriores. Nuestro país creo que es el primer país con la esperanza de vida más alta del planeta, por tanto, tenemos muchos pacientes mayores, mucha cronicidad, mucha dependencia, pacientes que requieren una mirada y una atención distinta, que también tiene que ver con la atención a las necesidades y las voluntades de los propios pacientes, pacientes que quieren decir cuándo, hasta cuándo, dónde y por quién quieren ser atendidos. Hemos tenido un sistema muy centrado en los hospitales y necesitamos un sistema

más centrado en el ámbito de las necesidades comunitarias, por tanto, el refuerzo de la atención primaria, tanto sanitaria como comunitaria, nos parece esencial.

Por tanto, estamos hablando de cambios estructurales, cambios de orientación teniendo en cuenta las necesidades de la población española, pero yo, si tuviera que sintetizar el conjunto de propuestas que les he adjuntado aquí, diría que hay tres grandes ejes. Primero, la transformación de los modelos de organización para hacerlos más flexibles. Yo les pongo un ejemplo. La COVID ha hecho que los centros se hayan transformado. Los centros se han reinventado porque había un objetivo clínico. Esta experiencia, a pesar de haber sido negativa, es extraordinariamente positiva porque cuando hablábamos de autonomía profesional muchos profesionales no sabían lo que quería decir, pero cuando se han sacado las trabas burocráticas, se ha sacado la rigidez del sistema y se ha permitido empoderar a los profesionales, estos han reinventado el sistema y lo han liderado, y a pesar de que hemos tenido situaciones muy, muy, muy complejas (perdonen, porque cuando hablo de situaciones muy complejas me cuesta mucho no ser autorreferencial), hemos tenido situaciones que son muy difíciles de explicar, a pesar de que los medios de comunicación las han explicado, pero situaciones que no habíamos vivido nunca. Yo soy presidente de una organización y nunca había tenido la experiencia de tener que consolar a

compañeros míos, jefes, directores asistenciales de grandes hospitales, por tanto, pueden imaginar que para nosotros esto ahora es una situación que necesita un revulsivo en positivo. Ellos han experimentado, en primer lugar, que han sido capaces de liderar esas transformaciones, y esto tiene que venir para quedarse porque esto ha sido tremendamente positivo. Cuando a la atención primaria se le han dado instrumentos, en el caso de Cataluña hubo un decreto que permitió incluso la intervención directa sobre el ámbito residencial, la atención primaria ha explotado en un sentido muy positivo, empoderando a los propios profesionales y a los equipos, que insisto en la idea del trabajo en equipo. Por tanto, tenemos que hablar también de flexibilidad, de la troncalidad. Ha habido muchos profesionales de especialidades distintas que han trabajado codo a codo con otros. Eso nos plantea que el sistema debe ser más flexible. Tenemos que sacar todas las rigideces que hay en el sistema y, en cambio, debemos apostar por la flexibilidad de esos centros para adaptarlos a las necesidades de la población, incluso entre niveles asistenciales distintos, flexibilidades de las organizaciones y flexibilidad de los profesionales. Por tanto, no solamente hay que acometer o dar respuesta a estos retos desde un punto de vista de organización sino también de profesionales.

Por lo tanto, hemos hablado de transformación de modelos de organización, empoderamiento de los profesionales y autonomía de gestión.

Asimismo, el sistema sanitario tiene que liderar todo lo que es la impronta tecnológica. La telemedicina ha venido para quedarse y para desarrollarse. Hay que hacerlo también de acuerdo con normas éticas, quiero decir que, como siempre pasa, cada paciente hay que individualizarlo y una visita telemática no puede sustituir a una visita presencial, y esto tienen que decirlo los clínicos. Y tercero, y no menos importante, lo digo porque en estas comisiones lo fácil siempre es hablar de recursos, pero el sistema sanitario necesita reforzar la musculatura, lo ha dicho la Comisión Europea, pero solo hace falta ver los números. Nosotros estamos a la cola de Europa, de acuerdo con el PIB, en inversión en sanidad, y el sistema sanitario necesita una inyección de dinero muy importante y además hay que hacerlo, si me permiten, no de forma anual, discutiendo los presupuestos año a año, sino que, a través de ese pacto de Estado, tiene que haber una planificación de necesidades de recursos plurianual y, si me apuran, hasta podría ser pensado para una década, con independencia de quien gobernara el país. Tiene que haber el mismo grado de consenso que hemos conseguido nosotros en el sector sanitario, de todos los profesionales, algo inaudito, sin precedentes, de todas las sociedades profesionales y académicas, de todas las sociedades representantes de los profesionales, tanto clínicos como gestores. Si nosotros hemos sido capaces, también es verdad que es menos costoso, pero no había precedentes de esos niveles de consenso, yo creo que nosotros tenemos en

este momento la auctoritas ya que hemos liderado el combate contra la epidemia, creo que tenemos la auctoritas para exigir a la sociedad y, si me permiten, modestamente, al conjunto de fuerzas políticas para que lideren un pacto de consenso para el sistema sanitario.

Para que vean que tampoco nos sacamos un dato porque sí, el profesor López Casasnovas, catedrático de Economía de Salud en la Universidad Pompeu Fabra, uno de los referentes más importantes que tiene nuestro país en este terreno, publicó un estudio hace cinco meses, publicado por el Círculo de Salud en Cataluña, que estimaba las necesidades del sistema sanitario catalán en 5000 millones de euros más, que significa el 50 % más del presupuesto actual que tiene el sistema sanitario catalán. Por extensión, yo he tenido conversaciones con él porque sabía que venía a esta Comisión, él calcula que el sistema sanitario español, para tener un funcionamiento equivalente y comparable con los países más avanzados, que son a los que pretendemos parecer o asimilarnos, deberíamos estimar no menos de 20 o 25 000 millones de euros como el dinero que necesitaría el sistema sanitario de nuestro país para ponerse al día, para hacer estas transformaciones o, por ejemplo, luchar contra la obsolescencia de equipamientos. Yo les podría hablar de hospitales de todo el territorio nacional que tienen equipamientos que es preocupante el tiempo que hace que los tienen, y esto ha sido porque

el sistema sanitario tiene unas necesidades que no han sido suficientemente cubiertas, y esto los profesionales lo piden.

Fíjense, a la hora de enumerar los puntos, incluso podríamos legítimamente decir que, de esos recursos, y es verdad, el 60 % debería dar respuesta a la situación de salarios absolutamente inadecuados, modelos retributivos absolutamente injustos y situaciones de precariedad. No podemos exigir ni pretender un sistema de excelencia, un sistema de primera división con salarios de tercera división. Tenemos profesionales que han estado al frente de la epidemia con salarios de 1200, 1300 euros. Ya sé que hay mucho apuro, que en la calle hace mucho frío, que hay mucha gente que lo pasa mal, pero si nosotros presumimos de tener un sistema sanitario de excelencia, fabricar un profesional, un médico, son diez años, con un sistema selectivo muy competitivo y que, después, su entrada en el mercado de trabajo acaba siendo dificultosa.

Es una profesión, déjenme hablar de mi profesión, es una profesión que se ha feminizado, con lo cual, el futuro de nuestra profesión son mujeres jóvenes. Y si ustedes me preguntan qué es lo que más me preocupa a nivel personal, respondo que es el futuro de estas mujeres jóvenes porque son el futuro de mi profesión, por tanto, el futuro de nuestro país. La precariedad se ensaña o se encarniza con las mujeres más jóvenes. Porque, a pesar de que hagamos el discurso políticamente correcto de la conciliación, la

conciliación la acaban haciendo efectiva las mujeres. Son mujeres que entran más tarde en el mercado de trabajo, que tienen que formar una familia, y esto hace que muchas veces sea incompatible. Es un sistema en el que el tema de la conciliación no se ha tenido en cuenta. En cambio, yo defiendo que la conciliación, en lugar de ser un problema, como mucha gente lo ve, puede ser uno de los motores de cambio. Las organizaciones formadas fundamentalmente por mujeres, si se les dieran capacidad de autogestión de los equipos, en lugar de ser un problema, la conciliación acabaría siendo un motor de cambio, de transformación y de autoorganización.

El conjunto de propuestas que nosotros hacemos las tienen ustedes ahí más detalladas, yo no quisiera extenderme más porque supongo que muchos ítems ya se han ido repitiendo. Nosotros no hemos querido hacer un documento políticamente correcto, hemos hecho un documento políticamente posible. Las propuestas están muy razonadas y son razonables. Aquí han participado los principales líderes de la profesión médica en Cataluña, gente variada, porque nosotros tenemos un nivel de pluralidad y transversalidad donde todo el mundo tiene algo que añadir. Podríamos hablar de otros aspectos, de las residencias, del ámbito sociosanitario, y si ustedes quieren, me lo pueden preguntar, pero aquí está todo detallado, y además tenemos unos anexos, que incorporaremos, tanto en atención primaria como

en hospitalaria, como en sociosanitario, como en residencial, como en salud pública y salud mental.

No obstante, les tengo que advertir que, claro, nosotros somos unos interlocutores que buscamos el acuerdo, buscamos ayudar a los gobiernos a buscar el consenso. La sanidad es un patrimonio de todos y a todos nos corresponde buscar puntos de acuerdo porque la ciudadanía lo merece y porque, además, trabajamos para ellos. Que perdamos ahora la oportunidad que tenemos, que la COVID nos ha puesto encima de la mesa, de una forma descarnada pero con grandes posibilidades ante la crisis, y no aprovechemos estos consensos, nos situaría a los interlocutores en una situación de desautorización pública. Y también les tengo que advertir que, con el malestar que hay en la calle, pues se puede llegar a una rebelión sin precedentes de las profesiones sanitarias, y cuando les hablo de rebelión estoy hablando también de una rebelión de los líderes, no estoy hablando de una rebelión de los que puedan estar en situación precaria desde un punto de vista salarial. La indignación, la preocupación no es solamente por condiciones salariales o de trabajo, sino que son las de ver un proyecto asistencial con viabilidad para ellos.

Y quiero acabar, si me permite, señora presidenta, diciéndoles que nosotros defendemos –y no porque sea un problema gremial– que apostar por sanidad es lo que hacen los países ricos. O digámoslo al revés. Los países

son ricos porque apuestan por la sanidad. Apostar por sanidad, invertir en sanidad es invertir en personas sanas, es invertir en personas protegidas, es invertir en bienestar. Claro, si les preguntan a los ministros de Economía, les dirán “esto es una carga de gasto”, pero la sanidad es una generadora de puestos de trabajo directos y, con las oportunidades que se nos dan ahora, puede ser incluso una fuente generadora de puestos de trabajo en la industria paralela, de capacidad de organizaciones que pueden generar también riqueza en el sentido más material. Es un sistema basado en valores: la justicia, la universalidad y, por tanto, la protección de los ciudadanos. Es un sistema que genera conocimiento. Quiero recordar que en las universidades españolas, el impacto del ranking internacional sobre su prestigio, el 95 % de su producción está en el ámbito o proviene del ámbito biomédico. El sistema sanitario, por tanto, genera conocimiento que es aplicable y es generador también de innovación, y el tema telemático o de las tecnologías es un ejemplo.

Y déjeme acabar con un último punto, para mí, más intangible pero tan importante como los demás. El sistema sanitario lo conducen profesionales sanitarios, que nuestro denominador común o nos regimos por un código de ética que sitúa a las personas en el eje de nuestra atención. El sistema sanitario debe basarse en esto, en poner a las personas en el centro

de nuestra atención. Definir eso también es definir no solamente un modelo de sistema sanitario sino también un modelo social. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias, señor Padrós. A continuación tienen la palabra los representantes de los grupos políticos y luego usted, si lo considera, hará las observaciones que considere oportunas. (El señor Padrós: “Perdón ¿Uno a uno, o...?”). Si le parece, todos al final. Por el Grupo Nacionalista Vasco, por favor.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Gracias, señor Padrós i Selma, por todas las explicaciones y por la presentación de las propuestas que ustedes hacen.

Empezaré por el final de su intervención. Planteaba, de nuevo, esa dicotomía que parece que existe. Nosotros no compartimos lo que usted decía, que probablemente, si plantean esto que estoy diciendo al ámbito de la economía, entenderán que la sanidad es un gasto. Nosotros lo que pensamos es que la sanidad es fundamental para una sociedad cohesionada y que protege en primer lugar a las personas. Es clave de la igualdad, la sanidad junto con la educación son fundamentales para una sociedad igualitaria y cohesionada. Pero es que, además, también consideramos que es el mejor sistema para generar riqueza y para proteger a la economía, y se

ha visto en esta pandemia clarísimamente. No va a haber ninguna economía que funcione, y anteriormente lo hemos oído, si no tiene un buen sistema sanitario. Yo creo que esa es una de las virtudes que se ha evidenciado a lo largo de la epidemia.

Me alegra personalmente, y nos alegra como grupo por nuestro ideario, que incorpore el papel determinante de las mujeres, de las mujeres jóvenes en el ámbito de su especialidad, de la medicina, y la importancia que podría tener su incorporación en esa transformación del concepto problema de la conciliación a entender que la conciliación es un motor de cambio, y me parece una reflexión interesante sobre la que tenemos que avanzar.

Usted sabe que nosotros defendemos las competencias sanitarias exclusivas en las comunidades autónomas. Entendemos que la descentralización ha sido un valor, una de las fortalezas del sistema sanitario, porque entendemos que los sistemas sanitarios avanzan y crecen con una buena financiación y con una política de proximidad. Entendemos que aquellas administraciones competentes y más cercanas son las más eficaces y resultan más eficientes en los resultados. No sé qué opina usted al respecto, si no considera que esta es una de las apuestas.

Y cuando estamos hablando de políticas públicas y de políticas sanitarias, muchas veces se hace referencia a los diferentes planteamientos y singularidades que hay en distintos lugares. Nosotros consideramos, no sé lo

que opina usted, que el sistema sanitario que está articulado en cada uno de los sitios, además de por la financiación que existe y de las especificidades de cada uno de los sitios, también es fruto de una serie de apuestas por las políticas públicas de los gobernantes que en cada lugar han estado, que han apostado por unas determinadas políticas públicas y las han puesto en marcha. Quiero decir, nosotros tenemos, y usted ha empezado a decir que uno de los problemas era la autocomplacencia y no quisiera caer en eso, he procurado a lo largo de todas las intervenciones no hacer ejercicio de esa autocomplacencia de “tenemos un excelente sistema sanitario”, pero sí es cierto que, al final, los sistemas sanitarios que tenemos en nuestro caso (Osakidetza en Euskadi, Osasunbidea en Navarra) son fruto de una apuesta por esa política sanitaria durante décadas, o sea, no es algo que de repente ha estado ahí, entonces, yo creo que eso también hay que ponerlo en valor. Estamos en un marco político y cada uno de nosotros nos presentamos a las elecciones con unos proyectos políticos que apuestan por unas políticas públicas, y eso hace que haya hechos diferenciales en los distintos lugares.

Entiendo que tenemos que avanzar por lograr que los distintos colectivos profesionales mejoren su situación. Yo espero que ese agotamiento, esa extenuación a la que usted se refería pueda ser superada y que se consiga mantener a lo largo del tiempo la motivación que durante la pandemia ha habido para salir de ésta y disfrutar del trabajo, que en los

primeros procesos, en los procesos de nacimiento de todos los sistemas, la gente siempre trabaja con mucha más motivación porque los propios sistemas están impregnados de esa ilusión y esa motivación. Ojalá persista en adelante. Gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Gracias. Por Junts per Catalunya.

La señora **CAÑADELL SALVIA**: Gracias, presidenta. *Benvingut*, doctor Padrós, y gracias por aceptar formar parte de este grupo de trabajo, con las distintas sesiones que se han planteado a lo largo de los días. Felicitarle inicialmente por el documento que nos ha presentado y también por el consenso al que usted nos dice que se ha llegado dentro de todo el mundo sanitario a nivel catalán.

La pandemia del COVID ha ocasionado unos 20 000 muertos en residencias, en todo el Estado, si no me equivoco con los números. Hasta el momento no se había previsto una atención sanitaria con el sector residencial. Agradezco de antemano todo el trabajo que han hecho los profesionales que han trabajado en las residencias. Y la pregunta es: ¿Es básica la integración social y sanitaria para dar mejor servicio y atención a los más vulnerables y a la gente mayor?

Por otra parte, el COVID ha generado gran tensión y desgaste psicológico en los profesionales de la sanidad. ¿Se debe trabajar en un documento para diagnosticar y recoger las consecuencias de este estrés, de este desgaste psicológico? Y también, ¿debemos trabajar en planes estratégicos para poder planificar cómo trabajamos con los distintos profesionales ante un posible rebrote, en un futuro? Porque se habla de que mejor que no venga, pero en septiembre o en octubre puede haber un posible rebrote y si ya encontramos al sistema sanitario tensionado, ¿cómo lo podemos enfocar?

¿El cambio del modelo sanitario pasa por dotar de más recursos económicos en investigación también y que esta investigación esté ligada a un *feedback* con la industria para poder cubrir necesidades del sector sanitario?

Durante su intervención me ha quedado claro qué papel tiene que jugar la atención primaria, pero, concretamente, en el post COVID, ¿qué papel y qué importancia debemos dar a la atención primaria?

Le agradezco también, como ha dicho mi compañera del PNV que me ha precedido, la mención que ha hecho a las mujeres jóvenes, en definitiva, a las mujeres y al tema de la conciliación. También me quedo con la reflexión del consenso a nivel político para dotar presupuestariamente a la sanidad. Creo que este grupo de trabajo no tiene sentido si nosotros, y en definitiva el

Estado, no somos capaces de, luego, llegar a un consenso y plasmarlo para mejorar en sanidad. Y nada más. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias. A continuación, la representante del Grupo Republicano.

La señora **VALLUGERA BALAÑA**: *Bon dia*, doctor Padrós, *i gràcies per estar aquí*. Buenos días.

En las comparecencias suelo ser muy breve porque lo que es interesante es que nos hablen los comparecientes y nosotros aprendamos de su experiencia y de su saber. Por tanto, solo voy a hacer algunos apuntes sobre cosas que me parecen interesantes que ha comentado.

Empiezo por el tema de la conciliación porque creo que es una parte del relato no solo de lo que pasa en la profesión médica, y me explico. Cuando decimos conciliación en realidad queremos decir si somos capaces de perseverar en la vida. Es decir, de la misma manera que el aparato de sanidad, el aparato de salud, el residencial, el de cuidados, tiene como objetivo que pongamos la vida en el centro y seamos capaces de garantizar que se haga con dignidad, lo que está sucediendo en el perfil profesional que usted comentaba es posible que también sea esta versión. Esto tiene que ver con el valor social que atribuimos a todo lo que tenga que ver con los

cuidados, es decir, a lo que llamamos la economía reproductiva, no tanto la productiva. Si fuéramos capaces de poner esta visión en el centro de todas las políticas públicas, probablemente las personas, las mujeres que se están formando como doctoras, como médicas, como las garantes de la salud, tendrían menos problemas porque simplemente vivirían, no conciliarían, vivirían, y creo que se trata de llegar a este punto. Entonces, desde esta perspectiva, entiendo que es también este relato de fondo el que explica su visión de la salud. Por lo tanto, cuando usted habla de flexibilidad, no está hablando de desregulación, ¿verdad? Bien. Pues convendría que se aclarara y que nos explicara esta flexibilidad cómo se va a incorporar en los equipos asistenciales.

Por otra parte, cuando hablamos de autonomía de gestión, y aquí es importante porque va a ser una de las críticas que van a salir y me gustaría mucho saber su opinión en sede del Congreso, entre la prestación privada, o sea, la prestación de servicios por entidades privadas pero con financiamiento público, ¿cómo ligamos lo público con lo privado sin que socialicemos las pérdidas e integremos las ganancias? Creo que me parece que me he explicado perfectamente.

Otro tema que me interesa, al que usted no ha hecho referencia pero me gustaría conocer su opinión, tiene que ver con lo que estamos disponiendo respecto de la trazabilidad del virus en transportes, en lugares

públicos y demás, junto con el *big data*. ¿Puede llegar a influir en derechos fundamentales, como la intimidad? ¿Puede vulnerar de alguna manera este tipo de derechos que tenemos?

Tercera consideración, ha hablado usted de pacientes que quieren decidir sobre la dignidad tanto de sus procesos de enfermedad como de la finalización de su vida. Me parece una aportación en el ámbito de la ética fundamental. ¿Cómo lo articulamos? ¿Es suficiente con los testamentos vitales que tenemos? ¿Deberíamos reforzarlo? ¿Debe estar residente en la primaria el conocimiento de qué tipo de paciente es y qué es lo que desea para el tratamiento de su salud?

Termino. Usted sabe perfectamente que respecto al tema de la infrafinanciación coincidimos al 200 %, de hecho, es más, nuestro proyecto político pasa por cambiar la estructura del Estado y tener uno propio. Si eso fuera así, ¿cree usted que sería sostenible? ¿Y cree usted que interferiría, por ejemplo, en una eventual coordinación con lo que quedara del Estado? ¿O esas coordinaciones ya debemos imaginarlas a nivel europeo? Muchas gracias, doctor Padrós.

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

El señor **MENA ARCA**: Gracias, presidenta. *Gràcies*, señor Padrós, *i bon día, també agrair la seva compareixença avui aquí.*

Primero, le quería pedir encarecidamente que le trasladase nuestro agradecimiento a toda la profesión médica como colectivo porque pensamos que se han dejado la piel y algunos, desgraciadamente, también la vida por salvarnos a todos y a todas. Ahora es cierto que nosotros, desde la responsabilidad pública, tenemos que estar también a la altura de lo que ellos y ellas han hecho para devolver desde la política el compromiso por el bien común que tan magníficamente han demostrado en estos días.

Yo le quería formular una serie de preguntas básicamente centradas en dos temas, la financiación del sistema sanitario y también el papel de lo público, que usted ha tratado en su intervención inicial. Hablaba, evidentemente, de la importancia de la financiación del sistema sanitario. Es importante, como usted decía, ese gran acuerdo estatal por la financiación de la sanidad pública. Por desgracia, usted y yo venimos de una comunidad como es Cataluña que es donde más se ha recortado la inversión sanitaria en los últimos años. Nos gustaría saber también la opinión del Colegio de Médicos de Barcelona por el hecho de que el sistema sanitario catalán sea el que presente la financiación más baja de todo el Estado. También si piensa usted que esa infrafinanciación del sistema sanitario ha podido influir en lo

que hemos vivido en Cataluña con la COVID. Simplemente a modo de datos, Cataluña invierte 1192,83 euros por habitante y año en inversión sanitaria, y la penúltima comunidad, es decir, la segunda por la cola es la Comunidad de Madrid, que invierte 1236 euros también por habitante y año. Quería saber si usted piensa que esa infrafinanciación del sistema sanitario nos puede haber dejado con menos herramientas para hacer frente a una pandemia como la que se nos ha presentado.

Hablando también de financiación, usted sabe que el Govern de la Generalitat ha impulsado un decreto donde se establece un pago de 43 400 euros a centros hospitalarios concertados y privados por cada alta por COVID-19 con estancia en la UCI. En el decreto se establece también un pago si el paciente no ha pasado por cuidados intensivos de 2500 euros por estancias de un máximo de 72 horas y de 5000 euros por estancias más largas. Quería saber, desde su conocimiento y experiencia en el ámbito sanitario, qué le parecen esos importes, porque la segunda comunidad que más va a pagar a la sanidad pública y concertada va a pagar prácticamente la mitad.

Quería también abordar el tema del papel de lo público, del papel del bien común que usted expresaba en su intervención inicial. En esa misma línea de negocios inexplicables, en la sanidad pública también hemos conocido que en Cataluña se pretende externalizar a los rastreadores de contactos de casos de COVID, nada más y nada menos que 17 millones de

euros, contratados con Ferrovial. Se externaliza así lo que nosotras entendemos que tiene que ser una función propia de la atención primaria, cuando esta pandemia, y usted lo ha expresado, precisamente lo que nos ha dejado claro es que hace falta fortalecer el sistema público y la primera necesidad que tenemos en España, y también en Cataluña, es el fortalecimiento del sistema sanitario público. Después de haberse tomado esa decisión, es cierto que sin haberse hecho ningún tipo de concurso público y amparándose en el estado de alarma que precisamente el Govern de la Generalitat es quien más lo ha criticado en los últimos tiempos, pero después de dar marcha atrás, con una clara gesticulación y, además, con la amenaza también por parte de la consellería de la obligación de tener que pagar una indemnización por rescisión de contrato con Ferrovial, quería saber, también desde su experiencia, cómo cree usted que se tendrían que gestionar este tipo de sistemas, si tiene que ser lo público, si lo público tiene capacidad para dar respuesta a estos retos que tenemos, o si además tendremos que hacer una inversión considerable para que lo público sea quien dé respuesta a estas necesidades.

Y acabo, si me lo permite, presidenta, con una pregunta, muy rápida, que también tiene que ver con Cataluña y es este anuncio de compensación económica que parece ser que se va a ofrecer a los profesionales de la sanidad. Yo le quería preguntar si además de esa compensación económica,

que, evidentemente, creo que todos pensamos que está bien merecida por los profesionales de la sanidad, si usted cree que, además de eso, la mejor recompensa para la profesión médica sería precisamente una mejor inversión en sanidad pública, mejorar las condiciones laborales de los profesionales de la sanidad y, en este caso, dotarnos de una red de sanidad pública que esté al servicio de los retos que tienen Cataluña y España en el siglo XXI. Gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. A continuación, el representante del Grupo Vox.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Buenos días. Estamos de acuerdo con usted, lógicamente, en que la riqueza y la prosperidad de un país son imposibles sin el bienestar que puede suponer la inversión en sanidad y también, en cierto modo, en la gestión de emergencias.

También estamos de acuerdo en que en esta crisis hemos padecido una insuficiente e imprecisa aportación en cuanto a los datos epidemiológicos se refiere. Además, también ha habido una carencia absoluta, bajo nuestro punto de vista, de la recolecta de datos, que solo hubiese sido posible con que esa base de datos única que tantas veces hemos reclamado, única y transparente para todas las regiones, fuese realmente efectiva y no viéramos ese espectáculo bochornoso de que el uno tapa cifras, el otro no las da, el

otro las recorta y el otro aporta en función de su, digamos, beneficio político. Hemos llegado a barbaridades como incluso ocultar, como están ocultando, decenas de miles de muertos, que, francamente, sus familias no se lo merecen, en cuanto a los datos que se aportan. Así se lo hemos dicho al Ministerio en todas las comisiones donde hemos estado.

Le quería preguntar a usted concretamente lo siguiente, como médico que es, como cargo importante y responsabilidad que tiene y sobre todo porque vive usted en Barcelona y ejerce su actividad ahí, en esa parte de España. En Barcelona se suspendió el Mobile World Congress, ¿no cree usted que entonces se minusvaloró la importancia de la epidemia? ¿Por qué no detectaron las direcciones de salud pública autonómicas catalanas la emergencia de microbrotes epidémicos? Eso también es aplicable a otras comunidades. ¿Coincide usted con el doctor Balcells en que también hubo fallos importantes a nivel regional en Cataluña? ¿Cómo cree usted que se debe mejorar en un futuro?

¿Cómo debe ser la vigilancia epidemiológica de las enfermedades respiratorias? ¿Cree usted que el protocolo del Ministerio de Sanidad de detección de la enfermedad en profesionales sanitarios, es decir, el protocolo del Ministerio de Sanidad referente a la detección de infecciones profesionales en sanitarios cuando han tenido contacto con un caso de COVID, es el adecuado? Se lo digo porque desde Vox hemos propuesto que

se les realice PCR's de forma inmediata y periódica y no centrarse exclusivamente en el aislamiento, como se ha hecho. Además, hemos comprobado con satisfacción que las comunidades de Madrid y el País Vasco se han rebelado de facto contra el protocolo del Ministerio de Sanidad, como se demuestra en la actuación que han tenido en los brotes del Gregorio Marañón y del Hospital de Basurto.

¿Está de acuerdo con el modo de contabilidad que tiene el Ministerio de los fallecidos, excluyendo los casos compatibles? ¿O está de acuerdo con la organización médica colegial y la Organización Mundial de la Salud? Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. A continuación, la representante del Grupo Popular.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, doctor Padrós. Muy bienvenido al Congreso de los Diputados y muchas gracias por su exposición.

Quiero que mis primeras palabras, doctor Padrós, sean para todos los sanitarios de la Comunidad Autónoma de Cataluña, que, como en el resto de España, han demostrado profesionalidad y han trabajado hasta la extenuación, teniendo, sin embargo, muy poco apoyo, y me estoy refiriendo

a que dentro de todos los afectados de nuestro país, han fallecido compañeros nuestros y les trasladamos a sus familias todo nuestro reconocimiento, pero más del 20 % de los afectados han sido profesionales sanitarios. Le escuché a usted en sus declaraciones, que he seguido, que le sigo siempre, como sabe, el 17 de marzo le escuché decir: “No se puede asegurar la protección individual de todos los profesionales”. Entonces, yo la primera pregunta que le haría es cómo valora el trabajo que ha hecho el Gobierno de España, que, como sabe, es autoridad única, así se declaró en el estado de alarma, para hacer frente a la protección de los profesionales, siendo uno de los países del mundo que tenemos más porcentaje.

Ha hablado usted de consenso, y me consta que ha sido siempre una persona comprometida con el consenso, y ha hablado de que el sistema sanitario está, yo lo llamo hiperdiagnosticado, muy diagnosticado. Ha dicho: “Ojalá haya consenso también en el diagnóstico”. Yo lo del consenso en el diagnóstico lo veo bastante complicado porque escucho discursos que tienen mucho que ver no sé si con sesgo de contenido o sesgo de apreciación, pero, desde luego, no basados en datos objetivos, y no hay nada peor que basar tus argumentos en datos que no son objetivos. Pero sí que tiene que haber consenso aprovechando lo que hemos aprendido todos, humildemente, de esta crisis gravísima, que es una crisis, por cierto, de salud pública y de vigilancia epidemiológica, no es una crisis del sistema sanitario, ha devenido

en un problema gravísimo del sistema sanitario pero no es una crisis de nuestros hospitales o de nuestros profesionales, y nos ha hecho reflexionar también a todos sobre el tema de la atención primaria, por tanto, yo estoy con usted, con sus declaraciones también de que ojalá sirva esto para, aunque sea en las cinco o seis cosas gordas, ponernos de acuerdo porque, si no, no nos lo podría perdonar nadie, no nos lo podría perdonar fundamentalmente un nombre que se dice muy poco en este grupo y que es el paciente, que el paciente no se nos puede olvidar que es el centro y que nos está mirando a los políticos para pedirnos que, por favor, lleguemos a acuerdos, porque hay cosas que desde luego creo que las pensamos todos.

Le quiero también felicitar, doctor Padrós, por lo que usted ha hecho a lo largo de su trayectoria por el soporte psicológico a los profesionales. Creo que esto es una cosa importantísima y que todos deberíamos aprender. Pero también por algo todavía más relevante que es el soporte que hay que dar ahora a los profesionales. Fíjese, hay comunidades autónomas que van a sacar ahora las OPEs, ahora, justamente cuando los profesionales están agotados, que muchos de ellos llevan en interinidad un montón de años, y a alguno se le ocurre sacar las oposiciones ahora, cuando los médicos, los sanitarios están agotados. ¿Qué opinión le merece?

Usted ha hablado de modelos de organización, de autonomía de gestión. Efectivamente, los hospitales han tenido una respuesta fantástica,

con profesionales de todas las áreas clínicas que se han volcado en COVID. Y ha hablado usted de algo que sabe que me afecta especialmente que es la troncalidad y las áreas de capacitación específica, que aprovecho para decir que tiene también sello de la Comunidad Autónoma de Cataluña porque fueron muchos los profesionales catalanes que, como sabe, colaboraron tanto conmigo en esta ley. Me gustaría que nos diera su opinión sobre hacer unas áreas de capacitación específica para enfermería y para médicos sobre áreas de capacitación específica en el manejo de patología infecciosa y de patologías como la que hemos vivido.

También ha hablado de la impronta tecnológica y ha hablado de financiación, a ver si me da tiempo a decirlo muy rápidamente. Creo que una parte importantísima o yo soy partidaria de que los médicos de atención primaria y aquellos que prestan sus servicios, y antes una compañera hablaba de la isla de El Hierro, que prestan sus servicios en condiciones extraordinarias tengan una retribución más alta, médicos, enfermeros. Esto lo he defendido, lo he defendido en Teruel, en la provincia de Teruel y en la provincia de Huesca, pero lo puedo decir para la de Zamora o para la de Pontevedra. Por tanto, ¿cómo vería usted que hubiera incentivos para los profesionales que ejerzan su profesión en condiciones más complicadas?

Ha hablado usted de todo lo que tiene que ver con financiación y ha señalado unas cantidades. Esto daría para otra comparecencia entera porque

es mucho lo que se ha hablado de la financiación sanitaria. Se manejan los números con una alegría tremenda, pero no hay nada mejor que ver los datos que tiene publicados el Ministerio de Hacienda, ahí están. Antes eran las cuentas satélite de la Seguridad Social, cuando la financiación era mixta, y ahora están publicadas las cuentas, por lo tanto, lo que se gasta el sistema sanitario está reflejado. Y soy, desde luego, partidaria de destinar más recursos al sistema sanitario y hacerlo con eficiencia. Creo que también en esto nos tendríamos que poner de acuerdo.

Y dos últimos comentarios, con permiso de la señora presidenta, que para mí son fundamentales. Uno es sobre la coordinación de los servicios sanitarios y sociales. Aquí se han escuchado distintas intervenciones de distintos profesionales, unos nos hablan de que hay que medicalizar las residencias, otros nos hablan de todo lo contrario. Yo ya sabe cuál es la postura que he defendido siempre, que es el espacio sociosanitario, del que hemos hablado todos durante años y no hemos avanzado, que tenemos una financiación de la dependencia escasísima, por tanto, lo que ha reflejado esta crisis es que ese espacio sociosanitario es inexistente o tendente a la inexistencia.

Agradecerle todo lo que ha dicho y preguntarle, por último, qué haría usted si estuviera al frente de un gobierno para mejorar el sistema de salud pública y, fundamentalmente, de vigilancia epidemiológica. Cómo es posible

que en el siglo XXI, donde vamos a un cajero en cualquier lugar del mundo y sacamos nuestros ahorros, cómo es posible que no tengamos un sistema de información único y que haya alertas para cuando nos pasa lo que nos ha pasado, que teníamos una alerta en el mes de enero, a final de enero, de la OMS, que hemos tenido alertas del CDC, no del de Atlanta, del europeo también, y que se hayan tomado decisiones en este país tarde. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): A continuación, el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias. Bienvenido, doctor Padrós, a este Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública, perteneciente a la Comisión de Reconstrucción Social y Económica de España.

Quería, antes de nada, mostrarle las condolencias de mi grupo por el fallecimiento de los profesionales afectados por la COVID, dar ánimos a los que están afectados por esa enfermedad y, sobre todo, agradecerles su trabajo, siempre, pero en estas semanas, en estos meses, pues muchísimo más porque lo han dado todo, nos han curado, nos han cuidado, nos han acompañado, y no queda más que agradecerse. También decirle que nuestro grupo está en la mejor disposición de buscar acuerdos y de buscar

acuerdos incluso a pesar de que haya quien busque en esta Comisión hacer juicios sobre culpabilidades, pidiéndoles a los comparecientes que se conviertan en jueces de la gestión realizada.

Me gustaría hacerle varias preguntas, bueno, muchas, pero no me va a dar tiempo, con lo cual voy a intentar resumirlas. Usted ha hablado de financiación y me gustaría que profundizase un poco en cómo debe asegurarse una financiación suficiente y equitativa para la sanidad y qué medidas nos propondría.

También ha hablado usted de que el paciente es el centro, algo que comparto totalmente. ¿Cómo cree usted que debe ser el papel de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud, ¿De qué manera se podría promover el autocuidado y la autonomía de los pacientes? ¿Y qué ventajas nos plantearían las tecnologías al respecto? Y también si cree usted que se debe impulsar la telemedicina y de qué manera debería impulsarse.

Para terminar, para acompañar con eficacia las propuestas de futuro que usted nos ha trasladado, además, en este decálogo tan bien organizado y tan claro y que yo quiero agradecer, decirle, desde el punto de vista colegial, que he sido presidenta de un colegio sanitario y valoro como el que más el papel de las organizaciones colegiales, y desde esa posición querría hacerle una última cuestión. Bueno, antes una reflexión de la que me gustaría conocer su opinión. Usted ha hablado de las mujeres en las profesiones

sanitarias. Es verdad que las profesiones sanitarias tienen un alto porcentaje de feminización, sin embargo, en los cargos directivos esto no se traslada, en los cargos directivos el porcentaje puede ser casi al revés. Me gustaría conocer su opinión al respecto. Asimismo, conocer cómo ve usted la evolución que deben tener las organizaciones médicas colegiales para ser organismos acordes con estos nuevos tiempos. Y ya finalizando, ¿cómo cree que los poderes públicos podrían ayudar en esa evolución que usted nos proponga? ¿Y cuál cree usted que debería ser el papel de los colegios médicos en asuntos que todavía tendremos que afrontar, como son la planificación del curso escolar o la planificación de la vuelta a la nueva normalidad en el sector del turismo? Muchísimas gracias, doctor Padrós.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. Doctor Padrós, tiene la palabra.

El señor **PADRÓS I SELMA, JAUME** (Presidente del Col·legi de Metges de Barcelona): Muchísimas gracias. Intentaré dar respuesta y estar a la altura del nivel de las preguntas que me han hecho todos ustedes, que agradezco muchísimo, pero, al mismo tiempo, me lo ponen difícil porque yo no tengo respuesta para todo lo que me han planteado. Podría ser políticamente correcto y decir lo que ustedes esperan que yo diga, pero yo

no tengo ningún problema. Yo tuve una época en la que también fui político y una cosa que me sorprendía a veces era encontrar compañeros que eran capaces, o sea, nos toca u os toca a veces hablar de todo, pero a mí me costaba mucho y me suponía un estrés cuando tenía que hablar de cosas que yo no entendía, que no eran del campo de mi dominio. Con los años, siempre he querido reconocer la meritocracia, y en el ámbito político es muy importante también, si no, a veces parece que pueda quedar secuestrado. Lo digo porque una cosa que encontramos desde la profesión médica, al menos desde el ámbito del que yo provengo, es que los debates, y es claramente legítimo hacerlo, muchas veces se producen antes de tener los datos, y en esto coincido con la señora Ana Pastor. Tenemos tendencia a discutir sin tener datos. Lo digo porque ahora empezaré siendo un poco desordenado. Como soy un poco..., bueno, es igual, iba a decir una cosa que no es políticamente correcta, pero como yo tengo lo que se llama tendencia a la dispersión, me cuesta un poco disparar así.

El tema de las residencias. En el tema de las residencias necesitamos tener un debate tranquilo, sereno. Se han hecho y he oído muchas declaraciones sin base científica, además, muchas con prejuicios. Tenemos que tener los datos bien corroborados. Yo he visto centros residenciales privados gestionados de forma extraordinaria y centros públicos que han dejado mucho que desear. El debate de las residencias hay que situarlo, por

ejemplo, en un debate mucho más general que tiene que ver con cómo hacemos compatible el derecho de las personas mayores a poder vivir donde ellos quieran y a recibir los apoyos que puedan necesitar, y en esto saldrá la necesidad de poner encima de la mesa el fortalecimiento de los servicios comunitarios de atención domiciliaria. Porque digámoslo todo, parte de los colapsos que hay cada invierno y cada verano en urgencias hospitalarias tienen que ver con esto, tiene que ver con que son personas que viven solas, sin soporte comunitario, que cuando se ponen enfermas en condiciones normales, si no hay nadie que las pueda cuidar, acaban ocupando un espacio que no les corresponde.

Cuando hablamos, por ejemplo, del debate, peligroso pero que habrá que abordar, sobre si tener en cuenta la edad, bueno, se pontifica como si el hospital fuera el reservorio de las soluciones de todos los problemas cuando alguien enferma. No es cierto. Hace meses entró en esta Cámara la discusión sobre la Ley de la Eutanasia. (...) ante un problema de este tipo el debate tiene que ser social. Pero lo que preocupa realmente a la sociedad es que abordemos, y hay formas de objetivarlo, qué personas pueden beneficiarse objetivamente de intervenciones agresivas, y cuando digo agresivas me refiero pues ir a urgencias de un hospital. Pero es que en este momento sabemos perfectamente que tenemos muchos pacientes que podemos predestinar que en tres, seis u ocho meses van a morir, y a esta gente lo que

hay que procurar es que tengan un final digno. Y con la COVID se ha hecho un debate que era muy perverso, pero es que antes de la COVID este debate ya existía. Tenemos mucha gente con enfermedades crónicas, avanzadas, en situación terminal (yo me dedico a este tipo de pacientes) que cuando se descompensan yo no los llevo al hospital porque no van a recibir la mejor atención. La mejor atención es aquella que les proporciona, de acuerdo con sus posibilidades, la confortabilidad y la dignidad de un proceso final de vida. Pero para hacer esto no solamente hay que tener recursos, hay que tener formación de los profesionales y hay que tener capacidad de empatizar, cuando no es posible con el paciente porque muchas veces no puede tomar decisiones porque son enfermedades neurodegenerativas o enfermedades muy invalidantes, hay que hacerlo con las familias.

En segundo lugar, hay que decir que el COVID donde se encuentra cómodo o donde se ha encontrado cómodo ha sido en los hábitos de gente mayor viviendo en comunidad, y esto ha sido aquí, ha sido en el Estado de Washington y ha sido en todos los lugares del mundo. Miren, por favor, los datos que publicaban de Suecia, que eran unos datos muy buenos, un país cuya constitución prohíbe lo que el resto de países podía hacer, y, en cambio, se les desvió la morbimortalidad precisamente en el ámbito residencial. Por lo tanto, había una situación que se nos produce porque... Perdonen, pero si ustedes miran las cifras de los años que ha habido epidemias de gripe muy

fuertes, verán que también el desvío de mortalidad es muy alto, con lo cual este debate hay que hacerlo de forma muy serena y preguntar. Hay muchos agentes, y aquí no tendrían que intervenir los profesionales sanitarios, aquí tiene que hablar la sociedad, tienen que hablar los pacientes y tenemos que poner encima de la mesa cuestiones también bioéticas.

La segunda cuestión es que yo soy un firme defensor, y además, cuando empezó la crisis, aplaudí la decisión del Departamento de Salud, hablo de la Generalitat, de instrumentar la tutela de las residencias por parte del Departamento de Salud, pero yo estoy en contra también frontalmente de sanitizar las residencias, o sea, estoy a favor de la integración social y sanitaria. Porque si ustedes preguntan en la calle, y todos somos ciudadanos, las residencias empezaron siendo unos equipamientos alternativos al hogar. Eran equipamientos sociales, con perfiles de gente que tenía una expectativa de vida, recordémoslo, más corta pero eran más autosuficientes. Las políticas de salud de nuestro país han hecho que tengamos una prevalencia de personas con enfermedades crónicas discapacitantes muy altas. Uno de los precios de tener más esperanza de vida es tener uno de los países con, por ejemplo, mayor número de enfermedades neurodegenerativas, y esto es claramente discapacitante, y con pluripatologías. Tenemos pacientes, y yo me dedico a esto, frágiles, que es increíble que puedan continuar funcionando, y funcionan. Ha cambiado la sociología de las personas que

integran esos equipamientos. Y ya no hace falta decirlo más, la Ley de Dependencia condiciona el tipo de ingreso. Son dependientes y frágiles, con lo cual tenemos un caldo de cultivo perfecto. Y esto seguramente no lo hemos sabido ver entre todos.

También tengo que decir que este debate es un debate lleno de minas y de hipocresías, hipocresías colectivas, políticas, individuales y familiares. Por eso entiendo que con muertos recientes es una irresponsabilidad abrir este debate, pero hay que preparar este debate porque la sociedad tiene que decidir. Perdonen, yo ya soy de los más mayores de aquí, creo, y me gustaría poder decidir, si puede ser, dónde puedo vivir y si tendré posibilidad de poder decidir que donde vaya a vivir voy a recibir los apoyos suficientes.

Empiezo ahora ya por el orden de las preguntas. Quería incidir en el tema de las residencias y del sociosanitario porque es un tema que a mí me ocupa. Sobre el tema que me planteaba la representante del Partido Nacionalista Vasco, yo estoy a favor de la descentralización y también en el tema sanitario, absolutamente. Obviamente, como siempre, pero más en este tema y después de la epidemia, el marco referencial debe ser también Europa. O sea, no puede pasar, ha sido una vergüenza, perdonen, para mí como ciudadano, cuál ha sido la respuesta del conjunto de Europa ante una situación en la que cada uno ha hecho lo que ha podido. Tendría que haber en ese sentido también un cierto acuerdo sobre qué modelos de sanidad

podrían ser homologables. Es cierto que, por ejemplo, en Francia tienen un sistema distinto al nuestro, pero también continúa siendo un sistema público.

No hay una varita mágica, de hecho, a mí lo que me gustaría es que nuestro país dejara de entretenerse en debates, y ahora sí doy una opinión personal y de mi junta. Un debate que nos ha paralizado, al menos en Cataluña, durante mucho tiempo ha sido sobre la titularidad de quién presta el servicio. Si nosotros vamos a los países más avanzados de la Unión Europea, este debate es absolutamente antiguo. Lo que se está debatiendo es lo que le cuesta al ciudadano, cada euro que invierte, en un sistema, digámoslo todo, de bienestar social que muchos tildan de que está en bancarrota. Por lo tanto, tenemos la obligación de asegurar que la financiación es pública y la provisión es diversa. Es posible que haya zonas de Europa donde eso no sea posible, y en España, pero, por ejemplo, el modelo catalán se basa en esto. En el modelo catalán, la mayoría de profesionales no son estatutarios ni funcionarios, son laborales, y es un modelo público. Yo me canso de explicar constantemente que el Hospital de Sant Pau, el Hospital del Mar o el Hospital Clínic forman parte de la red pública y son hospitales públicos, pero no son propiedad de la Generalitat. Quiero recordar además que este modelo (fíjense, yo fui el ponente de la ley que definió este modelo) fue un modelo aprobado por la unanimidad de los grupos políticos en el Parlamento de Cataluña, desde la izquierda hasta la

derecha, por tanto, es un patrimonio que, contestando a la representante del PNV, me parece fundamental de defender. Pero sí que también encuentro que tiene que haber sistemas de colaboración incluso yo diría que al revés. Hay instrumentos que tiene el Ministerio que deberían tener un componente federalizante. ¿Qué quiero decir? Por ejemplo, la Agencia Española del Medicamento podría estar ubicada en Pontevedra, es igual, en Galicia. Yo entiendo que donde tenemos que avanzar es precisamente en instrumentos de evaluación que sean objetivos, es obvio. Por ejemplo, un reto fundamental, tener agencias independientes de evaluación, pero que haya estrategias comunes y compartidas.

Por tanto, estoy de acuerdo. Yo lo que no soy es autocomplaciente, pero me gustaría mucho, en Cataluña existe un poco pero no lo que a mí me gustaría, tener el orgullo que tienen los británicos de su National Health Service. Me gustaría mucho que los ciudadanos españoles estuvieran orgullosos del sistema sanitario que tienen como los británicos lo están de su sistema. Ya saben ustedes que hay un terremoto cuando se tocan los pilares del National Health Service porque forma parte identitaria del propio país. Y el sistema sanitario catalán, ustedes lo saben porque hubo polémica en su momento, forma también parte identitaria, como lo es para los vascos el vuestro, de los ciudadanos. A ver, recordémoslo una vez más, el servicio más aprobado por la población es el sanitario, y es que en épocas de crisis el

sistema sanitario es el servicio público que cohesiona más socialmente, con lo cual es lógico que haya un elemento de identificación.

También tengo que decir, abiertamente y es lo que pienso, que debemos reconocer que hay un 25 % de la población española que opta por una segunda cobertura y que, si no tuviéramos esta segunda cobertura, este sistema tampoco se podría soportar, y se la pagan de su bolsillo, o sea, aparte de pagar los impuestos para financiar un sistema público. Yo formo parte de estos ciudadanos, tengo otro sistema que es el mutualístico por el cual pago una cobertura complementaria. ¿Y esto por qué lo hacen? Bueno, pues porque forma parte de la cultura de este país. En el caso de Cataluña, es una cultura muy arraigada. Quiero recordar que, en el momento de la Transición, España optó por un modelo sanitario que era el británico, pero podía haber optado por el modelo francés, y que, por ejemplo, una parte muy importante de las sociedades en Cataluña y en el País Vasco optaban por un modelo público parecido al francés. Recuerdo que Santiago Carrillo y Tarradellas defendían este modelo y, en cambio, había otros políticos que defendieron lo contrario. Tiene que ver más con modelos culturales.

Esto me permite contestar al diputado de Podemos, que me preguntaba sobre el tema de la colaboración privada. Yo creo mucho en la colaboración público-privada, pero hay que hacerla transparente, o sea, yo creo mucho en la transparencia. En Cataluña, si no hubiera habido la colaboración, que, por

cierto, no la había visto en mi vida a esa intensidad y a ese nivel, el sistema sanitario público se hubiera colapsado. En otros lugares se optó por hacer grandes instalaciones, allí se optó por aprovechar los recursos que había. Y esa colaboración ha sido muy leal, muy estrecha, y yo públicamente la voy agradeciendo. Sí, yo soy un defensor del sistema público, pero el sistema privado se ha comportado de forma muy a la altura de las circunstancias.

En el sistema privado, y aprovecho para decirlo porque a veces la gente cuando habla del sistema privado se imagina grandes lujos, en el sistema privado trabajan en Cataluña más de 7000 profesionales, médicos, por eso genera puestos de trabajo, genera también riqueza, o sea, cuando he dicho todos aquellos valores de riqueza también lo aplico en el sistema privado. Y yo tengo que recordar que las autoridades sanitarias también son autoridades sanitarias para el sistema privado. Quiero decir, en este momento, ya sea por las reglas europeas de la libre competencia, tenemos una guerra de compañías para ver quién produce la póliza más barata, pero esto está llevando a una precarización superior que la del sistema público, a una indefensión del ciudadano, y las administraciones en esto solo están mirando. En el documento verán ustedes que yo reclamo que haya reglas del juego dictadas por la propia administración y que se vigilen intensamente las situaciones de oligopolio de centros que hacen que la precarización y la laboralización sean aun superiores en este sector de la profesión.

Continúo. El tema de las residencias ya lo he dicho. El tema de las consecuencias del estrés sí que lo estamos abordando, de hecho, el programa que nosotros pusimos en marcha para todos los profesionales sanitarios lo iniciamos en Cataluña y después lo hicimos en colaboración con el Ministerio y la Caixa. Y hemos tenido una donación de la fundación del rey Balduino, no me vayan a preguntar ustedes por qué, pero se ve que el rey Balduino tiene una fundación que hace donaciones a iniciativas europeas, de hecho, la revista *British Medical Journal* puso la iniciativa del Colegio de Barcelona como referencia europea en la atención a los profesionales sanitarios. A nosotros nos está preocupando el post, la post oleada, y de hecho estamos reforzando estas áreas.

Aprovecho para decir también que cuando yo pido un mínimo de 20 o 25 000 millones lo que he hecho es la extrapolación del cálculo que hizo el doctor López Casanovas. Es obvio que tiene que haber aquí un pacto plurianual sobre el incremento del IPC, pero yo ahora me refiero a las que tienen que venir de Europa. Porque los países del norte pretenden que para los países del sur esta destinación de recursos sea finalista y sobre todo para la sanidad. Y yo reclamo aquí que ustedes me ayuden con todos los otros *lobbies* que lo querrán para otras cosas, *lobbies* absolutamente legítimos, pero si resulta que ahora a nuestro país llegan cantidades significativas, que

la apuesta decidida, más allá de que la Comisión Europea ha dado un toque al Estado español, sea invertir fuerte en sanidad.

El papel de la atención primaria en el post COVID me parece importantísimo, pero yo soy un defensor del modelo autogestionado. Yo no trabajo en ninguna EBA, pero en Cataluña, donde saben ustedes que hay un modelo de autogestión, 25 o 30 experiencias son entidades, de hecho, son cooperativas de profesionales que tienen un presupuesto cerrado, por tanto, al propio erario público le supone que no hay desvío de cantidad, que tienen que rendir cuentas igual y que tienen que seguir el plan de salud igualmente. En resultados en salud están entre los 30 primeros centros de atención primaria en Cataluña. El nivel de satisfacción es de los más altos y en el nivel de satisfacción de los pacientes también. Pero este debate resulta que no se puede hacer en nuestro país porque hay prejuicios, porque hay gente que aún piensa que esto es privatización, y que yo sepa, y llevo mucho tiempo en el sector sanitario, en España no se ha privatizado, al menos en Cataluña yo no recuerdo que haya ningún ciudadano que tenga que pagar los servicios por que vaya a un centro o vaya a otro.

Se mezcla lo que es la financiación pública con lo que es la diversidad de la provisión, y esta confusión de términos nos hace retroceder veinte o veinticinco años, en unos consensos que se habían obtenido a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa y que definieron el modelo

sanitario, por ejemplo, en el caso de Cataluña. Esto es un retroceso que nos aleja de los países más avanzados de Europa. Nosotros tenemos que decidir cuál es nuestro modelo de referencia. Nuestros modelos de referencia no son los chinos, no son los indonésicos, no son los sudamericanos, no son los centroamericanos ni son los norteamericanos, son los europeos, si me apuran, los europeos del norte. Bueno, pues los europeos del norte este debate no solamente dicen que es estéril sino que hace que se produzca un retroceso, y sobre todo porque introducimos elementos de perversidad y de perjuicio que me parecen inútiles.

El tema de la conciliación. Señora diputada, gracias por todo lo que me ha puesto encima de la mesa, que a veces me ha parecido más que eran deberes que no preguntas para que le respondiera.

Cuando yo hablo de flexibilidad hablo de capacidad de adaptación al reto que tienes delante. Lo digo porque aprovecho que está la señora Pastor, que fue ministra, y puso en marcha la mejor ley que había en Europa en su momento, no sé si después ha habido alguien que ha hecho algo más. Fue una ley que forma parte también del patrimonio de todos porque fue absolutamente consensuada. Es así, ¿no, señora Pastor? Y era una ley que permitía un desarrollo, que precisamente ahora con la COVID podría ser un gran instrumento de ayuda, un desarrollo de todo el tema de la troncalidad y las áreas de *expertise*.

La troncalidad hace que determinadas especialidades que podrían parecer distintas... Les pongo un ejemplo, lo que han hecho los anestesiistas en esta epidemia, ponerse al lado de los intensivistas, que son dos especialidades que podrían tener una troncal común; o los médicos de familia e internistas, adaptándose a las necesidades del perfil de los pacientes. Para esto, fíjense, no se necesita dinero, se necesita voluntad y consenso, pero esto se puede hacer y nuestro país tiene potencialidad para hacer esto, y esto es lo que ha pasado. Cuando ha venido el COVID, no ha habido necesidad de que hubiera ningún gestor ni ningún político que diera órdenes, han sido los propios profesionales. Si yo me he quedado parado, y perdonen que haga una pequeña frivolidad. Había traumatólogos haciendo de internistas. Doctora Pastor, esto es increíble, ¿o no? Siempre hacemos esta broma entre especialidades. Pues yo me refería a la flexibilidad en este sentido y a la flexibilidad de los centros para adaptarse a las necesidades, nunca en el sentido negativo.

El tema del *big data*. Esto es un debate, es obvio, pero es verdad que es un debate también lleno de hipocresías. Porque oigo gente hablando de la seguridad del *big data*, que además nuestro país está en una buena situación para poder utilizar el *big data*, o sea, el *big data* para evitar la variabilidad terapéutica es fundamental. A ver, yo soy hijo de médico, soy de familia de médicos, y antes se hablaba de la libertad total que tenía el médico para poder

prescribir. Esa libertad no existe y cada vez va a existir menos porque la evidencia científica, el consenso clínico y las guías de práctica clínica son los que tienen que evitar que a ti en un sitio te traten de una manera o de otra simplemente por ideas pintorescas o peregrinas. Por tanto, el *big data* es un gran instrumento para los clínicos, pero tiene que haber garantías. Pero lo que me hace gracia es que a veces ponemos el centro del debate en la seguridad, que tiene que existir porque parte de lo que hemos hablado, hemos hablado del pasaporte sanitario, pero, en cambio, lo hace gente que no tiene ningún problema para exhibir su vida en Facebook, entonces, socialmente a veces yo creo que nos lo tendríamos que hacer mirar.

El debate bioético es tan importante porque tiene que inspirar las políticas sanitarias. Es obvio que nosotros reconocemos a las personas el derecho que tienen para poder decidir y coparticipar de su proceso asistencial, poder rechazar un tratamiento. Yo siempre digo que el testamento vital es importante, pero cuando en la relación entre los profesionales y el paciente se establece la confianza, el testamento, en lugar de ser un elemento en positivo, acaba siendo un elemento entorpecedor. Si hay confianza, el testamento, no funciona. Yo recomiendo a pacientes míos que hagan el testamento cuando están en una situación en la que nadie pueda abogar por sus derechos o sobre sus voluntades. A pesar de ello, es imposible poder predecir todas las situaciones, por tanto, yo siempre defiendo que tiene

que haber unos principios inspiradores de las actuaciones. A ver, nuestro sistema, si no se basa en la confianza, no funciona, como tantas y tantas cosas. Nuestro intangible más fuerte en las profesiones sanitarias es la confianza. Si los pacientes no confían en sus profesionales y tenemos que empezar a introducir papeles, entonces...

Voy contestando, hago lo que puedo, señora presidenta, pero es que me han hecho muchas preguntas y quiero dar satisfacción.

Señor Mena, creo que le he contestado mi opinión sobre el tema de la financiación del sistema sanitario. Nuestro colegio fue muy crítico con los recortes. Yo tuve la sensación de que el Gobierno catalán en aquel momento quería gustar tanto a los, digamos, políticos del norte que fue excesivo. Y las políticas de austeridad. Claro, esto siempre es fácil decirlo a pelota pasada, pero nosotros tuvimos tensiones en ese sentido. Claro, cuando llego allí, yo también me hago cargo. Un consejero de Salud que tiene un presupuesto de 12 000 millones y que de un día para otro le dicen “no, es que ahora vas a tener 10 000 millones”, y yo le critiqué al consejero, pero lo fácil es que vayas y que recortes las inversiones y el Capítulo 1. Pero ¿por qué no te sientas con los líderes clínicos y se pacta? Porque cuando hay una situación de crisis, esta tendencia, que es muy de nuestro país, de que las decisiones tienen que ser verticales, si empoderáramos. Y cuando yo hablo de la autonomía de gestión, estoy hablando también de la corresponsabilización

de las decisiones. Yo cuando hablo de la autonomía en la gestión de atención primaria o en la primaria del hospital, estoy defendiendo que esos profesionales aprendan a gestionar (cuando digo “aprendan” es que hay que formar también a estos líderes), tengan responsabilidad en la gestión de esos recursos y después, finalmente, algo que forma parte del ideario del profesionalismo médico, tienen que rendir cuentas. Esto también tiene que quedarse en la cultura política y de organizaciones públicas y sanitarias. La gente puede asumir responsabilidad, pero tiene que dar cuenta de en qué gasta el dinero y cómo se lo gasta.

Me ha hablado del tema de los 43 000 euros por estancia en la UCI, del decreto que hizo el Govern de la Generalitat. A ver, esto es público, los 43 000 euros los coge el Departamento de Sanidad a partir del coste que le genera el Instituto Catalán de la Salud, que es público, y es una tarifa que es para todos igual y a mí me parece perfectamente justa, defendible y, permítame, señor Mena, creo que la polémica iniciada alrededor de esto me parece absolutamente injusta, se lo digo sinceramente. Yo no tengo conflictos de intereses, pero creo que este debate no ayuda, o sea, decir que esto a lo que ayuda es a la privada me parece terriblemente injusto, porque yo sé que hay pacientes que no ha costado 43 000 euros su estancia en la UCI sino que ha costado mucho más y han estado en establecimientos privados.

El tema de la sistematización de los rastreadores. Yo me lo conozco bien porque fui yo, supongo que lo sabe, el que dijo públicamente y le pedí a la consejería que diera marcha atrás. Yo no me situó en el tema de si tiene que ser una entidad privada, no lo sé, yo lo que digo es que el mejor instrumento que tiene la salud pública para rastrear es la atención primaria y que tiene que haber un acuerdo con la atención primaria para que se decida cuál es el mejor instrumento que les puede ayudar. Porque es obvio que parte de lo que se quiere hacer no lo tienen que hacer ni las enfermeras ni los médicos porque es rastreo telefónico, pero hay una parte personalizada que sí que lo tienen que hacer. Yo la crítica que hice a la consejería, y por eso les pedí que dieran marcha atrás, era porque me parecía que cualquier iniciativa, es decir, es igual, en este caso se instrumentó a través de una empresa privada, pero yo creo que el error fue no haberlo acordado con atención primaria, que es quien tenía que instrumentarlo. Después ya ha tenido otros derivados, que es lo que a mí me parecía que iba a pasar y es lo que quería evitar, porque mientras estamos en este debate, no tenemos rastreadores, y a mí lo que me interesa es tener rastreadores.

Cinco minutos. La protección individual. Es verdad, podemos hacer una crítica, señor Gestoso. Yo creo que todos nos equivocamos, yo me equivoqué, todos minimizamos el impacto de esta enfermedad, una enfermedad que los chinos primero la negaron, después la minimizaron.

Todos pensaron, o sea, yo tengo una junta de colegios de médicos y estoy con dos de los mejores epidemiólogos que hay en España, en mi junta, y fueron los primeros sorprendidos de cómo apareció y de forma abrupta. De esta epidemia hay muchas cosas que no entiendo y yo creo que los propios epidemiólogos tampoco entienden. No entiendo que hace un mes que estamos en desescalada, hemos visto actuaciones de conciudadanos negligentes, con una población que no llega al 10 % de infectados y no nos infectamos, con lo cual hay muchísimas cosas todavía. Entonces, todo lo que sea ahora prevención me parece fundamental, pero es cierto que hay que hacer autocrítica. Y la tiene que hacer la OMS. Muchos errores que nosotros hemos cometido es porque éramos el segundo país; si hubiéramos sido el sexto o el séptimo, se hubieran, yo creo, equivocado otros.

También es cierto que los países que han invertido en tener industria de diagnóstico, de PCRs, de respiradores, como Alemania, pues han sido más sólidos a la hora de dar respuestas, y esta es una de las conclusiones que también está en el documento. Nuestro gobierno tiene que tener una estrategia. Ya me imagino que no es fácil la contratación al estar sometido a la libre competencia que las leyes europeas te indican, pero entonces no podremos tener una industria propia nunca que fabrique el material. Y es que necesitamos respiradores, EPIs, y eso no nos tiene que volver a pasar, nunca más. Y si tengo que hacer una crítica es por el decreto que se hizo, que

centralizó las compras e hizo que, por ejemplo, en el caso de Cataluña, que tenemos una provisión diversa, se dejara a muchos hospitales y centros absolutamente desprovistos, incautándose del material y con una guerra de búsqueda que ha sido infernal.

El tema del profesionalismo, lo decía antes, para mí es básico. Las áreas de capacitación, también lo hemos dicho. Y acabo, señora presidenta, porque si no me dejo al grupo socialista.

Sí, es cierto, hay que tener organismos en nuestro país, que los hemos dejado un poco abandonados, en el ámbito del control epidemiológico. Ahora no es defendible que no tengamos un sistema más operativo, más cruce de datos. No estoy de acuerdo en que se estén escondiendo muertos, no puedo compartir la idea del representante del Grupo Vox, pero sí en la forma de tratar los datos. Unos que los hacían agregados, otros que llegaban más tarde, en fin, no ha sido un espectáculo demasiado edificante. E todo caso, si hay que tener tantas agencias, me parece muy bien, pero tienen que estar fortalecidas por un sistema de comunicación mucho más ágil.

Y sí que creo que en el futuro, señora Pastor, tiene que quedarnos un concepto que hace tiempo algunos organismos científicos ya están imponiendo. Nuestro país tiene que conceptuar también la salud como algo global, la salud global. Y el cambio climático, hay que incorporar todo el tema que hace referencia al cambio climático porque, probablemente, igual

parte de lo que nos está pasando tiene que ver con el cambio climático, de hecho, hay algunas epidemias en el mundo que tienen que ver con los movimientos climáticos, y es que el hecho de que haya un invierno de una forma o de otra influye. Por tanto, el conocimiento y la previsión de lo que está pasando a través del mundo, debemos invertir también en ese sentido.

Respecto a la representante del Partido Socialista, en el tema de la financiación, ya he dicho, hay que pactar y negociar los incrementos según el IPC. Pero yo creo que el dinero que vendrá de Europa, ahora no recuerdo las cifras, perdonen, porque ya estoy un poco cansado, bueno, es igual, todo el dinero que viene destinado de Europa, que tendrá que venir para todos los países, sobre todo del sur de Europa, para invertir, es obvio que se tiene que priorizar para sanidad en primer lugar.

Y cuando usted me habla de la participación de los pacientes, absolutamente, la corresponsabilización. Uno de los problemas que tiene nuestro sistema sanitario, a diferencia de los países más avanzados, es que los sistemas sanitarios universales fueron producto de una lucha de clases inicialmente, pero dieron resultado después de una lucha y de una concienciación, y hay también la concepción de cuidado y de mantenimiento de los servicios públicos. En nuestro país llegamos a una sanidad universal y a unos servicios públicos como los nórdicos sin haber sido motivo de lucha, y tengo que decirlo así, simplemente porque había un crecimiento económico

y nos creíamos parecidos a los europeos, pero hemos infantilizado a la población y hemos pensado que todo es posible con los recursos que tenemos, igual que los alemanes. No, no, a los ciudadanos hay que tratarlos como sujetos adultos y hay que decirles cuáles son los recursos que tenemos y que de esos recursos, si los destinamos allí, no podemos destinarlos allá. No podemos hacer esta política, yo creo, de banalización y populista de creer que todo puede cuadrar. Como también tengo que decir, y lo digo a todos los partidos, cuando hablamos de Cataluña, si tenemos 5000 millones, participando de los Presupuestos Generales del Estado, excepto las comunidades de Euskadi y Navarra, pues el dinero tiene que salir directamente de un fondo determinado. Por tanto, no nos hagamos trampas, expliquemos a los ciudadanos lo que cada día estamos hablando. Hay que dejar de infantilizarlos y hacerles coparticipes de las decisiones y de las consecuencias de las decisiones. Es decir, invertir en sanidad tiene unas consecuencias, y si no invertimos en sanidad y si no invertimos, yo qué sé, pues en economía productiva, igual no tenemos recursos para tener un estado del bienestar sólido. Esto hay que explicarlo porque no todo puede cuadrarse.

Y acabo diciendo que la apuesta por la telemedicina y las tecnologías ha venido para quedarse y es una apuesta estratégica básica, que además puede ser un elemento dinamizador también de la economía y generador de puestos de trabajo, también de referencia, de talento.

Y sobre la participación o el papel de las organizaciones colegiales, perdone, señora diputada, esto es cortesía, pero de este tema le podría hablar tanto que necesitaría otra comisión. Pero sí estoy encantado de poder explicarles que nosotros tenemos el privilegio de tener la colegiación obligatoria. Es un privilegio, pero tiene una contraprestación. Nosotros tenemos la obligación de velar por la autorregulación y tenemos que dar cuentas de lo que hacemos. Yo soy un defensor de la colegiación obligatoria de las profesiones sanitarias como medio o instrumento de garantía de la buena praxis, pero si este instrumento no se ejerce, pues no debe existir. Fíjese que le digo que soy un defensor, pero la cultura de rendir cuentas es importantísima porque nosotros somos una corporación.

Yo represento a una corporación de derecho público que tiene funciones gremiales, si me permiten, represento a los profesionales. Pero yo represento a la profesión, no soy un sindicato, y represento al garante de la buena praxis, y si yo no puedo salir delante de los ciudadanos para decir que las prácticas de ese individuo o de esa señora no dan seguridad clínica o no puedo pronunciarme sobre cuestiones que puedan poner en riesgo la salud de los ciudadanos, yo no estoy cumpliendo con mi función. Por tanto, a mí personalmente me da un poco de repelús ser representante gremial y me gusta mucho más defender la posición de las funciones públicas que tenemos como corporación, pero entonces, por la educación que yo he recibido,

también estoy de acuerdo en que hay que rendir cuentas, y, aunque sea incómodo, la transparencia es fundamental para generar confianza con tus propios colegiados y con la ciudadanía, que es a la que servimos.

Muchas gracias, presidenta, por su generosidad y por la de todos ustedes.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias, señor Padrós. Muchas gracias por sus aportaciones a esta Comisión y muchas gracias por haber venido a la que es su casa, el Congreso de los Diputados, de nuevo.

- **DEL SEÑOR SELLÉS FORT (PRESIDENTE DE FARMAINDUSTRIA).**

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Continuamos con la comparecencia de don Martín Sellés Fort, al que le agradecemos su asistencia a este grupo de trabajo. Muchísimas gracias por haber acudido. Y antes de darle la palabra al Sellés, les quería comunicar que la señora Pastor, que va a ser la representante del Grupo Popular, ha pedido, por motivo de agenda, intervenir la primera de los grupos. Si no les importa a ustedes, lo haríamos así. Pues muchísimas gracias, señor Sellés, tiene usted la palabra.

El señor **SELLÉS FORT, MARTÍN** (Presidente de Farmaindustria):
Señora presidenta, señoras y señores diputados, buenos días o casi buenas tardes a todos. Gracias por darnos a Farmaindustria la oportunidad de compartir con ustedes nuestras reflexiones y nuestras propuestas para tener un mejor sistema sanitario y una economía que genere más riqueza y bienestar a los ciudadanos de nuestro país.

En primer lugar, expresar nuestras condolencias a las familias de todos los pacientes que han muerto como consecuencia de la COVID-19. Todos tenemos seres cercanos que han muerto o han estado graves y sabemos lo que sienten sus familias. Todos estamos con ellos, dándoles ánimos y apoyándoles. También quiero dar las gracias a todos los servidores públicos, a todos ustedes, por el gran esfuerzo realizado a lo largo de estas largas semanas, trabajando incansablemente por el bien de todos los españoles. Ahora es el momento de reflexionar y buscar soluciones para que esto no vuelva a suceder o que, si sucede, lo podamos afrontar de la mejor forma posible.

Decirles que Farmaindustria es la asociación de las compañías farmacéuticas que investigan, fabrican y comercializan medicamentos originales que se identifican por sus marcas. Nosotros representamos a unas 150 compañías, que son unas nacionales, otras americanas, otras europeas,

empresas de todo el mundo que operan en nuestro país, investigando y desarrollando nuevos medicamentos y nuevas vacunas y también atrayendo inversiones a nuestro país.

En primer lugar, me gustaría compartir con ustedes lo que hemos aportado y lo que estamos aportando durante la crisis sanitaria. Desde el primer día de la crisis hemos sido considerados un sector esencial y, por tanto, estas han sido semanas complicadas y semanas de mucho trabajo. En primer lugar, hemos conseguido que todos los españoles tuvieran cada día sus medicamentos para sus enfermedades habituales, para su diabetes, para su cáncer, para su leucemia, para su esquizofrenia o para su hipertensión. 25 millones de españoles toman o tomamos, me incluyo, al menos un medicamento cada día y esos 25 millones de españoles han tenido cada día los medicamentos que necesitaban, y creo que esto es una buena noticia. Para conseguirlo, nos hemos asegurado de que las 82 plantas de producción de medicamentos que tenemos en nuestro país funcionaran a pleno rendimiento, aun en las semanas más duras, con unos planes de contingencia robustos que han funcionado adecuadamente. Y también hemos trabajado para que los medicamentos que se producen fuera de nuestro país llegaran a nuestro país en tiempo y forma, evitando acopios por parte de terceros países. Les puedo asegurar que en un entorno, permítanme que utilice este término, en un entorno de guerra esto no es fácil, pero lo hemos conseguido.

Hemos conseguido también que algunas de nuestras plantas de producción en España se adaptaran para producir medicamentos específicos para la lucha frente a la COVID. Por ejemplo, hemos adaptado plantas de producción para producir medicamentos necesarios en las Unidades de Cuidados Intensivos, por ejemplo, para intubar a los pacientes. La coordinación con el Ministerio de Sanidad y con la Agencia Española del Medicamento, así como con los distribuidores y las farmacias, ha sido ejemplar y las empresas farmacéuticas y las plantas de producción han trabajado día y noche para hacer esto posible.

En coordinación con la Agencia Española del Medicamento y los hospitales públicos y privados, hemos puesto en marcha en España 80 ensayos clínicos con medicamentos para luchar contra la COVID. España es el país europeo que más ensayos clínicos ha aprobado a nivel europeo y el cuarto a nivel mundial. Más de 25 000 pacientes han sido incluidos en estos ensayos clínicos. Esto es también, creo, una muy buena noticia. Pronto tendremos los resultados de algunos de esos ensayos clínicos y eso nos va a permitir tener más información sobre cómo tratar adecuadamente la enfermedad en las distintas fases de la misma.

Las compañías farmacéuticas también, en colaboración en muchos casos con entidades públicas, estamos desarrollando varias vacunas frente a la COVID. Hay varias compañías que llevan décadas investigando en el área

de las enfermedades infecciosas, desarrollando y produciendo vacunas para distintas enfermedades, y creemos que pronto veremos el fruto de su trabajo frente al coronavirus. Estas compañías tienen la experiencia, tienen el conocimiento, tienen el *know-how* en el desarrollo de vacunas y tienen también una cosa muy importante que es la capacidad de producción de esas vacunas.

Tenemos que ser conscientes de que en el ámbito de las vacunas tenemos dos retos importantes: uno es desarrollar vacunas eficaces y seguras y el otro reto es ser capaces de producirlas a gran escala, producir miles de millones de dosis. Puede que tengamos que producir más de 10 000 millones de dosis en el caso de que cada persona necesite dos dosis para estar inmunizado. Desarrollar las vacunas es complicado, pero producir esos miles de millones de dosis es también un gran desafío, un desafío al que nunca antes nos hemos enfrentado.

A finales de este año o principios del próximo, podremos tener ya resultados relevantes de esos ensayos clínicos y podremos tener vacunas ya producidas, disponibles para utilizarlas si las autoridades sanitarias lo consideran oportuno. Ese es el objetivo que tenemos, pero hay que ser muy prudentes porque esto puede ir muy bien o puede ir menos bien, me refiero al desarrollo clínico de estas vacunas. Debemos tener presente que estamos intentando hacer en un año lo que normalmente nos cuesta diez o doce años

de hacer. Varias compañías van a producir sus vacunas a riesgo, para tenerlas disponibles, para poder empezar a vacunar si los ensayos clínicos son positivos y las autoridades sanitarias así lo consideran. Normalmente lo hacemos al revés, cuando vemos que los ensayos clínicos ya son positivos, en ese momento empezamos a producir, pero en este caso, para ganar tiempo, estamos produciendo a riesgo, entendiendo que los ensayos clínicos van a salir bien; si salen mal, esas vacunas, evidentemente, no se podrán utilizar.

Estamos trabajando para que España tenga un protagonismo importante en tres niveles: en los ensayos clínicos de estas vacunas, poder traer ensayos clínicos de estas vacunas a nuestro país, también para que se pueda producir alguna de estas vacunas en nuestro país o, por lo menos, alguna de las fases de la producción de estas vacunas y también para que, cuando las vacunas estén disponibles, España pueda disponer de las dosis que necesite. Todo esto que acabo de decir en treinta segundos es muy fácil de decir pero realmente muy complicado de conseguir. Y algo que es muy importante, las vacunas las estamos desarrollando sin ánimo de lucro. El precio será asequible y el acceso equitativo, ese es el compromiso de nuestro sector a nivel mundial. Esto es una prioridad absoluta para nosotros porque somos conscientes de que cuando tengamos tratamientos y vacunas desaparecerá la incertidumbre, desaparecerá el miedo y volverá la confianza,

y eso va a tener un impacto positivo en la crisis sanitaria pero también en la crisis económica.

En resumen, nos sentimos, permítanme que lo diga así, satisfechos de nuestras aportaciones para ayudar a vencer esta crisis, aunque somos conscientes de que queda mucho por hacer y, evidentemente, también somos conscientes de la responsabilidad que recae sobre nosotros. Y debo reiterar que sin la colaboración y coordinación ejemplar con la Agencia Española del Medicamento, con el Ministerio de Sanidad y con las comunidades autónomas todo esto no hubiera sido posible.

En segundo lugar, quiero compartir con ustedes algunas lecciones que hemos aprendido durante la crisis y que debemos tener en cuenta. La primera, la importancia de tener un sistema sanitario público bien dotado y adecuadamente financiado. De repente, toda la sociedad ha tomado conciencia de ello, diría que hasta los niños y los adolescentes, incluso los que nunca han hecho uso de nuestro sistema sanitario han tomado conciencia de ello. Ahora, más que nunca, esta es una prioridad de todos los ciudadanos y de toda la sociedad. Antes de la crisis ya debatíamos sobre si dedicar solo un 6 % de nuestro PIB a nuestro sistema sanitario público era suficiente o no, era un debate permanente. Ahora tenemos más información para enriquecer este debate, pero más y más voces autorizadas piensan que deberíamos dedicar como mínimo el 7 % de nuestro PIB a nuestro sistema

sanitario público, y este objetivo aparece en el programa electoral de varios partidos políticos.

También hemos tomado mayor conciencia de lo importante que es tener unos profesionales sanitarios preparados, capacitados y motivados. Hemos visto lo importante que es invertir adecuadamente en I+D, en innovación, y cómo la colaboración público-privada nos ayuda a ser más rápidos y más eficientes. Hemos visto lo importante que también es ver la inversión en sanidad y la inversión en medicamentos no como un mero gasto, sino como una inversión que es rentable por su impacto positivo sobre lo sanitario, sobre lo social y también sobre lo económico.

Hemos aprendido, creo, que dependemos demasiado de China y de India; casi todas las materias primas se producen allí. Tenemos que reindustrializar Europa y tenemos que reindustrializar España.

Por último, en este punto, hemos visto con total claridad cómo lo sanitario influye en lo económico. Hemos comprobado cómo una crisis sanitaria provoca una crisis económica y cómo los medicamentos y las vacunas podrían solucionar la crisis sanitaria y, en consecuencia, la crisis económica. Hemos tomado conciencia de lo vulnerables que somos como sociedad y de lo mucho que dependemos de la ciencia y de la investigación en medicamentos y vacunas. Quizás antes lo entendían mejor los que sufrían una enfermedad grave y ahora, de repente, lo entiende toda la sociedad.

A continuación me gustaría también compartir con ustedes lo que, a día de hoy, aporta nuestro sector en nuestro país en el ámbito sanitario y en el ámbito económico. Nuestra principal razón de ser, como ustedes saben, es desarrollar fármacos innovadores que puedan curar enfermedades que hoy no tienen curación. A nivel mundial, nosotros dedicamos a ese capítulo 150 000 millones de euros anuales, haciendo investigación básica e investigación clínica. Eso son unos 3000 millones de euros semanales a nivel mundial. Hasta donde sabemos, no hay otro sector que invierta en I+D lo que invierte el nuestro, ni lo mismo, ni nada parecido. Es una inversión que en gran medida hacemos en colaboración con instituciones públicas, con universidades, con academias y con otros organismos públicos.

Estas inversiones han llevado a grandes avances en el tratamiento de multitud de enfermedades graves. Por ejemplo, los pacientes con cáncer viven más y más años y tienen una vida relativamente normalizada. Hemos sido capaces de convertir muchas enfermedades que eran mortales en enfermedades crónicas. Y, bueno, la inmunoterapia, la terapia celular o la terapia génica son ya una realidad que están ayudando, a día de hoy, a muchos pacientes. Hemos estado hablando durante muchos años de esas terapias y hoy son ya, afortunadamente, una realidad.

Desarrollamos esos medicamentos innovadores e intentamos compatibilizar el acceso a esos medicamentos innovadores con la

sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, y este es un tema siempre también muy candente. Este siempre es un asunto muy controvertido por el precio de los nuevos medicamentos, pero me gustaría compartir con ustedes unos números que creo que son relevantes. El primer número es que la inversión en España en medicamentos, que no gasto, en el año 2018 fue la misma que en 2009. Tenemos más pacientes mayores, hemos tratado a más pacientes crónicos, tenemos más medicamentos innovadores, y en 2018 invertimos lo mismo que en 2009. El segundo número es que en España dedicamos a medicamentos, aproximadamente, un euro por habitante y día, es decir, unos 365 euros por habitante y año, y con eso cada persona puede acceder desde a una caja de paracetamol hasta a una terapia celular para una enfermedad muy grave. El tercer número es que, efectivamente, hay medicamentos de alto precio, pero cada año en España vendemos unos 550 millones de unidades, 550 millones de cajas de medicamentos, que tienen un precio de menos de 3,5 euros/tratamiento/mes, es decir, el tratamiento cuesta apenas unos céntimos al día. Y el cuarto número, y último, que quiero compartir con ustedes es que en España el 84 % de las prescripciones, el 84 % de las recetas de medicamentos, son de genéricos o de marcas que están al mismo precio que los genéricos. Ya saben que en nuestro país, por ley, los medicamentos de marca y sus genéricos tienen el mismo precio en la financiación pública. Todo esto son números, no son opiniones, y son

números que están a su disposición. Más allá de estos números, lo relevante es que la inversión en medicamentos que hace el Sistema Nacional de Salud es extraordinariamente rentable desde el punto de vista económico y social y no representa realmente una amenaza a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, como algunos a veces, erróneamente, trasladan. Miren, la innovación en medicamentos salva vidas y es responsable del 73 % de la ganancia en años de vida en los países desarrollados. Los medicamentos ahorran costes sanitarios, reducen necesidades de recursos en hospitalización o complicaciones derivadas, por ejemplo, de las enfermedades crónicas. Por cada euro invertido en medicamentos se ahorran entre 2 y 8 euros en otras prestaciones sanitarias.

Y no menos relevante en este repaso de lo que aporta nuestro sector es la atracción a nuestro país del máximo de inversiones para generar riqueza dentro de nuestras fronteras, y les puedo asegurar que eso es lo que intentamos hacer todos y cada uno de nosotros en el día a día. Inversiones en investigación básica, inversiones en investigación clínica, inversiones en plantas de producción, en todos estos ámbitos creamos empleo de calidad, altamente cualificado, con contratos indefinidos y un empleo igualitario. En el área de I+D tenemos, aproximadamente, unas 6000 personas trabajando y el 65 % son mujeres. Entre empleo directo e indirecto inducido, tenemos unas 200 000 personas y más del 50 % son mujeres. En nuestros comités de

dirección, más del 40 % de los miembros de los comités de dirección son mujeres, eso triplica la media de las empresas del Ibex 35. Este empleo de calidad es el que todos los países quieren crear, el que todos los países y gobiernos quieren atraer a sus respectivos países porque es el que genera riqueza y ayuda a resistir mejor las crisis económicas. El 20 % de toda la I+D industrial que se hace en nuestro país la hace la industria farmacéutica, uno de cada cinco euros, y eso supone aproximadamente el 7 % de toda la I+D que se hace en nuestro país, I+D pública más I+D privada. España es hoy una potencia mundial en investigación clínica, una investigación clínica que hoy está muy concentrada en muy pocas comunidades autónomas y que deseáramos extender a otras que tienen poca participación. En España tenemos más de 80 plantas de producción de medicamentos que producen por valor de 15 000 millones de euros en nuestro país y generan exportaciones por valor de 12 000 millones de euros. Esto es producción y exportación de alta tecnología y representa el 25 % de toda la alta tecnología que produce y exporta nuestro país. Nuestro sector, en resumen, dinamiza las economías de los países al ayudar a tener modelos productivos más eficientes y competitivos basados en la innovación, la I+D y el conocimiento. Los gobiernos de muchos países han tomado conciencia de esto y hacen todo lo posible para atraer este tipo de inversiones a sus respectivos países y tienen planes muy sólidos para hacerlo. La competencia entre países por conseguir

estas inversiones es brutal, créanme ustedes, la competencia es brutal. Los gobiernos saben que este sector es más resistente a las crisis económicas, saben que este sector genera riqueza, riqueza que ayuda a mantener el estado de bienestar, y para los estados, para los gobiernos y para las empresas, el desafío más importante es generar riqueza, y nuestro sector genera riqueza. En España yo creo que lo hemos hecho razonablemente bien en los últimos muchos años, pero lo podemos hacer mucho mejor si entre todos creamos las condiciones adecuadas. En resumen, creemos que como país tenemos que fortalecer y potenciar el sector farmacéutico y el sector biomédico en general, por el bien de los pacientes y también por el bien de la economía.

Y a continuación me gustaría trasladarles cómo pensamos nosotros que la industria farmacéutica puede ayudar a la reactivación y reconstrucción de la economía de nuestro país. Entiendo que este es uno de los objetivos principales de esta Comisión. Nuestro sector puede ayudar a este objetivo focalizándonos en cuatro objetivos.

En primer lugar, crear más empleos de calidad y en especial, empleo juvenil. Nuestro sector no es de los más grandes en número de empleados, pero sí es de los más avanzados en calidad. El 94 % de nuestros empleados tienen un contrato indefinido, dos de cada tres empleados son titulados universitarios, dos de cada tres, y uno de cada tres nuevos empleos es para personas de menos de 29 años, es empleo juvenil. Con las condiciones

adecuadas, podemos crecer y proporcionar a nuestro país más empleos cualificados, con proyección y vinculados a la innovación.

En segundo lugar, podemos también incrementar nuestras inversiones industriales creando nuevas plantas de producción en España, modernizando las actuales o ampliando algunas de las existentes. Se ha puesto de manifiesto durante esta crisis, y así lo he mencionado, la necesidad que España y Europa tienen de recuperar la producción que se ha ido deslocalizando en países asiáticos en los últimos años. Realmente es un riesgo esta tan alta dependencia del exterior en un ámbito tan delicado como el del medicamento. Estamos en condiciones de recuperar parte de esa producción perdida, y eso tiene un valor sanitario pero, por supuesto, también un valor económico y social en tanto y en cuanto permitiría generar tejido productivo, más exportación y empleo en nuestro país.

Estamos también en disposición de potenciar las inversiones en investigación básica y en investigación clínica e incrementar nuestra colaboración con instituciones públicas para fortalecer la I+D pública de nuestro país, intentar atraer a nuestro país nuevos centros de investigación básica y tener más comunidades autónomas participando en los ensayos clínicos. Como ya he dicho, nuestro liderazgo en ensayos contra el coronavirus es resultado de años de trabajo cooperativo, que nos ha permitido convertirnos en una referencia a nivel internacional y a nivel

mundial. Hay margen para crecer, partimos de una posición de privilegio para hacerlo, y el refuerzo de la investigación clínica nos permitirá también trabajar en el refuerzo de un ecosistema de investigación biomédica que incluya la investigación básica. En total, nuestro país invierte en I+D el 1,24 % del PIB. Muchos países de nuestro entorno dedican más del 2 % de su PIB. La media de la Unión Europea es el 2,19 %. Es evidente que tenemos que mejorar estas cifras y nosotros podemos ayudar.

Y, finalmente, también podemos contribuir a crear el entorno adecuado para afrontar futuras pandemias y enfrentarlas de mejor manera, no solo pandemias sino cualquier emergencia sanitaria. Podríamos, por ejemplo, producir determinados medicamentos esenciales en nuestro país y tener un stock de seguridad. Todos estos elementos los vamos a discutir detalladamente con el Ministerio de Sanidad y otros ministerios relacionados con estos temas.

La pregunta es, y estoy acabando, qué necesitamos para hacer realidad todo lo anterior. Bueno, en primer lugar, un entorno regulatorio estable y predecible, que nos permita tener planes a largo plazo que, a su vez, permitan generar inversiones mantenidas en el tiempo. Asimismo, necesitamos una estrategia farmacéutica a medio y largo plazo que parta de la visión del medicamento como una inversión y no como un gasto, que implique mayor reconocimiento de la innovación y que se entienda mejor la implicación que

el medicamento innovador y la industria que lo produce tienen no solo en el ámbito de la sanidad, sino también en el de industria, en el de economía, en el de trabajo y en el de hacienda. Necesitamos disponibilidad y acceso a los medicamentos innovadores, en línea con los países de nuestro entorno, con unas políticas de acceso más homogéneas entre las comunidades autónomas. Y es importante que la competencia entre genéricos y marcas sea en igualdad de condiciones, sin privilegios de unos sobre otros.

Por último, nuestras recomendaciones y unas reflexiones finales. Nuestra primera recomendación es fortalecer nuestro sistema sanitario público invirtiendo en él el 7 % del PIB de nuestro país, al menos el 7 %. Esto tendrá un impacto muy positivo en los profesionales sanitarios, que podrán trabajar con más recursos, y un impacto positivo en los pacientes y en los ciudadanos en general. Es clave porque hay un enorme consenso social al respecto y también porque una sanidad pública fuerte es la mejor política de igualdad social que puede existir, una prestación universal y gratuita, independientemente del nivel de renta de cada ciudadano.

Y una segunda recomendación es potenciar sectores que puedan generar riqueza duradera en nuestro país, y el sector farmacéutico claramente es uno de ellos. Hemos visto las inversiones que tiene nuestro sector en España, la riqueza que ya genera nuestro sector, y hemos visto también la que podría generar si se dan las condiciones adecuadas, las he compartido en

detalle con sus señorías. Todos los países luchan y van a seguir luchando por estas inversiones y nosotros tenemos que ser uno de los países ganadores. No siempre tienen que ganar los países del centro y del norte de Europa. Hablamos mucho de esos países porque no hemos sabido ganar suficientemente en el pasado. Por supuesto que tenemos que apoyar a los sectores tradicionales de nuestra economía, pero ya hemos visto que con eso no es suficiente, son necesarios pero no suficientes. Tenemos que ir más allá y apostar por la I+D, por la innovación y el conocimiento, es la única forma de mantener el estado de bienestar. Es evidente que el sector farmacéutico, el sector biomédico y el sector salud en general tienen un efecto dinamizador de las economías y creo que se puede afirmar que el sector salud en general es el nuevo motor del bienestar y la prosperidad de los países. Apostemos por él porque hay mucho que ganar en el ámbito sanitario y en el ámbito económico.

Dos últimas reflexiones. La primera es que no hay mejor euro invertido que el euro que invertimos en sanidad. La segunda reflexión es que ojalá que dentro de veinte años, o dentro de diez o quince años, al echar la vista atrás, veamos que esta terrible pandemia nos sirvió para tener una nueva visión y para caminar por un nuevo camino que nos permitió tener un modelo económico más productivo y competitivo. Nosotros, ahora, vamos a estar cien por cien focalizados en tener lo antes posible los tratamientos que nos

permitan curar a los pacientes que se infecten por el coronavirus y también un cien por cien de focalización en tener lo antes posible las vacunas para evitar que los ciudadanos se infecten, pueda volver la normalidad y pueda volver la recuperación económica. También seguiremos trabajando, por supuesto, para seguir trayendo a nuestro país el máximo de inversiones posibles.

Muchas gracias por su atención y estoy a su disposición para cualquier pregunta, duda o comentario que puedan tener ustedes.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias. A continuación, si le parece, damos la palabra a los grupos parlamentarios, y, como hemos hablado antes, tiene la palabra la representante del Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias al señor Martín Sellés por comparecer y, sobre todo, por aportar en su intervención tantos elementos tan importantes y tan esenciales para llegar, espero que sea así, a un consenso en materia sanitaria y en el futuro de nuestro sistema sanitario, ese sistema sanitario que consagró la Ley General de Sanidad como un sistema público y universal, para todos los ciudadanos, con equidad en el acceso. También decirle que le agradecemos y que se lo

traslade a todos los profesionales que ejercen su tarea en el sector farmacéutico, en la producción de medicamentos, de fármacos, que les traslade nuestro agradecimiento por ser un servicio esencial y demostrar que lo han sido, que lo han hecho bien y que, como usted muy bien decía, en este país el sector farmacéutico, la industria, también la distribución y las farmacias, hasta la pequeña farmacia del mundo rural, a la que quiero hacer desde aquí un homenaje, han estado ahí, al pie del cañón, todos los días de toda la pandemia, cuando estábamos los ciudadanos en esa fase tan tremenda que hemos vivido.

Usted ha hablado del medicamento, que es de lo que estamos hablando aquí, y usted representa una parte de lo que es el medicamento. Ustedes se dedican a la investigación, al desarrollo, a la producción y a la comercialización de fármacos. Ha hablado de las vacunas y ha hablado de la investigación que se está haciendo, donde está colaborando España de manera importante, pero sobre la producción, la producción de vacunas, yo la pregunta que le voy a hacer es: ¿Cree que vamos a estar preparados para producir las vacunas que autoabastezcan a nuestro país? Y le añado a eso que vamos a tener un otoño, no sabemos lo que va a pasar, pero vamos a tener un otoño donde van a concomitar infecciones virales, la gripe, y además otras infecciones virales, estoy pensando en virus respiratorio sincitial, y también bacterianas, como neumonías. Entiendo que desde las autoridades sanitarias,

nosotros lo estamos haciendo también desde el Parlamento, va a tener que haber recomendaciones específicas de vacuna de neumococo. ¿Qué extensión va a tener la vacuna de neumococo este año, la vacuna de la gripe? ¿Qué compras se están haciendo ya para la vacunación de la gripe? En España, por ejemplo, no se vacuna a niños, excepto niños que sean de riesgo. ¿Vamos a cambiar? ¿Qué va a hacer la autoridad sanitaria en España? Por lo tanto, este es un tema que nos importa mucho, las vacunas, es decir, esa capacidad que tendrá España, y ojalá que sean investigadores españoles los que puedan llegar a tener una vacuna que cure o que prevenga esta patología.

Y también decirle y aprovechar para preguntarle unas cuantas cosas más. Vacunas, por tanto, y usted ha hablado de los ensayos clínicos. Los datos de España son espectaculares, todos los ensayos clínicos que hay en materia de fármacos, en fase I, en fase II, etcétera, pero también los ensayos COVID, que España estamos a la cabeza en el COVID-19, como sabe, y a España corresponden 16 estudios que ya están aprobados. Como ha hablado del I+D+i y también del tema de los incentivos, cuando ha hablado ya de planteamientos de futuro, ¿cómo se puede incentivar que nuestras empresas del sector apuesten por el I+D+i, que no se vayan de nuestro país? ¿Cómo actualizaría usted el Plan Profarma? ¿Qué puede hacer la administración para impulsar y promover la investigación clínica? Yo creo que sí, no sé lo que opina usted, es decir, ¿usted cree que hay trabas en este momento, que sigue

habiendo trabas en el proceso de autorizaciones? Se ha demostrado en el COVID que las cosas se pueden hacer mucho más rápido, ¿por qué no lo hacemos en condiciones normales? ¿Cuántos ensayos están en España en fase I, en fase II, en fase III, relacionados con COVID, si los tenemos? ¿Y en el resto, con carácter general? Creo que hay un desconocimiento profundo, y quiero que los dé usted, yo no los voy a dar, que yo no soy quien ni tengo autoridad.

Siguiente tema, ¿cómo valoraría la creación de un comité de ética de la Unión Europea en investigación clínica? ¿Cree usted que se debe dar más formación al personal sanitario en atención primaria y en hospitales en cuanto a investigación clínica? ¿Considera o ha pensado que entre las vacunas candidatas en fase preclínica...? Como sabe, hay centros como el Centro Nacional de Biotecnología o el CSIC, ¿existe colaboración de ustedes con ellos en este momento y, si es así, nos la puede contar? También me gustaría preguntarle por los acuerdos con el Carlos III, que sabe que para mí es una institución importantísima. Y también preguntarle por el convenio entre Farmaindustria y los ministerios de Hacienda y Sanidad, que vence el día 30 de junio, o sea, dentro de nada, si nos puede usted contar cómo está, si se va a renovar por parte de la autoridad sanitaria española, si no se va a renovar.

Y, por último, con permiso de la presidenta, preguntarle dos cosas más. La relación con las asociaciones de pacientes. Me consta que esto está ya en la cultura de lo que usted representa, de la industria farmacéutica española. ¿Cómo está la colaboración en el área de formación, especialmente en patologías prevalentes? Y también nos ha hablado del medicamento como parte, yo también lo comparto con usted, parte esencial de los años de vida ganados y años de calidad de vida ganados, que se debe a muchas cosas. En España, como sabe, se debe al agua potable, a la eliminación de excretas, a la alimentación, a cuidar nuestro medio ambiente, que espero que lo cuidemos más, y también a los medicamentos. Cuando empezamos a ejercer la medicina, el ácido clavulánico no existía, como bien sabe, o hablábamos del tratamiento para la hepatitis B, y hemos visto con admiración cómo somos capaces de curar patologías, por lo tanto, les debemos muchísimo a los medicamentos y, por tanto, tenemos que apostar por la innovación. ¿Qué opinión tiene de la evaluación de cuánto tiene que valer un fármaco? Sabe que yo soy una defensora de tener una institución semejante al NICE, donde se pueda hacer una valoración de lo que aporta realmente la innovación, que la innovación es mucha y muy importante. ¿Qué aporta un nuevo fármaco? E el debate que siempre hemos tenido. Una cosa es cambiar un trans de sitio y otra es la innovación terapéutica de verdad. ¿Cómo evaluar lo que aporta

el fármaco, como lo hacen en otros países y donde creo que nosotros tenemos mucho que avanzar?

Y lo siguiente, y último, aporta mucho el fármaco, la innovación y cada año tenemos fármacos que curan patologías. Respecto a la sostenibilidad en el futuro y la evaluación de fármacos que llevan años en el mercado pero que no evaluamos, si usted sería partidario de también evaluar lo que ya tenemos, no solo evaluar la innovación, que tenemos que hacerlo por ley, por directiva comunitaria, sino también cómo evaluaríamos esto y el papel de los biosimilares.

Y he agotado la paciencia de todos, espero que pueda usted venir más veces por aquí y poderle hacer más preguntas. Nosotros tenemos cuatro minutos, yo he tenido seis y se lo agradezco a la presidenta, pero me gustaría tenerle por aquí alguna vez más para poder hacer un monográfico, especialmente de evaluación de fármacos. Y agradecerle, de verdad, y transmita a todos los profesionales del sector el agradecimiento de los españoles, porque, afortunadamente, como usted ha dicho, en esta crisis, si algo ha funcionado bien, y en los informes del propio Ministerio de Sanidad que ha aportado a la Unión Europea (**La señora presidenta: “Señora Pastor: “Si le parece...”**). Sí, termino. En los informes que aportó el Ministerio de Sanidad se señalaba que nuestro abastecimiento de fármacos

no ha fallado en ningún momento, por lo tanto, hay cosas que han funcionado bien. Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Continuamos con los grupos. A continuación, la representante del Grupo Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Gracias, señor Sellés. En relación con su intervención, las explicaciones que nos ha dado, alguna consulta.

En relación con las reservas estratégicas, en el ámbito de la gestión de las respuestas a la crisis sanitaria, no sé si podría ampliar algo la información. Querríamos saber cuál sería, a su juicio, el rol que en este ámbito debería jugar la industria farmacéutica. Usted ha hecho algún planteamiento y ha dicho que en breve tendrán o que harán esos planteamientos al Ministerio. No sé si podría ampliar el planteamiento o esas propuestas en qué consisten.

En segundo lugar, en el ámbito de la gestión de las autorizaciones administrativas o farmacéuticas, de farmacia, y en relación con la Agencia Española del Medicamento y de productos sanitarios, ¿qué propuestas tendría para la agilización de la aprobación, la autorización de algunos medicamentos? Ahora se ha visto que se ha podido agilizar, efectivamente, pero tal vez, en otros casos, es una barrera para avanzar con más agilidad.

Y en cuanto al problema de abastecimiento de medicamentos, parece que efectivamente a lo largo de la pandemia no ha habido ese desabastecimiento. Yo creo que en oficinas de farmacia sí que se ha detectado que ha habido desabastecimiento de algunos fármacos, aunque, bueno, se entenderá comparativamente con lo que es habitual que no ha sido así, pero sí hay desabastecimiento de fármacos, de medicamentos, no sé si en otras situaciones también. No sé si tiene algunas propuestas que realizar.

En tercer lugar, en relación con la política industrial, usted decía que habría que adaptar algunas cuestiones. Nos gustaría saber si tiene planteamientos que realizar en cuanto a ese proceso de reindustrialización de Europa que decía usted, cuáles serían esas medidas que tendrían que adaptarse. Nosotros consideramos que la política industrial tiene que ir avanzando en el ámbito de la estrategia de especialización RIS3, donde entiendo que tendrían un espacio. No sé si tendría propuestas concretas para realizar.

En cuarto lugar, en el ámbito de la vacuna, que es algo determinante en el contexto de la pandemia que estamos analizando ahora. Usted comentaba que es un compromiso de toda la industria farmacéutica mundial producir a gran escala, sin ánimo de lucro, esas vacunas. Si así fuera, entendemos que el coste de adquisición de esas vacunas sería relativamente accesible. ¿O de qué depende? ¿Cuáles son los determinantes que harían que

fuera más o menos accesible? Porque esta misma mañana otra ponente decía que incluso habría que avanzar en la coalición de demandantes de la vacuna para lograr precios mejores. No sé si nos puede dar su opinión a este respecto.

Y, por último, en relación también con el derecho universal a la salud, le formularía una pregunta que a algún otro ponente le he formulado también. ¿Dónde está el equilibrio, por ejemplo, en el contexto de una crisis sanitaria como la de esta pandemia, entre el régimen de propiedad intelectual y las patentes de quienes han invertido cantidades ingentes de dinero, y usted nos ha dado algunas de esas cifras millonarias de la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos, el equilibrio entre ese derecho y el derecho universal a la salud, sin quebrantar, entendemos, la expectativa de beneficio que todo inversor legítimamente pueda tener, pero cuidando y velando también por el derecho universal a la salud? Gracias. Disculpe, solo una cosa. Me tendré que ir antes, pero podré leer sus explicaciones en la transcripción. Gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. A continuación, por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos.

El señor **DÍAZ GÓMEZ**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias por su comparecencia. Quiero empezar diciendo que ha habido unas

constantes durante toda esta pandemia, tanto en la Comisión de Sanidad como en comparecencias de otros representantes públicos, ha habido una cuestión unánime. Una era el gran comportamiento del personal sanitario en España, también de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de todos los que han hecho frente al coronavirus, pero también ha sido una constante el destacar la buena labor del sector al que usted representa, que ha sido sometido a muchísima tensión pero no ha llegado a producir ningún efecto, que hubiese sido devastador, de desabastecimiento. Así que, en ese sentido, creo que el sector que usted representa es un motivo de orgullo también para todos nosotros. Dicho esto, quería hacerle una serie de preguntas. Voy a intentar consumir el menor tiempo posible para que tenga usted tiempo para responder, que quedan más portavoces para preguntarle.

Por no reincidir, no voy a repetir cuestiones que ya se han dicho. ¿Cómo cree usted que debería tratarse o debería retocarse el Plan de Resistencia a los Antibióticos, el PRAN, si cree que tras esta pandemia debería retocarse? ¿Qué información tiene usted? ¿Sabe si se han generado muchas resistencias? ¿Le ha llegado información en ese sentido a su sector? Y lo mismo con el plan de vacunación. A este respecto, nos preocupa una noticia que hemos conocido que es que España queda fuera, al menos en inicio, de una alianza para la fabricación en masa de la vacuna contra el

coronavirus. Es cierto que solo hay cuatro países, en principio, pero querría saber si usted me puede dar luz sobre esta cuestión.

Por otro lado, usted representa a empresas españolas y de muchos otros países. ¿Cómo es el ecosistema legislativo español con respecto a la colaboración público-privada? Es decir, ¿tiene usted noticia de que se produzcan, por ejemplo, más mecenas, por decirlo así, más donaciones desde el sector privado para la investigación en otros países que en España? ¿O España está bien en esta cuestión? ¿Y cómo valoraría el articular una ley de mecenazgo, o como se quiera llamar, para facilitar y garantizar la seguridad jurídica en este tipo de aportaciones?

Se lo han preguntado, pero se lo voy a preguntar de otro modo. ¿Cómo es la burocracia en España desde que un medicamento está listo, o ustedes consideran que está listo, hasta que se puede hacer un uso eficiente sobre los pacientes? Y el resto de preguntas es que ya se las han hecho otros portavoces, así que no consumo más tiempo. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): A continuación tiene la palabra el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

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

Usted nos ha comentado que han puesto en marcha muchos ensayos clínicos para buscar vacunas, para buscar tratamiento, y ha hablado de la posibilidad de un precio asequible en el caso de la vacuna, dada esta colaboración de la administración con las empresas farmacéuticas, o sea, una colaboración público-privada en la que imagino que el peso del dinero público es importante, por distintas vías. Entonces, ¿opinan ustedes que el montante de esa inversión pública debe verse reflejado en el precio final del fármaco?

Y otra pregunta. El proceso de investigación de una molécula, el proceso completo, desde que se empieza a investigar hasta que al final acaba, si es que acaba, en un producto farmacéutico, en un fármaco, ¿usted piensa que todo ese proceso debe ser transparente en el sentido de conocer el coste real del proceso y poder compararlo con el precio del producto en el mercado, que muchas veces es dispar? Estas son las preguntas. Gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario de Vox.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Buenas tardes. Desde el Grupo Parlamentario de Vox estamos con usted muy de acuerdo en que el mejor euro gastado es el gastado en sanidad y, por supuesto, en investigación

farmacéutica, porque es, además, lo que en el fondo más prosperidad y más riqueza da a España a través de la salud de los españoles, como es lógico. Además, también reconocemos que los grandes avances en la lucha con las enfermedades más mortales e invalidantes han venido siempre gracias al esfuerzo y a la inversión de la industria farmacéutica.

El incremento en la esperanza de vida, lógicamente, se debe, últimamente, en un 70 % a los fármacos, y es algo que yo quería hoy destacar frente a tanta demagogia fácil que hay de criminalizar o señalar a la industria farmacéutica como una especie de conspiradores, que lo único que les interesa es ganar dinero y tal. Creo que ustedes hacen una labor impagable a la sociedad, por el bien común, y sobre todo, en general, han tenido un comportamiento admirable, tanto ustedes como los farmacéuticos, a lo largo de esta pandemia o de este virus chino que nos ha venido y no nos cabe la menor duda de que van a seguir haciéndolo, y por eso tenemos las esperanzas puestas en que pronto puedan ustedes encontrar una vacuna. En nuestro nombre y en el de todos los españoles, por eso queremos dar las gracias por todas las investigaciones que ustedes realizan.

La crisis actual que pasamos por la epidemia del coronavirus de Wuhan creemos que no es una crisis de tratamiento sino que es, más bien, una crisis de falta de prevención y de salud pública. Y estando como estamos,

con el diagnóstico y el tratamiento que ustedes ofrecen, nos gustaría hacerle una serie de preguntas.

En primer lugar, ¿han observado una disminución de consumo de medicamentos contra el cáncer durante esta epidemia? ¿Qué consecuencias económicas y científicas tiene para la industria farmacéutica occidental la copia de fármacos por parte de países como India o China? ¿Cuántos fármacos contra el cáncer han sido puestos en el mercado por el mundo occidental en los últimos años y cuántos han sido puestos en el mercado también por China?

Se hace mucho hincapié en los fármacos genéricos y creemos, bueno, sabemos que un 80 % de los genéricos que se consumen en España vienen de India o de China. Mientras que los alimentos tienen trazabilidad y la conocemos, ¿cómo podemos asegurarnos la trazabilidad y calidad de todos esos genéricos que vienen de fuera y sobre todo de países tan opacos y que a veces tienen tan pocas garantías en cuanto a la elaboración y a los controles de calidad de sus productos como estos dos? ¿No sería mejor que la industria occidental no tuviera dependencia de estos países a la hora de adquirir estos medicamentos?

¿Está de acuerdo en que la investigación en fármacos antimicrobianos se ha debilitado en los últimos años? ¿Cómo la mejoraría? Nosotros creemos que es la competitividad con búsqueda de beneficio la que potencia la

invención farmacéutica, por lo tanto, la competitividad es un requisito para tener mejores medicamentos. Sin embargo, en estos momentos de emergencia mundial, nos gustaría saber qué medidas están tomando las compañías para establecer consorcios de cooperación entre la propia industria y las agencias públicas.

Y luego, una última pregunta que tiene en cierto modo que ver con esto y especialmente también con el estado de alarma. ¿Cree usted que la telemedicina ha podido disminuir la calidad de la atención en los ensayos clínicos? Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias. Bienvenido, don Martín Sellés, a este Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública, bienvenido también a la Comisión de Reconstrucción Económica y Social de España, por lo tanto.

Antes de nada, quiero sumarme a sus palabras de condolencia a todas las familias de los pacientes que han muerto a consecuencia de esta enfermedad, de la COVID-19, pero también, por supuesto, pues a todos los

profesionales sanitarios que la han sufrido. Nuestros ánimos y nuestras condolencias y nuestros pésames a sus familias.

Quisiera agradecerle también su colaboración y su trabajo coordinado con el Gobierno de España. Quisiera también hacer una mención especial a los pacientes. Yo pertenezco a una de esas profesiones esenciales relacionadas directamente con el medicamento, y hay que poner en valor que los pacientes en nuestro país han tenido acceso a su medicación sin ninguna incidencia diferente a las que se producían antes de esta pandemia, y eso hay que ponerlo en valor porque influyen directamente la industria farmacéutica, la distribución y, por supuesto, las oficinas de farmacia, con sus profesionales al frente, que garantizan que el paciente tenga su medicación allá donde vida. También hay que poner en valor el papel de la Agencia Española del Medicamento y Producto Sanitario por facilitar que todos los medicamentos que recibimos las españolas y los españoles sean seguros y eficaces y tengan los controles necesarios para que podamos utilizar nuestros medicamentos con toda la seguridad.

Quisiera hacerle un par de preguntas nada más. ¿Cómo hacer posible en la práctica más y mejor investigación y ensayos clínicos en España? Y la otra pregunta es que cómo cree usted que debe orientarse el Plan Profarma en esta nueva etapa, y en esta pregunta pues me agrada coincidir con Ana

Pastor en conocer su opinión sobre lo que acabo de decir, sobre cómo hacer mejor el Plan Profarma.

Y finalizo diciendo que nuestro grupo parlamentario está en la mejor disposición de buscar acuerdos en este Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública. Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias. Señor Sellés, si tiene usted la amabilidad. Sé que se han planteado muchas cuestiones, no tenemos mucho tiempo, pero yo le aviso cuando nos falten dos minutos.

El señor **SELLÉS FORT, MARTÍN** (Presidente de Farmaindustria): Muchas gracias por todos los comentarios y agradecimientos y por las preguntas, que muestran su conocimiento del tema y el interés.

Quizá empiezo por el tema de las vacunas porque prácticamente todos ustedes han tenido algún comentario o alguna pregunta sobre las vacunas. Nosotros lo que estamos intentando en el entorno de las vacunas son tres cosas. Primero, traer ensayos clínicos de esas vacunas a nuestro país, porque de alguna manera los voluntarios sanos que participen en esos ensayos clínicos, bueno, pues serán ya personas que estarán inmunizadas. Piensen ustedes que algunos de esos ensayos clínicos, sobre todo los de fase III, van

a ir a ENEs de voluntarios sanos muy grandes; hablamos de entre 30 000 y 100 000 pacientes los que se puedan incluir en un ensayo clínico de fase III de una sola de las vacunas, por tanto, muchas decenas de miles de pacientes podrán tener de alguna manera acceso a esas vacunas ya por la vía del ensayo clínico. No va a ser fácil porque también todos los países quieren que hagamos esos ensayos clínicos en sus respectivos países, lógicamente, pero España está muy bien posicionada. Las compañías farmacéuticas que estamos desarrollando vacunas estamos trabajando con agencias, estamos trabajando con el Ministerio, para conseguir traer algunos de esos ensayos clínicos a nuestro país, y ya les puedo adelantar que vamos a tener éxito y que algunos de esos ensayos clínicos van a realizarse en nuestro país.

El tema de la producción es un tema también muy relevante porque uno no crea una planta de producción de vacunas de la noche a la mañana, es decir, se tiene o no se tiene, y, evidentemente, tenemos las que tenemos. Nosotros en lo que estamos trabajando es en hacer todo lo posible para que algunas de las fases de producción de algunas de las vacunas se realicen en plantas de compañías que operan en nuestro país, por ejemplo, que el *fill & finish* de las vacunas, el llenado de los viales y el *packaging* de las vacunas se realice en nuestro país. A eso es a lo que aspiramos y creo que también lo vamos a poder conseguir porque hay dos o tres compañías que operan en nuestro país que tienen unas buenas capacidades para hacer eso. Pero fíjense

ustedes que las que se vayan a consumir en Estados Unidos se producirán en plantas en Estados Unidos, las que se vayan a producir en Europa, en plantas en Europa, y en Asia-Pacífico, pues lo mismo. Por tanto, a día de hoy, estamos trabajando cada día para que parte de esa producción venga a nuestro país.

De todas maneras, tenemos que tener claro que un país no va a tener acceso a la vacuna solo por el hecho de que la vacuna se produzca en ese país, por supuesto, porque las vacunas no se van a producir en todos los países, solo en algunos países, y nos tenemos que asegurar de que los países que no tienen esa producción también puedan disponer de las vacunas como los que tienen producción. Por lo tanto, evidentemente, eso es una responsabilidad de las compañías farmacéuticas, también de la Comisión Europea y también de la Organización Mundial de la Salud, la responsabilidad de que las dosis disponibles que existan de las vacunas se repartan según criterios adecuados que establezcan las autoridades sanitarias, y serán las autoridades sanitarias europeas las que digan, en función de las vacunas disponibles a día de hoy, que las vamos a repartir de esta u otra manera en los distintos países, en función de unos criterios determinados.

Comentaba el diputado de Ciudadanos un tema que es a tener en cuenta. Se ha generado, efectivamente, ante la sorpresa de muchos, una alianza entre cuatro países, que son Holanda, Alemania, Francia e Italia, que

podría parecer que quieren ir por libre. Bueno, evidentemente, no creemos que esa sea la aproximación más adecuada. Nosotros entendemos que hay dos aproximaciones adecuadas. La mejor es que sea Europa, que sea la Comisión Europea la que “negocie” con las compañías farmacéuticas que tengan las vacunas disponibles y que sea la Comisión Europea, como he dicho antes, la que decida, junto con la OMS, cómo se reparten esas dosis disponibles, y creo que el Gobierno español está por apoyar esa aproximación. Si eso no fuera posible, creo que la segunda mejor aproximación es que cada gobierno de cada país negocie con las compañías que estime oportuno cuántas dosis quiere comprar para cada país. Porque estas alianzas que se generan fuera de la Comisión Europea, si uno forma parte de la alianza, bien, si uno no forma parte de la alianza, pues puede ser peligroso. Por tanto, si tenemos una Europa, si tenemos una Comisión Europea, pues, caramba, lo lógico sería que articuláramos todo ese mecanismo a través de la Comisión Europea, y, desde luego, creo que las compañías farmacéuticas, en general, que están desarrollando vacunas apuestan por esa aproximación, por tanto, ojalá que tenga éxito esa aproximación. Aquí el objetivo es que prevalezcan criterios objetivos sobre cómo se distribuyen las vacunas disponibles. No puede ser que porque un país sea más poderoso y otro sea menos poderoso consiga más vacunas o

consiga menos vacunas, y, desde luego, las compañías farmacéuticas, en la medida de nuestras posibilidades, trabajaremos para que eso sea así.

Efectivamente, podemos vivir en otoño, y ojalá que no sea así, pues un momento a lo mejor complicado porque podría llegar a unirse, digamos, toda la epidemia de la gripe que tenemos muchos otoños con un rebrote del COVID, y eso sería un escenario pues nada fácil de manejar. Yo creo que también el Ministerio y la Agencia están teniendo eso en cuenta, están viendo que esa posibilidad puede existir y, evidentemente, están haciendo todo lo posible para abastecerse adecuadamente, no solo de las vacunas de la gripe sino también, evidentemente, de las del COVID cuando éstas existan.

Con respecto a las vacunas, quiero que ustedes entiendan que nosotros conocemos más el entorno de las vacunas que se están desarrollando en las compañías farmacéuticas. Somos menos conocedores de aquellas vacunas que se están desarrollando en los ámbitos de instituciones públicas, lógicamente, porque es una información confidencial que no se comparte con nosotros. A nosotros lo que nos gustaría es que cuantas más vacunas existan, mejor. Ojalá que muchas compañías farmacéuticas tengan éxito en el desarrollo de esas vacunas y ojalá que muchas instituciones públicas, como el CSIC, tengan éxito también en el desarrollo de las vacunas, porque cuantas más, mejor, aunque, insisto, el reto es tener vacunas pero también tener capacidad de producción, y esa capacidad de producción, por ahora, la tienen

las compañías farmacéuticas, que llevan décadas desarrollando vacunas y produciendo vacunas. Estamos hablando de producir unos 10 000 millones de dosis si la mayoría de las vacunas necesitan dos dosis en vez de una. Hablábamos antes de 5000 o 7000 millones pensando que se necesitarían una única dosis; si necesitáramos dos dosis, realmente necesitaríamos pues 10 000, 12 000, 14 000 millones de dosis. Pero, bueno, yo soy razonablemente optimista, creo que los datos preclínicos que se conocen de algunas vacunas son muy positivos y nos hacen intuir que lo que vamos a ver en la clínica con las personas es lo que hemos visto en la preclínica y, por tanto, tendremos vacunas eficientes, seguras y con unas cantidades suficientes. Eso lo vamos a saber a finales de este año o principios del año próximo.

Otro punto que ha surgido desde casi todos los grupos es el tema de los ensayos clínicos, relacionados con el COVID o no relacionados con el COVID. Realmente, ¿por qué nosotros hemos sido capaces de poner 80 ensayos clínicos en marcha relacionados con el COVID? Hombre, porque teníamos en España ya una estructura muy buena en los hospitales públicos, en los hospitales privados, y una rapidez en la aprobación de la Agencia que nos ha permitido hacer esto, esto no es flor de un día. Si nosotros no tuviéramos las estructuras adecuadas y el entrenamiento de nuestros profesionales, públicos y privados, en hacer esto, no lo habiéramos podido

hacer, sencillamente. Fíjense, somos el país número uno de Europa en ensayos clínicos puestos en marcha y el cuarto a nivel mundial, y eso es porque nosotros teníamos, si me permiten la expresión, toda una maquinaria que ya funcionaba muy adecuadamente.

En la realización de los ensayos clínicos, sean del COVID o no sean del COVID, básicamente hay tres criterios: uno es fundamentalmente la calidad de los investigadores, otro es el tiempo y otro es el coste. Nosotros, en España, en los tres criterios estamos bastante bien, somos bastante rápidos a la hora de poner en marcha esos ensayos clínicos, somos bastante rápidos. ¿Se puede ser más rápido? Se puede ser más rápido, pero somos bastante rápidos. ¿Tenemos una buena calidad de nuestros investigadores clínicos? La tenemos, los investigadores clínicos son los médicos de los hospitales, que además de su práctica clínica hacen ensayos clínicos. Y el coste es un coste también competitivo. Porque esto de a dónde va la investigación clínica entre los distintos países, aquí hay poco de capricho, aquí son todo indicadores, KPIs, criterios objetivos, y evidentemente, si eres rápido, si tienes calidad y tienes unos costes asumibles, traes más ensayos clínicos a tu país, así de sencillo. Fíjense que fuera del COVID, muchas de nuestras multinacionales farmacéuticas tienen a España como segunda potencia mundial en recursos dedicados a ensayos clínicos. Hay varias compañías farmacéuticas que solo en Estados Unidos y China tienen más recursos que

España en investigación clínica. Eso es realmente llamativo, el que España tenga más recursos que Alemania, que Francia, que Japón, que China en algunos casos, y, por tanto, creo que es algo de lo que nos tenemos que sentir especialmente orgullosos.

Ustedes piensen, y perdonen porque, claro, puedo hacer un monográfico de los ensayos clínicos. Como decía doña Ana Pastor, puedo venir otro día a hablar de algunos de estos temas. Pero es que, claro, los ensayos clínicos tenemos que entender o ustedes tienen que entender todos los beneficios que tienen. El ensayo clínico es ingresos para los hospitales, que a nadie le viene mal; es reputación para los investigadores clínicos, que publican en revistas internacionales y publican como los grandes líderes de opinión mundial; y en tercer lugar, muy importante, los ensayos clínicos son una nueva esperanza para muchos pacientes, pacientes que se incluyen en ese ensayo clínico, pacientes que habían fracasado en todos los tratamientos existentes y que gracias a que han sido incluidos en ese ensayo clínico siguen vivos, porque seguramente si no hubieran sido incluidos en ese ensayo clínico, pues a lo mejor morirían, por tanto, el ensayo clínico para el paciente es un acceso temprano a una medicación a la que, si no estuviera en el ensayo clínico, no podría tener acceso. Luego, además, desde el punto de vista de costes, piensen ustedes que toda esa medicación que se da para los ensayos clínicos es medicación que las compañías dan a coste cero, es gratuita, por

tanto, también genera un ahorro para los hospitales porque el paciente que está en el ensayo clínico con medicación gratis no tiene que consumir otra medicación, que tiene un alto coste en muchas ocasiones. Por lo tanto, cuando hablamos de la importancia de la investigación clínica, imagínense ustedes los aspectos tan positivos que tiene la investigación clínica.

¿Por qué decimos que aún podríamos traer más investigación clínica a nuestro país? Porque la investigación clínica está muy focalizada en determinadas comunidades autónomas, está muy focalizada en cuatro o cinco grandes comunidades autónomas, no hace falta nombrarlas aquí. La cuestión es que tenemos diecisiete comunidades autónomas y hay muchas de ellas que tienen una participación muy escasa en los ensayos clínicos. Entonces, si en esas otras siete u ocho comunidades autónomas nosotros fuéramos capaces de hacer lo que ya hacemos en las cuatro o cinco, que hacen mucho, pues, evidentemente, podríamos traer muchas más inversiones a nuestro país y muchos más pacientes, que están en situaciones muy complicadas, se podrían beneficiar de participar en esos ensayos clínicos.

He apuntado cinco páginas de preguntas y estoy en la primera, pero, bueno. La incentivación de la I+D+i, el Plan Profarma. Vamos a ver, el Plan Profarma claro que ayuda, y en el Plan Profarma estamos trabajando con distintos ministerios, fundamentalmente con el Ministerio de Industria, para ver cómo lo podemos mejorar y para ver cómo podemos ayudar a que las

compañías puedan traer más inversiones a nuestro país. Pero, realmente, lo que marca las inversiones que traemos a nuestro país es, sí, el Plan Profarma, que es un elemento que ayuda, pero también es cómo los gobiernos de los distintos países reconocen a las compañías que hacen I+D en el país, cómo reconocen a la innovación, cómo facilitan el acceso de los pacientes a los fármacos innovadores, y alguno de ustedes ha preguntado también por este tema. Piensen que la mayoría de los fármacos, en muchos casos, se aprueban primero en Estados Unidos, los aprueba la FDA, un año después llegan a Europa, los aprueba la agencia reguladora europea, y después de que lo aprueba la agencia reguladora europea, empieza todo el proceso, alguno lo ha llamado burocrático, yo lo llamo administrativo, para que sea aprobado en nuestro país, y a veces pasan seis meses, pasan doce meses, pasan dieciocho meses y el fármaco no está disponible para los pacientes, entonces, esa es un área que, evidentemente, tenemos que mejorar. Lo hemos mejorado, no quiero transmitir ninguna sensación de que estemos especialmente mal con eso, pero efectivamente es un área donde podemos mejorar.

Los *headquarters* de nuestras grandes multinacionales miran mucho eso y eso es un criterio muy importante a la hora de que nosotros podamos defender el traer inversiones a nuestro país. El acceso a los medicamentos innovadores tendría que ser un poco más rápido de lo que es a día de hoy.

¿Y por qué no lo es, muchas veces? Pues por toda esta cuestión de compatibilizar el acceso a la innovación con la sostenibilidad del sistema sanitario. Yo creo que las autoridades sanitarias en los últimos bastantes años lo han hecho bastante bien cuando, como he señalado antes, lo que dedicamos en 2018 está en el nivel de lo que dedicábamos en 2009, por tanto, hemos tenido más pacientes, más y más pacientes crónicos, más y más pacientes mayores, hemos tenido fármacos innovadores y, bueno, a la administración, a los pagadores les está costando en 2018 lo mismo que les costaba en 2009, parece algo razonable. Y nosotros siempre hemos hecho todo lo posible para compatibilizar ese acceso a la innovación con la sostenibilidad del sistema sanitario.

Se preguntaba antes por el convenio del Gobierno con Farmaindustria. Nosotros empezamos este convenio gobernando el Partido Popular y lo continuamos, en los dos últimos años, gobernando el Partido Socialista. ¿En qué momento estamos ahora? Estamos en el momento de que cuando empezó el año nos dimos un tiempo para negociar las condiciones de un nuevo convenio, entonces llegó el COVID y, evidentemente, ha habido otras prioridades, razonablemente, para todos, por tanto, ahora estamos pendientes de sentarnos otra vez a la mesa con el Ministerio de Sanidad y con el Ministerio de Hacienda para, en este nuevo entorno, ver cuáles tendrían que ser las condiciones de ese convenio. Pero la industria siempre ha hecho todo

lo posible para compatibilizar el acceso de los pacientes a los fármacos innovadores con la sostenibilidad del sistema sanitario.

Nosotros somos los primeros interesados en que el sistema sea sostenible, es decir, si el sistema no es sostenible, tenemos un problema, pero también, evidentemente, nos tenemos que preguntar si el sistema es sostenible dedicando solo un 6 % de nuestro PIB al sistema sanitario público. Ustedes saben que la mayoría de los países de nuestro entorno dedican el 7 %, el 7,5 % o el 8 %, y por eso uno de mis puntos y una de nuestras recomendaciones era, por lo menos, dedicar un 7 % del producto interior bruto a nuestro sistema sanitario público. Evidentemente, un punto de nuestro PIB son 10 000 millones de euros y no podemos llegar a eso de la noche a la mañana, pero sí que creo que había un plan para, a lo largo de esta legislatura, en el año 2023, poder estar dedicando un 7 % en vez de un 5,8 % o un 5,9 %, que es donde estamos ahora. Si realmente el euro mejor invertido es el euro que se dedica a sanidad, pues creo que los gobiernos tienen que ver y analizar cuáles son las prioridades de los ciudadanos e invertir en función de esas prioridades. Yo creo que la prioridad número 1 es la sanidad, la número 2 es la educación, o al revés, como ustedes quieran, en este momento seguramente es la sanidad, y, claro, dedicar solo un 6 % del PIB a la sanidad pública es algo que tenemos que debatir y sobre lo que tenemos que pensar.

En fin, estoy, por supuesto, a su disposición para poder profundizar en todos estos temas que se han quedado un poco en el tintero. Sí, desarrollo de vacunas sin ánimo de lucro, y eso significa que se pondrán a disposición de las autoridades sanitarias y de los pacientes básicamente al precio de coste, a lo que haya costado desarrollarlo y producirlo, por tanto, ni una sola persona, ni un solo paciente no va a tener acceso a la vacuna por un tema de costes. Esto es algo que les puedo asegurar porque eso es un acuerdo de la industria farmacéutica a nivel mundial, es decir, que el precio sea asequible y que el acceso sea totalmente equitativo, pero para eso tenemos que tener las vacunas y tenemos que tener esa capacidad de producción.

Reservas estratégicas. Lo que nosotros decimos es: definamos con el Gobierno, con la Agencia Española del Medicamento, cuáles son los medicamentos esenciales para una emergencia sanitaria, ya no solo pandémica sino para una emergencia sanitaria, definamos cuál es esa lista de medicamentos esenciales, veamos las posibilidades de producir esos medicamentos o parte de esos medicamentos en nuestro país y veamos también las posibilidades de tener siempre un stock de seguridad para, si nos enfrentamos a una nueva emergencia sanitaria, poder tener disponibles todos esos medicamentos y todas esas dosis.

Por último, de verdad, agradecer sus amables palabras, en general, al reconocer el trabajo que el sector ha hecho consiguiendo que esos 25

millones de españoles tuvieran todos los días su medicamento para tratar su enfermedad habitual. Piensen que si hubiera habido un desabastecimiento de medicamentos importantes, los pacientes hubieran recaído, los pacientes hubieran tenido que ir a los hospitales, y los hospitales, que estaban con un cierto colapso, hubieran colapsado más. Por lo tanto, yo creo que nuestro sector ha hecho las cosas razonablemente bien, en coordinación con la Agencia, en coordinación con el Ministerio, y hemos podido ser capaces de darles a esos 25 millones de españoles cada día el medicamento que necesitaban.

Y ahora, pues ojalá que con esos 80 ensayos clínicos que hemos puesto en marcha, más bien pronto que tarde, pensamos que también en octubre o noviembre, tengamos datos suficientes para ver cuál es la mejor forma de tratar a los pacientes infectados. Ya ven ustedes que no vamos a tener un medicamento milagroso que nos cure en cinco días, seguramente lo que vamos a tener es una combinación de medicamentos que, utilizados adecuadamente, van a evitar que el paciente evolucione hacia la gravedad y, por tanto, van a evitar que el paciente llegue a la UCI, que eso es lo importante por ahora, y cuando tengamos la vacuna, pues, evidentemente, lo que vamos a conseguir es evitar que esos pacientes se infecten. Esa es nuestra responsabilidad y eso es lo que vamos a seguir haciendo en el día a día, evidentemente, con la ayuda y la colaboración de los profesionales

sanitarios, de las instituciones públicas y de todos ustedes, y es un placer poderlo hacer, sinceramente.

Creo que sí que es una desgracia que nos hayamos tenido que enfrentar a esta pandemia para que hayamos aprendido determinadas lecciones. Yo he cifrado algunas de esas lecciones que creo que son indiscutibles. No podemos tener un P&L, una cuenta de resultados, por ministerio, tenemos que tener un P&L de gobierno, de conjunto de ministerios. Porque creo que el gran error, un poco histórico, es que el dinero que dedicábamos a sanidad hablábamos de gasto y no de inversión, el dinero que dedicábamos a medicamentos hablábamos de gasto y no de inversión, y creo que lo tenemos que ver todo eso más como una inversión que como un gasto. Para eso es necesario tener una cuenta de resultados a nivel global, no ministerio por ministerio. Bueno, lo iremos viendo y lo iremos consiguiendo. Muchas gracias por su atención.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias a usted por estar aquí hoy con nosotros, por darnos toda esa información, toda su opinión, y esperamos estar a la altura de las circunstancias. Muchísimas gracias, de verdad, y siento la brevedad de tiempo.

Yo quiero aclarar a todos los miembros de la Comisión que todos hemos recibido en nuestros correos, todos los que formamos parte de la

Comisión, la documentación que se ha aportado por parte del presidente, pero, como no ha llegado al correo del Congreso, no está aquí impresa, entonces, se volverá a enviar por correo a todos otra vez. Muchísimas gracias.

- DEL SEÑOR FERNÁNDEZ DÍAZ (EXVICECONSEJERO DE SANIDAD DEL GOBIERNO VASCO).

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ, JESÚS MARÍA** (Exviceconsejero de Sanidad del Gobierno Vasco): Muchísimas gracias. Señora presidenta, señoras y señores diputados, me toca hablar a las tres de la tarde, después de un montón de comparecencias, muy interesantes, y voy a tratar de mantener su atención durante unos minutos más hablando de un tema que me apasiona que es la mejora del Sistema Nacional de Salud, de la sanidad española, en el que vengo trabajando durante muchos años, algunos pensaran que demasiados.

Me pidieron que me presentara un poco, y esta es mi tarjeta profesional. Soy médico, especialista en Medicina de Familia y en Salud Pública. Trabajé como asesor del fallecido consejero Azkuna, después alcalde de Bilbao, e hicimos allí una reforma de la sanidad vasca que se llama Osasuna Zainduz, donde ya poníamos en marcha una serie de medidas sobre

las cuales, pues 25 años después, vamos a seguir incidiendo hoy, como modernizar la gestión de la sanidad pública con nuevas fórmulas administrativas y de gestión que permitan obtener los resultados que todos deseamos con los recursos que dedicamos a la sanidad. Trabajé también en el Banco Mundial, en Estados Unidos, en proyectos de inversión y de políticas sanitarias en diversos países. He sido director de una multinacional tecnológica, Oracle, llevando el área de salud y ciencias de la vida, y estuve durante cuatro años, hasta el año pasado, aquí, en el Congreso de los Diputados como diputado por Navarra. Así que les deseo todo el éxito en esta Comisión porque el trabajo es importante, hay muchas cosas por hacer, lo que hemos vivido estos últimos tres meses ha sido una catástrofe, pero las cosas tienen solución y las cosas se solucionan en primer lugar con voluntad política para llevarlas adelante.

He estructurado mi presentación en estos cinco grandes bloques: cómo reforzamos la salud pública, qué financiación sanitaria y cartera de servicios necesitamos, qué medidas debemos tomar para tener unos profesionales sanitarios mejor motivados y más útiles para atender los problemas de salud que existen en España, cómo organizamos y gestionamos los servicios sanitarios, esa reforma pendiente del sector sanitario público de la que llevamos tantos años hablando y los pasos todavía son lentos, y, por último,

algunas reflexiones sobre la gobernanza y la cohesión en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

En primer lugar me gustaría señalar que la presentación que voy a hacer, las reflexiones que yo les voy a trasladar tienen que ver fundamentalmente no tanto con el COVID, el COVID para mí ha sido una alarma, una alerta para darnos cuenta de que el sistema sanitario español es un buen sistema pero requiere medidas para mejorarlo, sino para abordar los problemas de salud que teníamos antes del 13 de marzo y que vamos a tener ya en los próximos años. Y les pongo como ejemplo, un poco para contrastar y poner las cosas en balance, y ya he dicho que considero que lo que ha ocurrido con el COVID es una catástrofe, sobre todo por el número de fallecidos que ha habido, pero entendamos que si del COVID, a datos oficiales de ayer, había 27 000 fallecidos, la gripe del año 2017-2018 produjo 15 000 en España, y durante estos últimos meses ha habido 11 000 personas hospitalizadas en Cuidados Intensivos y en la campaña de gripe del año 2017-2018 hubo 3000, por tanto, podemos decir que el COVID ha sido una gripe especialmente virulenta, pero el problema que ha habido, fundamentalmente, ha sido su concentración en muy poco espacio de tiempo, lo que ha hecho colapsar a muchos hospitales. Sin embargo, mientras tanto, las personas siguen muriendo por otros motivos. Esta diapositiva que yo les muestro aquí les permite ver que durante los mismos meses en los que en el

mundo han fallecido 237 000 personas por COVID, pues por cáncer han fallecido diez veces más, han fallecido 2 740 000, y así podríamos hablar de otras enfermedades que no afectan a una sociedad desarrollada como la española, pero en el mundo han muerto en estos mismos meses más personas por suicidios, por malaria o por accidentes de tráfico, y todo eso son problemas de salud que van a estar vigentes después de que concluya, y ojalá que sea pronto y para siempre, la transmisión del coronavirus.

Ustedes saben, seguramente no soy el primero que les trae esta gráfica de la izquierda que dice que hemos pasado una primera oleada, que son las personas afectadas por el coronavirus, pero ahora vienen las personas que, teniendo otras patologías, no han sido atendidas durante estos tres meses y por tanto van a estar en las puertas de nuestros hospitales por cáncer, por ictus, por enfermedades respiratorias, etcétera, y vamos a tener una tercera ola de consecuencias, secuelas del coronavirus en personas que tenían patologías crónicas. Por tanto, tenemos que estar preparados para estas nuevas olas que vienen después, y ojalá que no haya ninguna que tenga que ver exclusivamente con el coronavirus.

Esta es la tabla recientemente publicada, creo que fue hace una semana, del Ministerio de Sanidad con la situación de listas de espera en España a 31 de diciembre de 2019, poco antes de empezar el COVID. Llegamos a la cifra de 704 000 personas en lista de espera quirúrgica en

España, de los cuales, un 20 % esperan más de seis meses. Si a esto sumamos (venía un artículo ayer en un periódico de tirada nacional) las personas que no se han intervenido quirúrgicamente durante estos tres meses, posiblemente hoy estemos en una lista de espera quirúrgica superior al millón de personas. Claro, hay que hacer frente a esto, por tanto, tenemos que poner en marcha no solamente recursos adicionales que inyectemos en el sistema sanitario, sino que tenemos que ir a las causas estructurales de estos problemas de desajuste que han existido siempre en la sanidad española.

Existen unos desafíos externos, ya muy conocidos: el reto demográfico, las desigualdades en salud, la soledad no deseada, los impactos del cambio climático sobre la salud, los problemas de resistencias a antibióticos; les recuerdo que el problema de la resistencia a antibióticos está calculado que tiene como consecuencia la muerte de 23 000 personas al año en España, que viene a ser prácticamente lo mismo que la tasa de fallecidos por coronavirus. Y tenemos unos desafíos pendientes, hablaremos ahora precisamente de estos desafíos, como son la solvencia, sostenibilidad y suficiencia del gasto sanitario o la inversión en salud, los problemas de acceso a la innovación, retrasos y desigualdades, el déficit y la falta de motivación en muchos casos de nuestros profesionales, o la falta de

integración y efectividad de muchos de los cuidados que prestamos en nuestros hospitales y centros de salud.

¿Qué es lo que podemos hacer? Pues voy a ir muy rápido porque luego, ya en el coloquio, podremos profundizar en aquellos aspectos que a ustedes les parezcan más importantes.

Respecto a la salud pública, yo creo que se ha demostrado, tristemente, que la salud pública española no estaba a la altura de un país como el nuestro. No hemos sido capaces de afrontar el coronavirus con la contundencia que deberíamos y esto ha sido porque nos hemos encontrado con una salud pública debilitada, de la cual muchas sociedades científicas profesionales, incluso grupos políticos, hemos estado llamando la atención durante mucho tiempo. Falta el desarrollo de la Ley General de Salud Pública, aprobada por amplísima mayoría en 2011. Falta esa Estrategia Nacional de Salud Pública, seguramente relacionada con esa Estrategia de Seguridad Nacional, que señalaba entre una de las amenazas la posible pandemia. Falta el Consejo Asesor de Salud Pública, el Centro Estatal de Salud Pública, que desde mi punto de vista debería ser una agencia nacional de salud pública. Falta el desarrollo de legislación autonómica. Fíjense, solamente seis de las diecisiete comunidades autónomas tienen una ley de salud pública aprobada, las otras once no tienen una ley de salud pública como tal. Tengo la relación aquí si alguno tiene interés en saberlo. Y son relativamente recientes, la

legislación más temprana fue la de Cataluña en 2009, todas las demás son posteriores, pero hay once comunidades autónomas que no tienen su ley de salud pública. Es necesario recuperar el Instituto de Salud Carlos III para el Ministerio de Sanidad. No tiene ninguna lógica que centros como la Escuela Nacional de Sanidad, el Centro Nacional de Epidemiología o el Laboratorio Nacional de Microbiología estén en un ministerio que no sea el Ministerio de Sanidad, esto es algo que también se ha venido diciendo y que no se ha hecho hasta ahora. Y falta poner en marcha y modernizar y renovar los sistemas de información sanitaria de salud pública, otro de los elementos que viene en la Ley de Salud Pública no desarrollado, o una vigilancia epidemiológica más moderna. Existe un proyecto de real decreto de la Red de Vigilancia Epidemiológica que pasó el trámite de audiencia pública en 2018 y todavía está sin aprobar y sin entrar en vigor.

Respecto de la financiación y la cartera de servicios, también habrán pasado por delante de mí personas que les hayan hecho saber la diferencia que existe en lo que es la inversión en salud en España respecto de otros países y, más específicamente, la inversión pública, el gasto sanitario público. En términos comparables, como hacen los organismos internacionales, en poder de compra en dólares, España gasta 3300 millones de dólares, mientras que prácticamente todos nuestros socios europeos están por encima de 4000, y algunos llegan a los cinco mil y pico, como Francia y

Alemania. Por tanto, hay una brecha enorme de financiación sanitaria y además, curiosamente, España es uno de los países donde, de todo el gasto sanitario, un porcentaje significativamente mayor es gasto sanitario privado y no gasto sanitario público.

Por lo tanto, tenemos que dar un avance en la financiación sanitaria, pero no tiene que ser simplemente regar con más dinero un sistema que no funciona todo lo bien que debería. Hay que introducir reformas. Una de las reformas en la cartera de servicios es, por ejemplo, por eso esta siguiente gráfica, la introducción de la salud bucodental en la cartera común de servicios sanitarios. Todos los estudios que hay, y les puedo profundizar con números en el coloquio si les interesa, demuestran que es una de las grandes desigualdades en salud que existen en España. Un 20 % de las personas en clase social VI tienen caries y refieren problemas económicos para poder acceder a un dentista o a un tratamiento preventivo. Pero creo que hay que revisar la Ley de Cohesión, alterada por el Real Decreto 16/2012, refundiendo las carteras de servicios y yendo, seguramente, a una cartera común, igual en todo el territorio español, y una cartera complementaria, donde las comunidades autónomas que lo deseen porque quieren hacer un esfuerzo adicional puedan complementarlo, pero eliminando esas carteras suplementarias y accesorias, que, sinceramente, no se entienden si no es, y

no es la primera vez que lo digo, probablemente en esta misma sala, si no es una antesala para introducir copagos sanitarios.

Creo que hay que reformar también los copagos farmacéuticos yendo hacia un sistema de copago estrictamente basado en renta y no en ninguna otra condición, topados para asegurar que los pacientes con muchas patologías, con alto consumo de medicamentos, no tengan que hacer un desembolso que no puedan hacer y seguramente sean evitables si el medicamento es altamente coste-efectivo. Y es necesario controlar las condiciones de calidad y acceso de esa cartera de servicios. Igual que el Ministerio consolida los datos de lista de espera para saber cuánto tiempo se tarda en cada comunidad autónoma en acceder a un especialista de esta o aquella especialidad, tenemos que evolucionar a ese sistema y saber en qué condiciones las personas acceden, en cuanto a tiempos, en cuanto a calidad, en cuanto a resultados, a las distintas prestaciones sanitarias que se incluyen en la cartera de servicios. Y, por cierto, también seguimos pendientes de terminar un mandato de la Ley de Cohesión que es la transferencia de la sanidad penitenciaria y su integración plena en el Sistema Nacional de Salud, hoy solamente realidad en Cataluña y el País Vasco.

En cuanto a los profesionales, se puede hablar mucho de los profesionales o se puede ser muy sintético. Yo les diría que en noviembre de 2018 nos pusimos de acuerdo en la Comisión de Sanidad del Congreso de

los Diputados en encargar un libro blanco a tres expertos que nos arrojaran luz sobre toda una serie de temas que tienen que ver con: cuál es la organización y la gestión del trabajo asistencial, cuál es el grado de autonomía que deben tener los profesionales en su trabajo diario, cómo van a afectar a las nuevas generaciones de profesionales aspectos tan importantes como la robotización o la digitalización, cuál es el número de profesionales de las distintas profesiones, de las distintas categorías, de las distintas especialidades que se necesitan pensando no en el hoy de la medicina sino en el mañana de la atención sanitaria, hablar de la validación de competencias (España es un país donde no se validan las competencias de manera periódica en los profesionales, salvo algunas iniciativas que vienen de las corporaciones), cuál es la relación jurídico-laboral, cómo mejorar los sistemas de selección de los profesionales, cómo se evalúa su desempeño, cómo se mejora su motivación, cómo se concilia el trabajo en el sector público y en el sector privado de nuestros profesionales, otro tema tremendamente importante, o cómo se compatibiliza la carrera docente y asistencial con la carrera de investigación en nuestros servicios sanitarios. Bueno, pues todo eso está en una resolución, en una proposición no de ley aprobada por la inmensa mayoría de los grupos parlamentarios. Acordamos entre todos los grupos políticos las tres personas independientes a las cuales se les debería encargar este trabajo, se dio un plazo de diez meses, y esto fue

en febrero de 2019, han pasado dieciséis meses. Yo les diría, retomen ese trabajo y encárguenlo de nuevo.

En cuanto a la gestión y reforma del sector público sanitario, yo leí hace poco un artículo suscrito por seis o siete autores de primerísimo nivel que incluía a Víctor Lapuente, a Eloísa del Pino, a Paco Longo, a Guillem López Casasnovas y a otros académicos, fundamentalmente, que hablaban por un sector público capaz de liderar la recuperación. El artículo establece una serie de recomendaciones, es un artículo además que se lee rápidamente, en torno a cuatro ejes: innovar y evaluar de modo transparente, internalizar en el sector público la inteligencia y externalizar los trámites, diversificar y flexibilizar el empleo, y liderar y gestionar lo profesional. Ahí tienen las condiciones para llevar adelante una reforma del sector público. Por cierto, sé que el Gobierno encargó, y se le encargó a Jordi Sevilla, una propuesta de reforma del sector público español, ya saben que la sanidad es uno de los sectores con mayor número de empleados públicos que existe, y eso está pendiente de realizar. Yo creo que necesitamos cambiar el modelo de gestión pública, no nos sirve para el sector sanitario la administración tradicional. No es lo mismo ser policía o ser juez que prestar servicios sanitarios en un centro de salud o en un hospital, los sistemas de concurso o de remuneración no pueden ser los mismos. Hay que tener en cuenta que necesitamos, cada vez más, profesionales de alta competencia, con un alto nivel competitivo, y

nuestro sistema retributivo público se queda escaso para poder reclutar a los mejores profesionales, por eso muchos se nos van. Y necesitamos también mejorar la calidad de la dirección pública, entre otras razones, porque se paga mal a los directivos públicos. Si ustedes alguna vez han gestionado o han tenido responsabilidades en las administraciones públicas, sabrán que encontrar un director médico de un hospital es muy difícil, es muy difícil porque la mayoría de los directores médicos de los hospitales que han estado organizando la respuesta al COVID ganan menos como directores médicos que como profesionales asistenciales. En esas condiciones es muy difícil gestionar adecuadamente un hospital o un área sanitaria.

Y, por último, los temas que tienen que ver con la gobernanza y la cohesión del Sistema Nacional de Salud. Necesitamos, por tanto, financiación suficiente, necesitamos unos profesionales motivados, bien retribuidos y bien elegidos, necesitamos también hacer que estos hospitales, estos sistemas de servicios autonómicos de salud trabajen de una manera solidaria, y para eso es imprescindible en el conjunto del Sistema Nacional de Salud tener un ministerio de sanidad fuerte y competente. Desde mi punto de vista, no se entiende que la Secretaría General de Sanidad no sea una secretaría de Estado. El Gobierno actual tiene 28 secretarías de Estado, ninguna de ellas sanitaria, este es un déficit histórico que ha tenido el Ministerio de Sanidad español. Dirán que, bueno, es lo mismo. No, no es lo

mismo, ni se está en los mismos niveles de decisión, ni se tiene la misma capacidad de iniciativa política que desde una secretaría de Estado. Y hay que organizar un sistema de agencias públicas adscritas al Ministerio de Sanidad, con diferentes funciones, desde luego, una agencia de salud pública y control de enfermedades, como lo tiene Francia o como lo tiene Inglaterra u otros muchos países. Necesitamos recuperar el Instituto de Salud Carlos III para llevar adelante esas funciones asignadas al instituto, fundamentalmente relacionadas con la investigación y el desarrollo. Necesitamos una agencia de calidad y de evaluación de tecnologías, y la tuvimos, está en la Ley de Cohesión, Agencia Española de Calidad Asistencial; con la crisis de 2008 se eliminó. Cuántas veces se ha hablado en España de que necesitamos un HISPANICE o un ESNICE, una agencia de evaluación de tecnologías como la que tiene Inglaterra, que nos permita evaluar mejor cómo metemos, cómo introducimos, cómo evaluamos las prestaciones en la cartera de financiación pública. Necesitamos una agencia de salud alimentaria y nutrición; creo que la AESAN, transferida desde el Ministerio de Sanidad al Ministerio de Consumo, debería permanecer en el Ministerio de Sanidad. Necesitamos una agencia de digitalización y transformación de la sanidad pública con fondos y con proyectos y con capacidad para llevar adelante una agenda de transformación digital como la que necesitamos. Desde luego, necesitamos reforzar el INGESA no

solamente para administrar Ceuta y Melilla, sino también para llevar adelante servicios compartidos, como las compras centralizadas y otros servicios compartidos más que se podrían realizar para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, ganando en eficiencia. Y necesitamos reforzar la Agencia Española del Medicamento para que no haya los retrasos que hay en la evaluación de medicamentos. Y, por último, un sistema de gobernanza del Consejo Interterritorial que entienda que el sistema sanitario español es un sistema federal y que por tanto la capacidad de iniciativa debe ser no solamente del Ministerio sino del conjunto de las comunidades autónomas y que tenga también participación de todos los actores que tienen algo que ver con la sanidad, y estoy hablando de considerar la participación de los pacientes, de las corporaciones profesionales y de otros agentes en las decisiones y en los debates del Consejo Interterritorial.

Simplemente, para ponerles una comparativa, y con esto termino mi primera presentación, esta es la página web del Ministerio de Salud y Servicios Sociales del Gobierno inglés de Reino Unido, donde pueden encontrar que adscritas al Ministerio de Sanidad hay 29 agencias e instituciones públicas, desde una comisión de calidad de los cuidados hasta una comisión de educación sanitaria, una autoridad de investigación, por supuesto, la ONT inglesa, una agencia de digitalización, el NICE, para hacer la evaluación de las tecnologías, etcétera. Por lo tanto, necesitamos dotarnos

del tejido técnico y de competencias necesario para llevar a la sanidad española a los mejores estándares, que es lo que queremos y lo que nos merecemos.

Y por mi parte terminaría ahí, señora presidenta, y seguro que en el coloquio y respondiendo a las preguntas puedo incidir en algunas otras cosas que quizá, por la premura de tiempo, he dejado sin desarrollar.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias, señor Fernández. A continuación, si le parece, damos la palabra a los grupos parlamentarios y luego usted les puede contestar. Por el Grupo Republicano.

La señora **VALLUGERA BALAÑÀ**: Estaba relativamente relajada pensando que iba Ciudadanos. Buenas tardes. Muchas gracias por su comparecencia. La verdad es que es la última comparecencia del día. Llevamos desde las nueve escuchando a expertos y nuestra principal función aquí es escucharlos, aprender, que nos den pistas, a ver si podemos llegar a un acuerdo de cómo mejorar ahora mismo la sanidad en este Estado.

Un par de cosas, solo le haré creo que tres preguntas. Una previa, la diapositiva que nos ha pasado sobre salud dental, ¿es posible que no estuviera incorporada en la presentación? (...) Perfecto. Era pedirselo.

La segunda, creo que en la diapositiva donde habla de gobernanza y cohesión, el primer punto y el último punto son un poco antitéticos. Es decir, una de las cosas que ha pasado durante esta pandemia es que, a pesar de tener, yo creo, el Gobierno interiorizado correctamente que había diecisiete sistemas de salud, que conformaban, si quiere, un sistema de salud en un territorio determinado que es el Estado español, no se ha funcionado con criterios de federalización o federalizantes, sino que se ha apostado por el mando único. Entonces, bueno, yo soy de Esquerra Republicana, y cada vez que leo “refuerzos de recursos y competencias del Ministerio de Sanidad”, me suena a la cancioncita de “vamos a recentralizar”, además de una cosa que para todos creo que es peor, y es que si homogeneizamos, por ejemplo, estándares en cuanto a estadísticas, en cuanto a indicadores, en lugar de hacerlo intentándonos integrar en los que estén estandarizados para Europa, no lo hagamos con los propios, y como toda crisis es oportunidades, creo que el refuerzo de los recursos y competencias del Ministerio de Sanidad en este caso no tocaría.

Dos observaciones más, bueno, de hecho, tres. La primera, que se lo he preguntado a todos los ponentes, respecto del *big data*, de la trazabilidad de datos y del discurso o del debate ético que abre respecto a los derechos individuales, los temas de pasaporte y demás, me gustaría saber su opinión

y si realmente puede hacerse una regulación ya directamente o debemos abrir este capítulo.

Segundo, ha introducido usted temas de copago y temas de cartera, por tanto, le voy a hacer una pregunta vinculada con la función terapéutica del cannabis, y la pregunta es la siguiente. Hemos estado mirando comparaciones y vemos que en algunos estados cercanos y del entorno estaba considerado como servicio esencial y aquí no lo tenemos ni regulado, por tanto, lo han pasado muy mal los pacientes que están haciendo un uso terapéutico de esta sustancia. Le quería preguntar: ¿Cree usted que es una oportunidad para entrar a una regulación que permita su uso terapéutico?

La tercera, respecto a salud mental no se ha comentado demasiado o nada en esta presentación. Quisiera saber si usted cree, junto con el tema de las listas de espera que vamos a tener que resolver porque es uno de los efectos secundarios serios de la crisis, si ha de ser uno de los aspectos significativamente reforzados en esta salida de la crisis.

Y la última. Bueno, la verdad es que no lo recuerdo, por tanto, muchísimas gracias, y si me puede contestar a estas tres cuestiones.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. A continuación tiene la palabra la representante del Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenas tardes y bienvenido. Después de tantos comparecientes, cada uno con sus ideas, muchas de ellas comunes, lo que está claro es que una de las cuestiones clave es la financiación del sistema y otra es que hay una pandemia que es cierto que ha puesto en tensión al sistema, pero que había problemas estructurales previos a la pandemia.

La cuestión que dice de la necesidad del fortalecimiento del Ministerio de Sanidad y en cuanto a competencias, es una cuestión, me imagino, que no solamente es por la pandemia, que también es previa a todo esto. Yo estoy de acuerdo con lo que ha dicho y no creo que sea contradictorio con las comunidades autónomas. Yo creo que eso se puede vertebrar, a fin de cuentas, un sistema federal tiene sus estados pero tiene unas leyes federales que cohesionan el sistema.

Perdone, pero me he acordado cuando ha dicho lo del problema de la salud dental. En la campaña de hace años de Schröder, presentaron en la campaña electoral de la socialdemocracia alemana un cartel con un niño sin dientes, y ponía debajo: “No permitas que se sepa la clase social del niño por esta fotografía”. Esto llamó la atención porque Vicenç Navarro lo contó en una rueda de prensa cuando estaba asesorando al Partido Socialista, que un periodista le dijo que esa idea de la clase social era muy anticuada, y Vicenç Navarro le contestó: “No, es antigua, no anticuada, como la ley de la

gravedad, que es antigua pero no está anticuada, y lo puede usted comprobar si se tira por la ventana”. Quiero decir que estamos infravalorando una cuestión vital como si la salud dental no fuera del cuerpo. Me parece muy importante esa puntualización.

Y quería hablarle del problema de las listas de espera. Sabemos que han aumentado las listas de espera por la pandemia, pero también había una causa estructural previa porque ya teníamos las listas de espera. ¿Qué ideas tiene usted, si tiene alguna idea, para disminuir las listas de espera? Me refiero aparte de poner a todo el sistema en funcionamiento. Quiero decir, ¿por qué derivar, por ejemplo, pacientes a los planes de choque cuando están, por ejemplo, los quirófanos cerrados por la tarde? Imagínese pacientes, yo soy oftalmóloga, pues de cataratas, ¿por qué, por qué no ponerlo en su pleno funcionamiento? Básicamente era eso.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias. Por el Grupo Parlamentario de Vox.

El señor **GESTOSO DE MIGUEL**: Buenas tardes, doctor. Quería decir, pero no quiero que se lo tome como nada personal, sino porque es una cosa que se estaba diciendo habitualmente desde mi grupo parlamentario. Porque, bueno, nosotros hicimos una serie de propuestas para traer una serie

de expertos que todos los grupos de izquierda, en masa, denegaron, y, bueno, aunque no quiero poner en duda su valía profesional, pero sí por lo menos poner de manifiesto que usted viene aquí nombrado por el Partido Socialista y que además fue diputado del Partido Socialista.

Le quería preguntar en primer lugar si usted ha participado o ha realizado a lo largo de toda la crisis del virus chino, de enero hasta ahora, algún tipo de informe o ha elaborado algún tipo de protocolo o algo así para el Gobierno o para alguna de las instancias del Gobierno o del Ministerio.

También quería preguntar a propósito de lo que ha dicho y de lo que he visto en la presentación, cuántos de los muertos por gripe cree usted que tenían un diagnóstico molecular, o si simplemente cree usted que los contabilizaron por un cuadro compatible. Afirma con firmeza que los muertos que se atribuyen a la gripe no precisan diagnóstico molecular, como me ha parecido oírle, y entonces preguntarle si está de acuerdo con el Ministerio en utilizar el mismo criterio para el COVID-19. Y lo mismo, o sea, también si usted sabría decirme qué código utiliza España para el COVID-19.

También me gustaría preguntarle qué ha aprendido usted respecto a la toma de decisiones de los organismos internacionales y si cree usted que la definición actual de pandemia es la adecuada o cree que deberíamos volver a la definición de pandemia previa a 2013. Antes de 2013 se declaraba

automáticamente la pandemia si había contagio sistemático entre humanos de una comunidad en dos países de una misma región y en una nación de otra región, y a partir de 2013 ya no hay criterios que cumplir, sino que basándose en las evaluaciones nacionales de expertos de emergencias, que a su vez valoran la información disponible, calculan los riesgos y estiman la necesidad de declarar o no una pandemia mundial. Es decir, de facto la pandemia se declara cuando les interesa a los gobiernos y creemos que desde un punto de vista técnico no debía ser así, por tanto, en este caso, le pregunto qué opina usted de esto.

En segundo lugar, si se fía usted de la Organización Mundial de la Salud, porque acabamos de oír al doctor Padrós decir que China primero negó y luego minimizó la epidemia y que la Organización Mundial de la Salud tiene que hacer autocrítica. En esto nosotros pensamos que se debería haber actuado antes y de forma independiente.

También queríamos preguntarle en qué casos tendríamos que obedecer a la Organización Mundial de la Salud si emitiese recomendaciones que a nuestros microbiólogos y epidemiólogos les pareciesen descabelladas, o sea, hasta qué punto habría que tener obediencia ciega si vemos que puede perjudicar a la salud de los españoles. Porque aquí al principio hemos visto que la Organización Mundial de la Salud ha hecho una serie de recomendaciones incluso contradictorias entre sí, quitando la de “test, test,

test”, que esa estaba muy bien y compartimos, pero ha habido algunas que eran un poco así.

Esto eran básicamente un poco las inquietudes que nosotros teníamos. Y decir que independientemente de usted, a nosotros nos parece que esta Comisión, bueno, lo que se ha creado no es una comisión de reconstrucción de España, sino creemos que es una comisión de reconstrucción de la verdad o de una verdad oficial que pueda servir al Gobierno para disipar el negro horizonte penal que creemos que le espera tanto al Gobierno general como, especialmente, también al señor vicepresidente, al señor Iglesias. Muchas gracias por su presentación.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Gracias. La representante del Grupo Popular.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidenta. En primer lugar, darle la bienvenida a don Jesús María Fernández a esta Subcomisión y a esta, en definitiva, que siempre será su casa.

Por un lado, agradecerle la presentación y, en primer lugar, compartir con usted cuando hablaba de la Ley de Salud Pública y que no estaba desarrollada, pero es que tampoco los artículos, que tenemos muy definidos, que asumen la responsabilidad sobre todo en el tema de las alertas pues

tampoco los hemos tenido muy en cuenta. Por tanto, al final, yo creo que este es un motivo que nos tiene que llevar a la reflexión y a preocuparnos para, de alguna forma, cumplir el marco normativo en situaciones, estamos hablando ahora de la pandemia, pero en otras situaciones también los tenemos contemplados, aunque luego no los llevamos a cabo o están pendientes de una regulación posterior.

Con respecto a la crisis o a la pandemia del COVID, yo creo que en un principio minimizamos la situación, optamos por comparar con un efecto semejante a la gripe y posteriormente hemos visto que esto era mucho más grave de lo que es la gripe en sí. Yo esto lo voy a relacionar con respecto a los registros. Usted nos ha presentado un balance, el balance del COVID, con los datos que conocemos, y compara con los datos de la gripe, la posible vacuna, la vacuna que tenemos en la gripe comparando con la posible vacuna o el tratamiento con respecto a la COVID, tan esperado y anhelado por todos, pero yo aquí le hago una pregunta sobre el tema del tratamiento de los datos y le pregunto sobre los registros. ¿Cómo considera que han funcionado? ¿Qué propuestas propone para que en la era de la tecnología no estemos sometidos a permanentes cambios o, incluso, no tener claro si estamos hablando de casos contagiados, confirmados por PCR o por test de anticuerpos, o no sabemos cuántas personas fallecidas como consecuencia del COVID tenemos a día de hoy? Usted aquí nos pone los 27 136 que

aparecen en la página del Ministerio, pero llevamos cinco días sin actualizar datos. Entonces, esto genera un caos también en el mundo de la investigación, de los investigadores, de los epidemiólogos, que dicen, bueno, si tenemos que aprovechar todo nuestro cúmulo de datos para poder hacer una investigación a posteriori y dar resultados que luego puedan beneficiar a nivel de salud, pues los datos, desde luego, requieren una mejoría bastante evidente. Entonces, por eso le pregunto qué opinión le merece.

¿Qué opinión o cómo considera que deben registrarse estos datos para que sean fiables y, sobre todo, coordinados con los organismos, tanto la OMS como el CDC? En este sentido podríamos hablar también de cómo tenemos la digitalización y la tecnificación de la sanidad, cómo hacerla plenamente posible o acelerarla tras el COVID en el Sistema Nacional de Salud. El ministro, en su primera comparecencia aquí, nos anunció un libro blanco, que puede ser una opción, pero luego no consiste solo en tener libros blancos, que tenemos muchos de muchas áreas. En esa línea también de la tecnología, yo le preguntaría qué colaboración debe existir con la industria tecnológica y el Sistema Nacional de Salud.

Otra de las cuestiones que a nuestro entender consideramos que ha fallado es la participación y la colaboración con las empresas españolas. ¿Cómo considera que debemos implicar más a todas las empresas españolas

de cara a una mayor cooperación y coordinación con el Sistema Nacional de Salud?

Sobre el papel de la industria farmacéutica, hemos tenido al presidente de Farmaindustria antes de su comparecencia, y con respecto a cómo hacer posible una mejor relación, ¿qué tenemos que hacer con respecto a la modificación del Plan Profarma? Con respecto a los acuerdos, y usted es conocedor del acuerdo marco con Farmaindustria, con los genéricos o con los biosimilares, o sea, después de la pandemia del COVID, ¿considera que se deben incluir criterios que han afectado o que hemos visto durante la pandemia? ¿Cómo valora esos acuerdos de colaboración?

Con respecto al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, usted ha destacado la importancia de la Ley General de Sanidad, y en esta pandemia no se ha planteado la necesidad de fortalecerla y modificarla. Yo no sé si vamos a aprender de lo que ha pasado. En su opinión, ¿qué necesita el Sistema Nacional de Salud para ser fortalecido y modernizado? ¿Son necesarias nuevas leyes, un nuevo marco de financiación, un consejo interterritorial más vinculante? ¿Qué opinión le merece?

Y luego (**La señora presidenta: “Señora Velasco, tiene que ir terminando”**), los españoles están esperando que logremos un acuerdo con respecto a los trabajos de esta Comisión. ¿Cuáles deberían ser a su entender

los aspectos mínimos que deberíamos contemplar en ese acuerdo? Si no, sería un gran fracaso de cara a lo que esperan los españoles.

Y, por último, los profesionales sanitarios yo creo que ya se merecen medidas concretas. Libros blancos, acuerdos puntuales en distintas legislaturas, yo creo que ya hay mucho, pero aparte de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el Estatuto Marco, yo creo que necesitan medidas claras en cuanto a formación, retribución, estabilización de la situación laboral. Yo creo que ya es momento de pasar de los libros blancos, que hay muchos, a medidas más concretas y específicas con respecto al ámbito de los profesionales, que han sido los grandes héroes de esta pandemia. Muchas gracias, y perdón por el exceso de tiempo a la presidenta.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchas gracias. A continuación, la representante del Grupo Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Muchísimas gracias. Voy a intentar ser breve para que el ponente pueda contestarnos a todas las preguntas.

En primer lugar, muchísimas gracias por su presencia hoy aquí, en el Congreso de los Diputados, que además es su casa, y en esta Comisión de Reconstrucción Económica y Social de España, que estamos hoy en el Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública. Quería agradecerle su presentación,

las ideas que nos ha plasmado. Quería decir también que llevamos varias jornadas escuchando a diferentes personas, diferentes comparecientes que en este grupo de trabajo hemos acordado por unanimidad, por aclamación, todos hemos dado el visto bueno a todos los comparecientes que ha propuesto cada uno de los grupos. Todas las opiniones y todos los análisis que se vierten aquí son interesantes, nos ayudan a tener una visión más amplia y más global de lo que es el mundo sanitario y de lo que necesita nuestra sanidad y la salud pública para mejorar y para que la podamos construir todavía muchísimo mejor. Por eso nuestro Grupo Parlamentario Socialista está aquí, con el ánimo de buscar acuerdos, de llegar entre todos a un consenso, porque todos los españoles y todas las españolas nos están mirando y aquí no venimos a hacer ni juicios políticos, ni buscar culpabilidades de nadie, sino que venimos a construir y venimos a hacer una sanidad mejor.

Dicho esto, le voy a hacer, bueno, tengo muchas preguntas, pero me voy a remitir solo a una, y no es pregunta, es un tema interesante que ha planteado usted en la cartera de servicios, el tema que se refiere a la reforma de los copagos farmacéuticos, copagos basados únicamente en renta, topados y evitables. Me gustaría pedirle que desarrollara un poquito más este tema en el tiempo que tiene para su réplica. Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias. Señor Fernández.

El señor **FERNÁNDEZ DÍAZ, JESÚS MARÍA** (Exviceconsejero de Sanidad del Gobierno Vasco): Muchísimas gracias por todas sus preguntas, que son todas muy útiles, y me encantaría poder estar, o sea, yo podría estar hasta las seis de la tarde dialogando con ustedes, señorías, pero entiendo que son ustedes los que llevan ya mucha mañana, por tanto, trataré de ser breve y responder a todas las preguntas, empezando por su señoría de ERC, que acaba de entrar.

Yo creo, y aquí apoyo la intervención que ha hecho la señora Medel, que no es antitético recentralizar, perdón, reforzar el Ministerio de Sanidad y tener un sistema nacional de salud que trabaje como una federación de servicios autonómicos, todo lo contrario, el Ministerio de Sanidad tiene que estar al servicio de ese Sistema Nacional de Salud. Hay una serie de competencias que están perfectamente establecidas en el marco legal español como son la ordenación de profesiones, la ordenación farmacéutica y otras cuestiones, o la sanidad exterior, donde necesitamos tener organismos centrales fuertes, que no van para nada en detrimento, yo le diría que todo lo contrario, de tener también organismos fuertes en las autonomías para llevar adelante todas las competencias, que son muchas e importantes, sanitarias.

Yo creo que en ese sentido el marco constitucional español en materia sanitaria es perfecto y dice cuáles son competencias centrales o centralizadas o del Ministerio y cuáles son competencias de las comunidades autónomas. Fue el primer sector público que se descentralizó a las comunidades autónomas, y le puedo decir que yo soy uno de los grandes defensores del sistema autonómico sanitario español, que me parece que ha sido uno de los grandes logros del nuevo marco constitucional español.

Respecto a la trazabilidad de los datos, también me preguntaba algo la señora Velasco, yo creo que estamos en una sociedad de los datos. El COVID ha demostrado que a veces el marco legal en el uso de datos sanitarios, que es en Europa extraordinariamente riguroso, mucho más riguroso que en otras regiones del mundo, tiene un valor incalculable, tiene un valor incalculable para el control de las epidemias y tiene un valor incalculable también, fuera de situaciones epidémicas, para la investigación, para encontrar nuevas moléculas, para mejorar y precisar el tratamiento que damos a las personas y no darles venenos a las personas que se van a beneficiar de ese medicamento, etcétera, y necesitamos repensar ese marco legal. A veces somos demasiado estrictos y creo que necesitamos una regulación. Yo escribí hace un mes, mes y medio, un artículo, que está publicado en redes, precisamente sobre lo que necesita Europa para desarrollar su espacio común europeo. Acaba de publicar, hace un mes y medio, la Comisión Europea el

Libro Blanco de la Inteligencia Artificial en Europa y una Estrategia Digital para Europa. Necesitamos, y creo que de esto somos todos conscientes, empezando por los organismos europeos, repensar el marco legal y decidir, no solamente garantizar los derechos de seguridad y de privacidad de los datos, pero también asegurar que esos datos, que tienen un gran valor, están al servicio del desarrollo de las sociedades, están al servicio de mejorar la manera como tratamos las enfermedades, al servicio también del desarrollo económico, para que Europa pueda competir con los países asiáticos o con Estados Unidos en una carrera que estamos perdiendo, y esto los organismos europeos lo saben. China tiene una estrategia de *big data* sanitario enorme y nos llevará la delantera, y si no hacemos algo en Europa, como ya está ocurriendo, donde la pérdida de presencia en el desarrollo de nuevos medicamentos es enorme desde hace quince o veinte años, pues los ensayos clínicos se irán a China porque será más fácil hacer investigación clínica allí que hacerlo en España. Y creo también que tenemos que regular, y ustedes en Cataluña de esto saben algo con el proyecto del VISC+, que se puso en marcha y se paralizó, etcétera, hay que regular cuál es el propietario de esos datos, porque, claro, el propietario de los datos sanitarios es la persona, pero el que los custodia y el que los administra es la administración pública, es el hospital que tiene la historia clínica digital, pero el que luego los utiliza es el investigador para desarrollar una molécula que, al final, la comercializa una

empresa farmacéutica. Claro, tenemos que conciliar esos derechos de propiedad sobre los datos, y eso no está claro. Por tanto, en esta Estrategia Digital Europea, España tiene que ponerse a la cabeza y liderar ese nuevo marco legal, además de poner en marcha también proyectos nacionales de digitalización en todos los sectores pero, desde luego, el sanitario uno de los primeros.

El tema del cannabis. Caray, no pensaba que me iban a preguntar sobre esto, pero, en fin. Lo debatimos en la legislatura decimosegunda, en la Comisión de Sanidad. Lamento, le digo al representante de Vox, que me haya llamado la atención por haber sido diputado, lo digo coloquialmente. Pero quiero decir que tuvimos ese debate, tanto en la Comisión de Sanidad como en la Comisión Mixta de Drogas, y se acordó crear una subcomisión para estudiar el cannabis en España y su posible regulación. Yo creo que aquí hay que conciliar varios aspectos. Es evidente, lo dicen todos los estudios científicos, que hay unas indicaciones terapéuticas claras de los derivados cannabinoides para determinadas situaciones de salud: espasticidad, caquexia, dolores, etcétera. Tampoco tenemos resuelto cuál es la disponibilidad de productos derivados del cannabis, el único medicamento que existe comercializado y autorizado tiene una serie de problemas, de vía de administración, de efectos secundarios, etcétera, con lo cual una gran mayoría de personas que usan cannabis por estos problemas de salud que

tienen se van a otros circuitos no regulados. Pero es verdad también que el cannabis tiene otra serie de riesgos, tiene unos riesgos que hay que tener en cuenta, entre otros, pues la reducción en la percepción del riesgo que pueda haber cuando se hace una regularización del cannabis y se facilita o se puede facilitar el acceso al cannabis, hay otros riesgos asociados con accidentes, con alteraciones mentales, etcétera. Y hay que hacer, como en todo, un buen análisis coste-beneficio y beneficio-riesgo de estos productos. Es verdad que hay muchas personas en España que necesitan y usan habitualmente estos productos para resolver o aliviar sus problemas de salud. Yo creo que hay que evaluar bien estos beneficios y estos riesgos y, seguramente, ir a una regulación, como ya se ha hecho en otros países, que, desde mi juicio, debe ser una regulación lo más cercana posible a la regulación farmacéutica española, tanto en cuanto al control de su producción como a la autorización, como a los mecanismos o los circuitos de dispensación.

Salud mental. Es parte, efectivamente, de esa tercera oleada de efectos del COVID, pero, bueno, la situación en España es la que es, hay muchos aspectos de salud que hay que atender y que están mal atendidos. Hablábamos de la salud dental, y el otro, sin ninguna duda, es la salud mental, que aunque está incluida en la cartera de servicios, sin embargo, no tiene todos los recursos necesarios para atender la enorme variedad de problemas de salud mental que existen en España. Hay una estrategia de

salud mental pendiente de actualizar, ojalá se actualice cuanto antes y la podamos llevar adelante.

Y aquí voy a pasar al tema de financiación. Me han hecho, yo creo que casi todos ustedes, desde luego, la señora Medel, la señora Velasco y la señora Prieto, preguntas sobre los temas de financiación. Yo creo, ya lo he dicho, que la sanidad española necesita más recursos públicos, esto es evidente. Podemos utilizar múltiples parámetros y veremos que estamos por debajo de lo que necesitaríamos. Ahora bien, no consiste solamente en introducir recursos en un sistema que tiene grandes oportunidades de mejora en el uso de estos recursos. Creo que es de todos conocido las dificultades y los conflictos que hay con el sistema de financiación sanitaria en España, sobre el nivel de solidaridad o de equidad entre comunidades autónomas que existe, y la señora Medel me dice que sí, que naturalmente, como buena valenciana que es. Por tanto, yo creo que antes necesitamos ponernos de acuerdo en un sistema de financiación autonómico y en cuál es la parte sanitaria de ese sistema de financiación autonómico, que, les recuerdo, es un 40 % de media en nuestras comunidades autónomas. Por eso, y es algo que no he desarrollado en mi presentación inicial, creo que es necesario renovar ese sistema de financiación autonómico, algo que está pendiente desde hace muchos años. Hay un informe de expertos que se encargó, aunque haya algunos aspectos que a mí particularmente no me gustan respecto a cómo

trata la financiación sanitaria, pero, bueno, es un inicio para poder hacer un debate sobre cuál es el nivel de suficiencia, cuál es el nivel de solidaridad, cuál es el nivel de solvencia y cuál es el nivel de autonomía y de responsabilidad que queremos sobre el gasto sanitario en España. Yo creo que necesitamos hacer esa reflexión específicamente para la financiación sanitaria dentro de la revisión del sistema de financiación autonómico, por eso creo que sería muy bueno que se encargara, porque también me decían, deberes, qué cosas hay que hacer para poner esto en marcha, pero lo que yo creo es que hace falta encargar un estudio de financiación sanitaria que ponga sobre la mesa cuál es el gasto sanitario por persona protegida equivalente que necesita el Estado español y cuáles son los mecanismos de cálculo de la población cubierta, ajustada en cada una de las comunidades autónomas, y que nos pongamos de acuerdo también sobre la suficiencia dinámica del sistema de financiación. Porque a veces acordamos un sistema de financiación pero luego se van introduciendo más medicamentos o nuevas prestaciones en la cartera de servicios y esa financiación no sube, y entonces entramos en ese dicho que muchas veces se han echado unos partidos políticos a los otros, dependiendo de quién está en la oposición y quién está en el gobierno, diciendo “es que usted invita acordando introducir esta o aquella prestación en la cartera de servicios, pero luego somos nosotras, las comunidades autónomas, las que lo tenemos que pagar”.

Por lo tanto, un acuerdo de financiación sanitaria autonómico, más recursos, pero también nuevos instrumentos de financiación en ese sistema de financiación autonómico. Yo creo que además de llegar a un acuerdo sobre cuál es el gasto sanitario por persona que queremos tener en España y cómo lo vamos a repartir entre comunidades autónomas, tenemos que poner en marcha una serie de instrumentos financieros que vayan en beneficio de la cohesión y de la transformación y la mejora del Sistema Nacional de Salud. Desde mi punto de vista, esos fondos son el Fondo de Cohesión Sanitaria. Ustedes saben que existió en este país, existe legalmente, pero no existe presupuestariamente porque se eliminó. Hay que recuperarlo. Hay que recuperar el Fondo de Garantía Asistencial y desarrollarlo, que está todavía desarrollado parcialmente, para garantizar que las prestaciones de servicios que se hacen unas comunidades autónomas con otras se compensen. Hay que desarrollar fondos finalistas vinculados a objetivos compartidos del Sistema Nacional de Salud, por ejemplo, para financiar una estrategia de medicina genómica en España o para financiar una estrategia de digitalización. Desde mi punto de vista, hace falta un fondo de innovación tecnológica que permita a las comunidades autónomas resolver situaciones como las que han existido en el pasado reciente con la hepatitis C, que costaba 2000 millones de euros y las comunidades autónomas no tenían capacidad financiera para absorber ese coste en tan poco espacio de tiempo. Por tanto, yo, y lo he defendido

también en esta casa, soy partidario de un fondo de innovación que permita abordar esos grandes gastos en medicamentos que pueden ser necesarios, porque aparece un medicamento disruptivo que tiene un alto coste pero una gran eficacia y hay que pagarlo, o para aquellos medicamentos que tienen tan alto coste (saben que estamos hablando de medicamentos que cuestan cerca del millón de euros por paciente) que para comunidades autónomas pequeñas es inasumible con sus propios presupuestos, por tanto, tener un fondo de solidaridad, si quieren ustedes, para pagar estos medicamentos de alto coste. O para financiar, por ejemplo, las terapias tuteladas, es decir, tenemos unas determinadas terapias que parece que son útiles, pero no están plenamente evaluadas. A lo mejor con el tema del COVID ocurre que empezamos a incorporar medicamentos antes de que hayan pasado una evaluación reglada de su efectividad y seguridad para determinadas indicaciones. Bueno, pues esto, que también se contemplaba entre las posibles financiaciones del Fondo de Cohesión, podría financiarse desde un fondo de innovación, terapias que son prometedoras pero que no están evaluadas completamente y por tanto todavía no forman parte de la cartera común de servicios.

¿Qué más me preguntaban? El representante del Partido Vox me preguntaba mucho sobre la gestión de la pandemia. Yo, sinceramente, creo que es un tema en el que no quiero ni debo entrar, ni entiendo que es el

objetivo de la Comisión, pero sí comentaré algunas cosas respecto a la Organización Mundial de la Salud. Mire, a mí me da mucha confianza. Yo entré de viceconsejero del Gobierno vasco el día 9 de mayo de 2013, un día antes de que la Organización Mundial de la Salud declarara pandemia nivel 6 por la gripe A, y a mí me dio mucha seguridad saber que la OMS estaba estudiando la situación global y que daba protocolos y recomendaciones, sabiendo que ante epidemias por microbios que son nuevos, que no conocemos, el riesgo y la probabilidad de equivocarse es muy alto, porque no tenemos terapias, no tenemos vacunas, no sabemos ni siquiera diagnosticar. Muchos de los problemas, señora Velasco, problemas de PCRs y tal, han sido porque los tests de diagnóstico serológico no estaban preparados, por eso ha habido tantos problemas con las pruebas y con los números, porque la sensibilidad y la especificidad de esos tests no estaba suficientemente evaluada; después, es verdad que en poco tiempo han mejorado las cosas, y mucho. Pero yo creo que la Organización Mundial de la Salud es una organización imprescindible. El COVID, como otras pandemias anteriores, ha demostrado que las enfermedades no tienen fronteras, por lo tanto, no basta con tener buenos ministerios de sanidad, señora de ERC, sino que necesitamos también organizaciones internacionales fuertes. Por tanto, fortalecer la OMS, confiar en la OMS,

evaluar cómo toma las decisiones la OMS y obedecer a la OMS, claro que sí.

La señora Velasco me hacía muchas preguntas, todas muy atinadas, pero difíciles de contestar en quince minutos. ¿Hay que acelerar la digitalización? Claro que hay que acelerarla, hay que hacer ese marco, y España necesita ese libro blanco de la digitalización que prometió el ministro y, además, tiene que formar parte de la Estrategia Europea de Digitalización, que ya está en marcha. Hay 12 000 millones de euros, si no recuerdo mal la cifra, en Europa para apoyar a los países a desarrollar sus planes de digitalización. Tenemos que estar a la cabeza en presentar proyectos de digitalización de la sanidad, del turismo, del medio ambiente, de la movilidad, etcétera, pero también de la sanidad.

¿Cómo es la colaboración con la industria tecnológica? Yo creo que una de las facilidades que da el tener una estructura del Ministerio de Sanidad basada en agencias es que las agencias permiten una mayor facilidad para establecer modelos de colaboración público-privada, que me parece imprescindible en la transformación de la sanidad y de otros sectores porque se pueden hacer proyectos cofinanciados por el sector público y el sector privado, porque se puede atraer y pagar adecuadamente o remunerar adecuadamente a científicos o a expertos que, de manera temporal, nos puedan ayudar a poner en marcha determinadas estrategias de

transformación. Por eso creo que esa estructura que yo planteo, que es la que están utilizando en otros países, también socios europeos nuestros, es la más adecuada precisamente para facilitar, entre otros objetivos, esa colaboración.

Sobre modificaciones del Plan Profarma o el acuerdo con Farmaindustria, creo que son temas que requieren más espacio, si me lo permite, señora Velasco, para discutir. Pero es evidente, y yo he escuchado un rato al señor Sellés, creo que España necesita una industria farmacéutica fuerte, que Europa necesita una industria farmacéutica fuerte. Europa está perdiendo el tren de la competitividad farmacéutica, lo dicen todas las cifras. No hay más que leer los informes de la Asociación Farmacéutica Europea. Cada vez se desarrollan más medicamentos nuevos en Estados Unidos, en China o en países asiáticos, cuando Europa, hace veinte o veinticinco años, era líder mundial, y para eso precisamente también Europa ha puesto en marcha una Estrategia Farmacéutica Europea, que, por cierto, lo sacó a audiencia pública hace una semana. Yo creo que España, junto con los socios europeos, tiene que apostar por el sector farmacéutico español, pero por el sector farmacéutico español de calidad. A veces yo me asusto un poco cuando escucho decir “tenemos que fabricar mascarillas en España”. Hombre, yo no sé si en España lo que tenemos que fabricar son mascarillas o, más bien, dotarnos de los almacenes suficientes de mascarillas. Yo creo que lo que España tiene que fabricar son vacunas y tiene que fabricar

tratamientos frente al COVID, y no estar tan preocupados con fabricar batas o mascarillas, que tienen un valor añadido, permítanme la comparación, pues mucho menor y, como se ha demostrado además, es mucho más fácil improvisar una línea de fabricación de mascarillas en una línea de fabricación de tejidos que improvisar una fábrica de vacunas. Por tanto, creo que nos debe preocupar la fabricación, como digo, de vacunas y de medicamentos.

¿Qué hace falta para un sistema nacional de salud más fuerte? Hace falta lo que le he dicho, señora Velasco, financiación con estos fondos. Hace falta entender mejor cuál es la política de profesionales que se debe llevar adelante. Yo entiendo su posición, entiendo la presión de los profesionales, pero creo que los temas son suficientemente complejos como para que le demos una pensada y si hace falta un libro blanco más, lo hagamos. Tenga en cuenta que la motivación del profesional no solamente es una motivación de pagar un mejor salario, es saber que tiene una carrera profesional o científica por delante, es saber que puede conciliar mejor con su familia, es saber que puede salir al extranjero y volver sin que se le penalice, como está ocurriendo. Tengo cercanos a médicos que, recién terminada su especialidad, tienen la duda de si irse al extranjero a pasar unos meses o un año o dos para superespecializarse porque saben que, si dejan el hospital donde han terminado la residencia, seguramente ya no les van a contratar. Estas cosas

no pueden ocurrir en España, no pueden ocurrir. Tenemos que darle una vuelta, las cosas son complejas, igual que es complejo, como les decía, el tema de la doble dedicación de los profesionales al sector público y al sector privado, que está bien, se tienen que dedicar al sector público, pero a un gran profesional, si quieres que solo se dedique al sector público, hay que remunerarle bien, y no sé si estamos dispuestos a remunerarles como merecen. Por tanto, yo creo que el tema de los profesionales hay que darle una vuelta. Y las competencias profesionales están cambiando mucho. No tiene nada que ver la enfermería que tenemos hoy con la que teníamos hace veinte años, por tanto, tenemos que pensar las necesidades de médicos del futuro pensando que muchas de las cosas que hoy hacen los médicos las pueden hacer enfermeros. Por lo tanto, son temas complejos y hay que dedicarles tiempo y pensamiento.

Y voy a terminar con la pregunta, bueno, me queda la señora Prieto y luego termino con usted, señora Velasco, sobre el tema de los copagos. Más allá de lo que he dicho, señora Prieto, yo creo que se puede decir poco más. Yo creo que se han ido dando avances en cuanto a eliminar copagos a determinados colectivos de bajas rentas, como todos aquellos que tienen una pensión no contributiva o un ingreso mínimo vital o aquellos que tienen unos ingresos hasta cierto nivel, en algunas comunidades más que en otras (Valencia, País Vasco, Navarra), pero no hay un modelo único como existía

antes. Yo creo que estamos siendo demasiado lentos en producir un cambio del sistema del copago farmacéutico español, que es necesario, y creo que lo que nos debe preocupar es garantizar el acceso al medicamento de las personas que lo necesitan, por tanto, tenemos que establecer un sistema de participación en el coste de los medicamentos, mientras no se pueda eliminar por completo, que esté basado en la renta y no en una situación de ser pensionista o no. La comparación es muy fácil, no tiene sentido que una persona pensionista con una pensión de 2500 euros pague un 10 % de los medicamentos y una persona que tiene un salario de 800 o 900 euros pues tenga que pagar el 40 % de sus medicamentos, no tiene sentido.

Y terminaré con cómo hacemos, porque era un tema que me preocupaba, señora Velasco, al preparar esta presentación. Vamos a imaginar que esta Comisión hace sus deberes, que estoy convencido de que los va a hacer y los va a hacer bien, y hace un maravilloso dictamen. Pero con ese dictamen no se resuelven las cosas, las cosas no ocurren porque se escriban el Boletín Oficial de las Cortes Generales. Por eso, yo, si me permiten, digo, bueno, ¿cómo hacemos el camino después del dictamen que, seguro, ustedes harán? Pues yo creo que, además de ese dictamen que seguro que harán ustedes con mucha sabiduría y espero que con mucho diálogo y mucho acuerdo, que hace falta mantener este espíritu de reconstrucción de la sanidad española en las Cortes. Por eso yo les sugeriría, si me permiten el

atrevimiento, que se cree una comisión mixta Congreso-Senado para mantener el debate y poder seguir evaluando al Gobierno y al resto de administraciones públicas en cómo se van operativizando esas recomendaciones que ustedes mantienen en el dictamen final. Creo que hay que encargar una serie de estudios a expertos que permitan hacer recomendaciones concretas a las cuales seguramente ustedes, por falta de tiempo o por lo que sea, no van a poder llegar. Creo que al menos haría falta ese estudio sobre la financiación autonómica sanitaria y haría falta ese estudio de profesionales que les mencionaba antes. Hace falta también una estrategia –si la hace el Ministerio, genial, si no, la pueden encargar ustedes desde el Congreso– de transformación digital. Y, por supuesto, no he hablado nada en mi comparecencia porque me parecía que hubiese sido necesario dedicar dos o tres horas al tema de la integración y la colaboración sociosanitaria, que es una necesidad inmediata tanto del Sistema Nacional de Salud como de Servicios Sociales.

Creo que necesitamos llevar este plan de reformas al Consejo Interterritorial y que el Consejo Interterritorial debería también habilitar, dentro de su conjunto de comisiones, algún espacio para poder debatir, acordar y acompañar esta estrategia de reconstrucción del Sistema Nacional de Salud. Y hace falta un gran acuerdo social y político en torno a la sanidad. Está muy bien que ustedes se pongan de acuerdo, ojalá lo hagan por

consenso, pero aquí faltan muchos más actores. Yo creo que hace falta un acuerdo donde estén también las corporaciones profesionales, las organizaciones de pacientes, los sindicatos, las sociedades científicas, que nos pongamos de acuerdo en las bases de ese nuevo sistema nacional de salud que tiene que surgir después del COVID-19. Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA** (Borrego Cortés): Muchísimas gracias, señor Fernández. Ha sido un privilegio contar con usted hoy aquí. Muchísimas gracias por todas sus aportaciones.

Señorías, se levanta la sesión. Recordarles que ya está convocada para el lunes y para el viernes, imagino que hoy lo han visto. El martes no habrá grupo de trabajo porque hay comisión plenaria de la Comisión, entonces, hemos acumulado las comparecencias que nos restaban en el lunes y en el viernes. Muchísimas gracias. Buen fin de semana.

Se levanta la sesión.