

TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO
SANIDAD Y SALUD PÚBLICA
COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y
ECONÓMICA
SESIÓN N.º 7, CELEBRADA EL LUNES 15 DE JUNIO DE
2020

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

Se abre la sesión.

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

-Del señor secretario general de la Asociación de Empresas y Servicios para la Dependencia (Cubero Herranz). (Número de expediente 219/000179).

-Del señor Barbará Molina, especialista en Medicina Interna, miembro de Dempeus per la Salut, fundador de La Marea Blanca de Cataluña. (Número de expediente 219/000180).

-Del señor Sánchez Fierro, abogado y doctor en Ciencias de la Salud. (Número de expediente 219/000181).

-Del señor presidente de la Fundación IDIS (Abarca Cidón). (Número de expediente 219/000182).

-Del señor Gimeno Romero, licenciado en Medicina y Cirugía. Funcionario de carrera del Cuerpo de Médicos Titulares del Estado. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. (Número de expediente 219/000183).

-Del señor López Acuña, epidemiólogo. Exdirectivo de la Organización Mundial de la Salud. (Número de expediente 219/000184).

-Del señor Martínez Olmos, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública y ex secretario general de Sanidad. (Número de expediente 219/000185).

La señora **PRESIDENTA**: Buenos días, se abre la sesión. En el orden del día de hoy, como ustedes saben, hay previstas siete comparecencias. Y sin citarlas a las siete, comenzamos con la tramitación de las mismas, con la comparecencia de don Jesús Cubero Herranz, secretario general de la Asociación de Empresas y Servicios para la Dependencia.

Muchísimas gracias por su presencia hoy aquí, en este grupo de trabajo. Agradecemos mucho que haya aceptado nuestra invitación. Y sin más, tiene usted la palabra.

El señor **SECRETARIO GENERAL DE LA ASOCIACIÓN DE EMPRESAS Y SERVICIOS PARA LA DEPENDENCIA (AESTE)** (Cubero Herranz): Muchísimas gracias, presidenta. Miembros de la Comisión de Reconstrucción del Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública,

comparezco antes esta comisión agradecido por tener la oportunidad de trasladarles desde AESTE la visión de la atención de la dependencia y con el objetivo de aportar y colaborar en el diseño del futuro del sector de los cuidados de las personas mayores en España.

Lo primero de todo, quiero ofrecer nuestras condolencias a todas aquellas familias que han perdido un ser querido durante esta pandemia, y quiero rendir un sincero homenaje a todos aquellos profesionales de las residencias de mayores que se han contagiado con este maldito virus, dando la cara en primera línea de batalla y luchando por salvar la vida de nuestros mayores. A todos ellos vaya mi homenaje.

Lo que hemos vivido en los últimos meses ha sido horrible, y eso solo lo sabemos los que hemos estado trabajando en esa primera línea durante toda la pandemia. En los últimos meses les hemos escuchado decir que el responsable de tantas muertes en España ha sido el virus. Estoy de acuerdo con ustedes, nosotros también lo creemos. Este virus ha venido cuando no estábamos preparados y nos hemos visto todos desbordados ante la situación. Señorías, durante semanas nos hemos sentido solos y desprotegidos ante una crisis sanitaria sin precedentes. El coronavirus ha aflorado deficiencias que venimos denunciando desde hace años y que debemos abordar entre todos de manera urgente.

La atención que proporcionamos a nuestros mayores la llevamos a cabo siguiendo siempre estrictamente los protocolos dictados por el Gobierno y las comunidades autónomas. Desde hace más de cuarenta años proporcionamos un servicio de país, un servicio a la sociedad del que nos sentimos orgullosos. Cientos de miles de familias confían en nosotros cada año para el cuidado de sus mayores, pero es importante que todos tengamos claro que nuestro sistema de atención a la dependencia ha basado su atención en un sistema de cuidados,

no de atención sanitaria, ya que esta reside en los servicios sanitarios de las comunidades autónomas.

La atención residencial necesita siempre del complemento, la ayuda y el apoyo del sistema sanitario para ofrecer a las personas mayores el cuidado de la salud que requieren. En nuestro caso, AESTE es una organización que agrupa entidades altamente profesionalizadas del sector y que actualmente tenemos un volumen agregado de 55 000 plazas residenciales en los 400 centros que tienen nuestros asociados. Contamos así mismo con plazas de centros de día y prestamos servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia domiciliaria. Y para ofrecer un servicio de calidad a las personas que cuidamos contamos con más 70 000 profesionales en toda España.

El sector de los cuidados en España es especialmente relevante, ya que nos ocupamos de que los colectivos más vulnerables puedan mantener una alta calidad de vida; sin embargo, se trata también del gran desconocido y por ello quería comenzar trasladando a sus señorías que es un sector que agrupa los subsectores de residencias, de centros de día, de teleasistencia y de ayuda a domicilio.

En cuanto a la gestión, puede ser de cuatro tipos: 100 % pública, pública de gestión privada, plazas concertadas o 100 % privada. La mitad de las plazas residenciales disponibles en nuestro país cuentan con financiación pública y se inscriben, por ende, en el Sistema Público de Servicio Sociales, siendo un pilar fundamental del Estado del bienestar.

Señorías, como les comentaba en mi radiografía sectorial, esta crisis sanitaria ha demostrado que efectivamente somos el gran olvidado histórico de las administraciones públicas, el hermano menor de la sanidad, si me permiten la expresión. Durante la crisis sanitaria de la COVID el sector de los cuidados hemos sufrido las consecuencias de una importante descoordinación entre las

responsabilidades de servicios sociales y sanidad. En ese ámbito quiero centrar mi exposición de hoy: cómo podemos mejorar esa coordinación a futuro para evitar volver a cometer los mismos errores.

Hoy nos encontramos en esta Comisión de Reconstrucción precisamente para ello, para reconstruir la confianza en el modelo de atención a nuestros mayores, y mi papel aquí es el de solicitarles ayuda; pedirles ayudas porque no podemos mantener estas discusiones políticas que tanto irritan a los ciudadanos. El otoño está muy cerca, señorías, peligrosamente cerca, y no podemos permitirnos el lujo de que un posible rebrote de la pandemia nos pille de nuevo discutiendo y sin coordinación. Se lo debemos a todos nuestros mayores y a sus familias. Lo ocurrido no puede volver a pasar. Y hoy, señorías, estamos aquí para comenzar el tránsito hacia un nuevo modelo.

Antes de avanzar, no quiero dejar de resaltar el importante esfuerzo realizado por los trabajadores del sector de los cuidados. Estos han realizado una labor encomiable durante la crisis para asegurar que nuestros mayores recibieran la atención que requerían, que sus familiares pudieran mantener el contacto con ellos y sobre todo superando situaciones tremendamente complicadas a las que no les hubiera gustado enfrentarse nunca. Y remarco este último punto: nuestros profesionales se dedican al cuidado y no a la cura, su trabajo es asegurar la calidad de vida de nuestros residentes, darles amor, apoyo, fortaleza y cuidados, al igual que hacen sus familias. Somos un sector compuesto por personas que trabajan para las personas.

Durante las fases más duras de la pandemia, los 245 000 profesionales del sector de la dependencia han hecho lo imposible por llegar donde la administración no podía llegar, y es que no nos olvidemos de que la atención a la dependencia en España se ha considerado hasta ahora como una competencia menor, con un papel clave de las comunidades autónomas y

corporaciones locales que han tenido que hacer frente a su demanda con grandes limitaciones presupuestarias.

Lo cierto es que el marco regulatorio que guía nuestro sector data del año 2006, una legislación relativamente reciente, pero que se ha demostrado ineficaz a la hora de abordar una pandemia de esta naturaleza, una ley cuya reforma resulta necesario analizar, ya que nuestro sector debe acoger en los próximos años a la generación del denominado *baby boom*, una reforma que debe tener en cuenta que las personas a las que cuidamos tienen una media de edad de 84 años, diversas patologías coincidentes en el tiempo, toman cinco o más fármacos y se encuentran en una situación de gran dependencia. Estamos hablando, por lo tanto, de una reforma que debería ayudar a recuperar la confianza en los profesionales del sector y mejorar la coordinación con el ámbito sanitario.

Como he señalado previamente, si algo ha puesto de manifiesto esta crisis sanitaria ha sido la descoordinación existente entre las áreas de servicios sociales y sanidad a todos los niveles. No se trata de un problema de una administración concreta, sino de una legislación que no estaba diseñada para hacer frente a una crisis de esta naturaleza.

Señorías, debemos afrontar un posible rebrote de esta pandemia en el otoño. Y para afrontarla con garantías necesitamos su ayuda y la de todas las instituciones. Debemos ser ejemplares, y desde nuestro humilde punto de vista debemos contemplar cuatro puntos fundamentales de actuación.

Ante un posible rebrote debemos, en primer lugar, contar con un sistema de alertas tempranas, que no sea de nuevo el sector quien tenga que solicitar a las comunidades autónomas la toma de medidas como el cierre de los centros de día o la restricción de las visitas en las residencias.

En segundo lugar, la realización de test masivos a los residentes y a los trabajadores de la residencias para conocer la situación de cada centro en cada momento y poder proceder a la correcta sectorización de los mismos.

En tercer lugar, contar con un plan de contingencia de EPI ante una posible saturación del mercado de nuevo.

Y en cuarto lugar, un plan individualizado de contingencia para la atención sanitaria en todos y cada uno de los centros residenciales. Necesitamos contar con el sistema de salud para atender las derivaciones y atenciones especiales que requieren los mayores con los primeros síntomas de la COVID-19.

Hace dos semanas vino a esta misma mesa de trabajo una compañera de otra asociación patronal para explicarles el pasado. Señorías, me gustaría que hoy pudiéramos hablar de cómo podemos recuperar la confianza de la sociedad diseñando de forma conjunta el futuro del sector de la atención a los mayores. Por ello, desde nuestro punto de vista resulta necesario profundizar en una legislación que tienda hacia un modelo de atención sociosanitaria. Las residencias no son hospitales, ni deben convertirse en hospitales; son el hogar de los mayores y deben seguir siéndolo, ara hacer frente a los problemas propios de las personas con necesidades especiales de cuidados y que permiten ayudar a nuestros mayores, por ejemplo a no estar solos y a seguir sintiéndose una parte fundamental de la sociedad. No obstante, debemos ser conscientes de que, dadas las características de las personas que viven hoy en día en las residencias, es necesario implementar un mayor grado de asistencia sanitaria en todos aquellos centros que por sus características así lo permitan.

Y en base a esta idea, señorías, apostamos por un modelo sociosanitario que, en primer lugar, ayude a fortalecer los circuitos de referencia entre atención primaria y los centros residenciales.

En segundo lugar, que permita reforzar los servicios hospitalarios de gerontología e intensifique su apoyo al circuito residencial.

En tercer lugar, creando un sistema de acreditación de centros para poder evaluar qué resistencias están en disposición de atender a las personas mayores con enfermedades crónicas, un colectivo que, sin duda, puede ser tratado en nuestros centros con una mayor especialización que los hospitales de agudos tradicionales. En estos casos es necesario dotar de mayor apoyo de personal sanitario (y hablo de médicos, enfermeros, auxiliares, fisioterapeutas) y resulta básico contar con una histórica clínica compartida entre las residencias y los sistemas de salud de todas y cada una de las comunidades autónomas.

Y por último y en cuarto lugar, debemos avanzar en este modelo sociosanitario creando equipos sanitarios interdisciplinares orientados a la atención de situaciones agudas y de emergencia asistencial en las residencias. Para estos avances sería necesario contar con la implementación generalizada de la telemedicina y de sistemas de información interoperables que ligen los servicios de atención a nuestros mayores en las residencias con los servicios del sistema público de salud.

Resumiendo, señorías, desde nuestro punto de vista, los esfuerzos a futuro habrán de concentrarse en mejorar el seguimiento de los pacientes y la coordinación y enlace con los servicios regionales de salud, que continuarán siendo los garantes últimos de la atención sanitaria a los residentes. En paralelo podría estudiarse la introducción de una nueva tipología de centro residencial con mayor grado de medicalización orientado a atender las necesidades más intensivas de atención sociosanitaria de algunos residentes. Para que una reforma de este calado pueda dar los resultados esperados es fundamental en cualquier caso que esté respaldada por un firme compromiso

de financiación que cubra los servicios adicionales prestados y la introducción de figuras de coordinación médica en las residencias.

Señorías, España no puede continuar por más tiempo aguantando las disputas políticas. Necesitamos que tengan altura de miras y sean capaces de buscar el bien común, de diseñar un sistema de cuidados que cuente con todas las garantías para los mayores, y también las sanitarias.

Según datos de la OCDE la financiación pública per cápita para atención a los mayores dependientes en España es la mitad del promedio de los países de su entorno. Creo sinceramente que esta cifra habla por sí sola, y es necesario calibrar los medios presupuestados a las ambiciones del conjunto de la ciudadanía por impulsar la calidad en la asistencia a los mayores. Esto es aún más urgente, considerando que la financiación actual de las plazas concertadas y en concesión cubre a duras penas los costes de cada plaza residencial. Si la financiación actual es de por sí insuficiente, difícilmente podrá sufragar servicios adicionales. Y para que sean conscientes de nuestra realidad, y en contraste con otros países europeos, en España carecemos de una línea específica de financiación de los servicios sanitarios que se están prestando a los mayores dependientes en las residencias.

La asignación de recursos adicionales es clave para mejorar la atención sanitaria en los centros. Además, las tarifas reflejan las necesidades reales. Actualmente no hay modulación de tarifas en función del grado de dependencia de los residentes. Sería conveniente lograr un nivel de financiación sostenible que cubra las necesidades reales, incluyendo las sanitarias y basándose en los costes contrastados de la cartera de servicios. Únicamente así podremos dar como sociedad un salto cualitativo hacia la atención que nuestros mayores requieren.

Potenciar el modelo de atención sociosanitaria a través de la colaboración público-privada es además dar respuesta a las crecientes necesidades de plazas residenciales ligadas al reto demográfico, como es el envejecimiento de la población y la cronicidad de las enfermedades. Es también apostar por un menor coste para las arcas públicas, mientras se garantiza el respeto a los mismos estándares de calidad y atención que rigen en las residencias de carácter íntegramente público, y es sin duda apostar por una capacidad de inversión y financiación fundamentales a la hora de adaptar el circuito residencial a la nueva normalidad pospandemia.

Este nuevo modelo requeriría también agilizar la gestión de la oferta de plazas residenciales, dando así respuesta a la creciente demanda de nuevas plazas fruto del proceso de envejecimiento demográfico. Garantizar la atención sociosanitaria con requisitos de acceso equiparables en las distintas comunidades autónomas es asegurar la igualdad en la calidad de los servicios, sin importar el lugar de residencia, sin que dependa del código postal en el que vivimos. Y para ello es esencial lograr una mayor armonización de las estrategias de planificación, de los requisitos previos de la autorización, de los sistemas de contratación y de los estándares de calidad.

Finalmente sería necesario revisar las tarifas actuales por residentes en función del grado de dependencia, lo que permitiría proporcionar un nivel adecuado de cuidados a aquellos residentes que por su condición de dependientes precisen de un mayor grado de atención.

En línea con el refuerzo de la atención sanitaria en los centros de mayores, debemos buscar una mejora de las ratios de presencia de personal sanitario en las residencias. Para ello podría explorarse la posibilidad de introducir nuevas figuras inspiradas en otros modelos europeos, como por ejemplo la figura del médico coordinador, cuya función es diseñar los

recorridos terapéuticos, acompañar la labor del personal médico y de enfermería, coordinar las buenas prácticas médicas y dirigir la colaboración con los servicios públicos de salud.

Otro asunto crítico que no debemos olvidar es la mejora de la formación reglada de los profesionales que trabajan en los centros de mayores, que debe ser uno de los objetivos centrales de la reforma del modelo residencial español. Señorías, el papel de los cuidadores o gerocultores es fundamental en nuestro caso, y su grado de preparación académica y profesional y su motivación impactan directamente en la atención sociosanitaria y en la calidad de vida de los residentes. Por ello, podría estudiarse el refuerzo de la formación profesional mejorando su capacitación con especial enfoque en los cuidados sanitarios.

La introducción de un sistema accesible para todos los cuidadores de evaluación de la calidad en las residencias de mayores, a semejanza de lo que existe en países como Alemania, Reino Unido o Países Bajos, permitiría aumentar la confianza en el sistema, potenciar la calidad de los servicios y facilitar su comparabilidad a los usuarios y a sus familias. Los indicadores podrían ser acordados de manera conjunta entre las administraciones públicas y los operadores del sistema residencial. La autorregulación y la introducción de un sello de calidad es una oportunidad para el sector de demostrar su compromiso y apuesta por la transparencia, al tiempo que podría conllevar un incremento de la calidad de atención y servicios de los residentes.

No podemos olvidar, señorías, que los sistemas de cuidados que permiten que los mayores continúen viviendo en su propio hogar son fundamentales para la población mayor a la que atendemos. Debemos potenciar los servicios como centros de día, ayuda a domicilio, teleasistencia como fórmulas que previenen la gran dependencia y que evitan la

institucionalización de las personas mayores. Estos servicios más cercanos a los mayores dependen en buena medida de las corporaciones locales, y debemos prestar toda la ayuda posible a estos ayuntamientos para incrementar los servicios que fomenten la autonomía personal de los mayores y permitan que sigan viviendo en su propio domicilio el mayor tiempo posible.

Esa, señorías, es la verdadera atención centrada en la persona, de la que tanto se está hablando últimamente, la que permite que el mayor se quede durante el mayor tiempo posible en su domicilio, porque la residencia que más se parece a su propia casa es exactamente su casa, y ese es el hogar donde todos y cada uno de nosotros queremos vivir mientras resulte posible.

Señorías, no quería acabar mi comparecencia de hoy sin dejar de resaltar los aspectos que considero fundamentales para evitar que se vuelva a repetir una situación similar.

En primer lugar, el modelo de atención residencial a las personas mayores debe ser revisado. Las organizaciones del sector así lo hemos venido reclamando desde hace años, y esta es una posición a la que se han sumado también las asociaciones de mayores, las sociedades científicas y el resto de expertos del sector. Y en esta revisión debemos definir el papel de los centros residenciales y establecer los criterios comunes de acreditación para el conjunto del país.

En segundo lugar, las necesidades de las personas mayores deben situarse en el centro del modelo de atención residencial; y esto conduce necesariamente a que deberán coexistir centros residenciales de atención eminentemente social con centros sociosanitarios que presten una atención integral a otras personas en situación de dependencia moderada o severa.

En tercer lugar, deberá asegurarse una eficaz coordinación con el sistema sanitario. Quienes residan en los centros residenciales deben continuar recibiendo una atención adecuada desde el sistema público de salud.

En cuarto lugar, las administraciones públicas tienen la obligación de asegurar una adecuada financiación del sistema de atención a la dependencia. No podemos continuar con un sistema que permite que miles de personas con un derecho reconocido fallezcan sin haber recibido la prestación a la que tienen derecho, o cómo se producen concertaciones públicas que difícilmente cubren los costes de funcionamiento.

Y en quinto lugar, apostar por una profesionalización del sector basada en reforzar a los profesionales que lo componen y generando una fuente de empleo estable, de calidad y altamente feminizado. Y este es un aspecto que guarda una estrecha relación con el anterior. Mientras el sector de atención residencial a las personas mayores continúe marginado en términos de financiación, continuará siendo un sector de tránsito para los profesionales. Queremos contar con los mejores profesionales. Queremos que todas las mujeres que trabajan con las personas mayores vean su esfuerzo reconocido social y económicamente. El nuestro, señorías, es un sector altamente feminizado (en un 90 % aproximadamente) y queremos que esas mujeres puedan decir orgullosas “mi trabajo es cuidar de los mayores”.

Por último, quiero agradecerles de nuevo la oportunidad de comparecer hoy aquí y trasladarles las propuestas que desde AESTE tenemos para construir el modelo residencial del futuro. Y ahora me pongo a su disposición para contestar a cuantas preguntas consideren oportuno.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Cubero. A continuación tienen la palabra los grupos parlamentarios. Si les parece, como en las otras sesiones, a primera hora cito a todos los grupos, y luego ya nos centramos. Por Teruel Existe, por el Partido Regionalista de Cantabria, por Foro, por Unión del Pueblo Navarro, por Nueva Canarias, por Coalición Canaria, por las candidaturas de Unidad Popular, por Euskal Herria Bildu, por el Grupo Parlamentario Vasco, tiene usted la palabra. Gracias, señora Gorospe.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta, y buenos días a todos. Gracias, señor Cubero. Buenos días, bienvenido a este grupo de trabajo. Unas cuantas preguntas en relación con su intervención, que ha sido muy completa, ha tocado muchos aspectos.

Uno de los últimos puntos al que se ha referido usted en la necesaria reforma del sistema se refería a la profesionalización. Previamente había dicho que tenía que haber una reforma del nivel profesional, que compartimos, en el que se tendría que profundizar en la mejora profesional de los profesionales y las profesionales que están trabajando en el sector, con trabajo estable y de calidad. Y se ha referido a que podríamos imitar algunos modelos como el de Alemania y algún otro país que ha comentado. No sé si podría ampliarnos la información al respecto.

Es algo que se está empezando a utilizar mucho, esta expresión de que todos deberíamos tener las mismas oportunidades sin importar el código postal donde vivimos. Y a nosotros nos gusta mucho incidir en la idea de que el lugar donde estamos, o lo que cada código postal, como ustedes se refieren, tiene en la prestación de los distintos servicios suele ser fruto, no de algo coyuntural, sino de una apuesta clara, estratégica de políticas públicas que a lo largo de

años y décadas se ha venido haciendo. Todos los partidos políticos en los municipios, en las diputaciones, en las comunidades autónomas, en los Estados confluimos a las selecciones con programas electorales donde llevan distintas políticas públicas que, si salen adelante, quiere decir que esas son las que van a tener más fuerza. Por tanto, de ahí esa diferencia entre códigos postales unos y otros, no por otra razón, sino porque quienes allí viven apuestan por unas políticas públicas. Yo puedo vivir en un municipio que no tiene piscina y mis compañeros, algunos de ellos, pues sí que tendrán. Quiero decir que de eso también tenemos que ser conscientes, de cómo tenemos estructurado esto y de que al final se elige qué programa se va a poner en marcha.

Usted ha dicho que cree que hay que favorecer y que es un buen sistema la colaboración público-privada. ¿Cuáles son, a su juicio, las fortalezas que pondría encima de la mesa de este sistema en relación al sistema público-público?, por ir reforzando la idea que tenía con argumentos.

Ha hablado en reiteradas ocasiones de la necesaria coordinación entre el sector social y el sector sanitario. Ha dicho que tenía que haber distintos centros, unos centros sociales, otros centros sociosanitarios. Y yo creo que este es el eterno debate que existe en el ámbito social, sanitario y sociosanitario: ¿deben convivir, debe haber una convergencia entre ambos sectores? Si hay una convergencia y están juntos, usted ha utilizado la expresión “es el hermano menor de la sanidad”, y muchas veces se dice “si juntas los dos ámbitos, al final el ámbito sanitario, que es el hermano mayor, muchas veces da la sensación de que va a terminar fagocitando al ámbito social”. Y por tanto, yo creo que aquí estamos en un dilema siempre a decir: es imposible avanzar en el ámbito de la dependencia, y sobre todo cuando estamos hablando de alta dependencia (y usted se ha referido a centros para

personas con patologías crónicas, que a partir de una edad tiene todo el mundo), pero nuestra pregunta sería esa: ¿cómo podemos estructurar esto de forma que puedan convivir pacíficamente sin que un sector poderoso fagocite al otro y vayan creciendo simultáneamente?

Y por último, en función de ese modelo que usted decía que tiene que ir cambiándose desde un modelo institucionalizado hacia uno donde la atención domiciliaria se potencia más, ¿cómo tendrían que estar estructuradas las administraciones? ¿Es razonable, por ejemplo, que en el ámbito de sus competencias exista un Ministerio de Sanidad, un Ministerio de Políticas Sociales, o tendría que ser conjunto?, ¿cómo ve usted la estructuración institucional, un poco para favorecer ese modelo que usted potenciaría?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias, señor Gorospe. Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Gracias, presidenta. Buenos días, señorías; gracias, señor Cubero, por sus aportaciones a este grupo de trabajo, también por su diagnóstico y sobre todo por las propuestas, muy constructivas. Lo primero, queríamos compartir, al igual que usted ha hecho, las condolencias con todos los que han perdido a un ser querido, especialmente y por su presencia hoy aquí, en el ámbito de las residencias de mayores.

Confieso que su comparecencia es especialmente valiosa, especialmente valiosa porque sabemos que los mayores han sido el colectivo más vulnerable en esta crisis. Nos ha expuesto un diagnóstico certero y soluciones, que es a fin de cuentas lo que nos interesa.

Nosotros consideramos esenciales tres puntos: en primer lugar tenemos el balance de lo sucedido, en lo que usted no ha incidido mucho porque también una compañera de la patronal, ya lo ha dicho usted, lo hizo; una situación actual de cómo se encuentra ahora mismo, cómo nos encontramos, en definitiva; y medidas para imponer a la hora de adelantarnos al posible rebrote que usted ha dicho, porque usted lo ha dicho muy bien, octubre está muy cerca, está demasiado cerca. Nos surgen dudas con las cifras, dudas amparadas por la inseguridad que el propio Gobierno ha demostrado a la hora de hacer ciertas contradicciones a las que asistimos día a día.

Le pregunto: ¿qué datos manejan ustedes con respecto a las residencias?, ¿cuál cree que es el problema por el que no se están contabilizando igual las personas fallecidas? Somos conscientes de que una residencia no es un hospital, usted también lo ha dicho. Quizás deberían contar con una atención reforzada a las personas mayores basada en el seguimiento, la monitorización, la prevención y la capacidad de obtener una atención previa. Pues bien, ¿qué figura o fórmula de atención sanitaria cree usted que sería la más adecuada para garantizar que esto no vuelva a suceder?

¿Qué opina de la presencia permanente del personal de enfermería supervisada por los equipos de atención primaria en las residencias de ancianos?

En cuanto a los medios de protección de personal y pacientes de sus centros, no he creído escuchar cuál ha sido la situación durante la pandemia. ¿Han contado con suministro suficiente de EPI? ¿Cuál es la situación en la que se encuentran ahora mismo?

Una orden del Ministerio de Sanidad indicaba que las residencias deberían prestar una atención médica a los usuarios contagiados por COVID-19

o que fueran puestos en cuarentena. Pues bien, ¿cómo les ha afectado esta orden y cuáles han sido esas consecuencias de esta misma orden?

Sin más, no le planteo más preguntas. Le agradezco de nuevo su comparecencia, sus aportaciones, que van a ser importantes a la hora de mejorar lo que nos interesa a todos, la atención sociosanitaria de nuestras personas mayores.

Muchas gracias.

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

El señor **ERITJA CIURÓ**: Muchas gracias, presidenta. Señor Cubero, buenos días, muchas gracias por su intervención. Compartimos realmente que es necesaria una reforma, una reforma en profundidad de todo lo que es el sistema sociosanitario, tanto por la parte más sociosanitaria, pero incluso exclusivamente la parte más residencial, más social que usted ha comentado. Sabemos que hay muchos niveles en ese sentido, donde hay una demanda más sanitaria por un lado y también sectores donde no hay tanto una demanda sanitaria, sino más una demanda social. Por lo tanto, lo que tiene que haber es una coordinación realmente entre dos modelos. En ese concepto de coordinación, creo que marca usted muy bien la idea de que, por un lado, tenemos un sistema social articulado con unas dinámicas propias, y luego por otro lado tenemos un sistema sanitario también con unas dinámicas propias. La dificultad va a ser realmente cómo entrelazamos dos modelos que han funcionado por separado y a partir de puntos de vista diferentes.

Y en ese sentido sí creo que es importante lo que ha marcado también usted y que han marcado otros comparecientes, que es importante tener en

cuenta que, por un lado, dentro del sistema sanitario está la atención primaria como elemento o eje que articularía toda esta parte más asistencial, y por otro lado estaría toda la parte de servicios sociales, que muchas veces son de las propias comunidades autónomas o de los municipios, que sería la parte en la que pivotaría la parte social. Creo que han de ir por ahí los tiros, y en todo caso cualquier esfuerzo de coordinación tendría que ir por aquí.

Por otro lado es importante en ese sentido tener en cuenta, y ya le pregunto, que ha hablado usted también de la forma, de la calidad, de cómo marcar unos estándares de calidad en lo que sería el propio sistema sociosanitario. Sabe usted que, por ejemplo, en el mundo sanitario hay elementos y ejemplos, en la misma Comunidad Autónoma de Cataluña, hay ejemplos de financiación pública a partir de objetivos, de si se cumplen o no los objetivos. Yo creo que podría ir por aquí, en función del cumplimiento o no de objetivos, eso quiere decir todos los niveles de calidad que alguien quiera marcar, pueda ser el elemento clave a la hora de financiar cualquier centro de estos. Por lo tanto, creo que tendría que ir por aquí, ¿no?

Por otro lado, es evidente que aquí faltan recursos, faltarán recursos. Hay previsión de recursos para el sistema sanitario con los fondos que puedan llegar, pero no sé si se ha hablado mucho tampoco de los recursos que se puedan enviar a todo lo que es el sistema social, nadie ha hablado de recursos al sistema social. Y por lo tanto, en ese sentido creo que es importante tener en cuenta que hay una ley, que es la ley de dependencia, y sabemos que el Estado durante muchos años no se ha comprometido a pagar la parte que le correspondería, que es la parte que realmente al final han sobrecargado comunidades autónomas y también municipios. En ese caso quizás sería el momento, no sé, creo yo que sería el momento de que realmente la parte de financiación del Estado se reforzase de cara a cumplir lo que realmente tenía

que establecer, que es cubrir toda esta ley de dependencia, toda esa financiación de dependencia para hacer frente a lo que nos viene encima.

Muchas gracias.

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

La señora **MEDEL PÉREZ**: Hola, buenos días a todos. Señor Jesús Cubero, bienvenido. Ha enmarcado usted todo el proceso en realidad en el marco general de un déficit de financiación general que afecta no solamente a las residencias sino que afecta a toda la sanidad, residencias y sanidad, y en una falta de equidad. Yo estoy de acuerdo: yo creo que lo que dice la compañera del Partido Nacionalista Vasco tiene razón en una cosa, que aquí hay códigos postales que se han gestionado de una manera distinta a otros códigos postales, y hay gobiernos autonómicos que han invertido en servicios públicos mucho más por habitante y año que otras comunidades. Pero también pienso que si venimos aquí para ver qué vamos a hacer a partir de ahora, pedir una equidad entre las distintas comunidades autónomas también es justo, porque si se han venido equivocando hasta ahora y han considerado gasto lo que aquí se ha dicho que en realidad es una inversión, vamos a ver si todo eso lo podemos modificar y buscar esa equidad que hasta ahora no se ha plasmado nunca. Hay comunidades que lo han hecho fenomenal, seguramente, como la señora Gorospe dice, y es así, ellos invierten mucho más; vamos a intentar corregir eso, porque a fin de cuentas todas las personas merecen esa equidad.

Me ha parecido por otro lado también que ha dicho usted, no sé si lo he entendido bien, porque igual no, que cuando habla de la gestión de las residencias, ustedes son empresas privadas o conciertos o puramente privadas,

las que son concertadas reciben un dinero público, pero me ha parecido que usted ha dicho que es más eficiente la gestión privada, creo que ha dicho eso, ¿verdad?, en comparación con la pública. Entonces, mire, parece que se podría plantear que si una empresa privada se tiene que llevar un beneficio de toda esta gestión, ¿por qué no gestionamos directamente lo público? ¿Que es que los trabajadores públicos no trabajan como los otros? Esa diferencia de beneficio, ¿a qué se debe? Y le quiero poner un ejemplo, un ejemplo-pregunta: ¿es verdad que solo el 50 % de los ingresos que reciben las empresas gestoras de residencias, solo el 50 % de los ingresos va a gasto de personal? Porque hay unas declaraciones en una reunión que hubo aquí en Madrid, creo, de la señora Zabaleta, de Mondragón, que gestiona 1350 camas, que dijo que aquello era... que dedicar solamente el 50 % de ingresos al gasto de personal es explotación, que los ratios que ellos tienen en sus empresas son de más del 75 % lo que va a dedicado a personal. Quiero decir, que si tienes ratios muy bajos de personal garantizas la eficiencia a costa del personal y a costa del servicio.

Y otra cuestión que quería: se dice, ha salido publicado, un ejemplo en cifras, que en torno a 4500 millones de facturación (la cita la he sacado del periódico *El País* de mayo de 2020) y que estas instituciones, esto en residencias, atraen a empresas de capital riesgo por su altísima rentabilidad. Quería que comentara esto, si es posible.

Y otra cosa que quería comentarle: ¿qué le parecen a usted esas circunstancias en las que una persona mayor renuncie, tenga que renunciar a su vivienda, a su inmueble, por unos ingresos determinados para poder subsistir?

Y eso, ya está, gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias. Por el Grupo Parlamentario Vox.

La señora **TRÍAS GIL**: Señor Cubero, muchas gracias por estar hoy aquí. En su intervención ha hecho unas muy interesantes propuestas acerca de la reforma que haría falta en este sector a medio y largo plazo, propuestas que deseamos hayan escuchado atentamente los partidos que ahora están en el Gobierno y que son a los que corresponde tomar las decisiones en este sentido.

Por nuestra parte vamos a centrarnos en lo que necesitamos ya hoy, la parte que ha tratado del tan mencionado y más que posible rebrote de casos, ese peligrosamente cercano otoño, y para que lo ocurrido, como usted bien ha dicho, no pueda volver a pasar. ¿Qué va a cambiar en ese caso respecto del drama que hemos vivido y que seguramente usted ha padecido en primera persona?

Pide un sistema de alertas tempranas: ¿se ha avanzado ya en ese sentido? ¿Cómo se va a proceder? ¿Cada comunidad autónoma va a tener un protocolo de actuación o se va a simplificar estableciendo un protocolo único consensuado por todas las comunidades autónomas? Desde nuestra perspectiva, un protocolo de este tipo debería poder estar consensuado en todo el territorio español, de forma que la vida de un residente extremeño o abulense esté igual de bien protegida que la de un catalán o la de un vasco, por ejemplo.

Nuestro grupo parlamentario, desde el primer momento en que se declaró la pandemia hemos propuesto realizar PCR como medio de atajar la epidemia, empezando por los profesionales sanitarios y sociosanitarios y todos los casos sospechosos y los contactos estrechos. Y esa estrategia conlleva hacerlos de forma prioritaria y ya mismo a los ancianos de las residencias. ¿Hay algún acuerdo concreto respecto de este particular? Nos interesa saber

qué se está haciendo ya ahora, y cuál es el plan frente a la posibilidad del rebrote de octubre. También saber si el criterio una vez más va a ser según la comunidad autónoma o va a haber una directriz nacional que todas las comunidades autónomas deberían cumplir.

Otra de sus propuestas es un plan individualizado de contingencia para la atención sanitaria en cada uno de los centros residenciales. Sin duda cada centro conoce el perfil de sus residentes y puede anticipar qué necesidades pueden surgir en caso de rebrote. ¿Quién se encargaría de elaborar el plan y de ejecutarlo? ¿Quién asegurará que funcione la coordinación entre los diversos actores implicados? ¿Quién va a responsabilizarse?

A nivel más práctico y operativo, también nos gustaría saber cuántos enfermos en las residencias de ancianos fueron hospitalizados, cuántos fueron a la UCI, cuántas pruebas PCR se han realizado, y también cuál es la proporción de test PCR realizados en los distintos periodos de la epidemia y también ahora.

¿Hay alguna lista oficial de los fallecidos por COVID-19 en las residencias que controla AESTE? ¿Cuántos de los que contrajeron la enfermedad fueron hospitalizados por COVID-19 y a cuántos no se les internó? ¿Qué criterio se siguió? En función de la decisión adoptada, ¿cuál ha sido el resultado? ¿Qué conclusiones inmediatas se pueden sacar que nos sirvan para actuar con agilidad ahora y ante un posible rebrote? También querríamos saber, durante toda esta pandemia cuántas veces se han reunido ustedes con el vicepresidente Iglesias: ¿es fluida esa comunicación? Por nuestra parte tenemos poca confianza en lo que vaya a hacer en este sector. En esta pandemia ha demostrado que no le interesan, pues hemos visto cómo rápidamente en cuanto ha podido ha delegado responsabilidades en los servicios regionales de salud con todas las consecuencias que todos

conocemos. A los mayores los llama viejos, y ni siquiera se ocupa de ofrecernos con un mínimo de dignidad unas cifras de fallecidos reales, porque valora la vida en términos utilitaristas y no en la clave de dignidad que usted muy bien ha expuesto.

También nos interesa saber qué opina del modelo nórdico propuesto por el vicepresidente. Desde el Gobierno se habla del problema de las residencias para poder dar una atención digna a los mayores. ¿No cree que es necesario apostar por medidas con un menor coste y que fomentan la autonomía personal de las personas mayores retrasando su entrada en las residencias? Y me refiero a los servicios de centros de día, teleasistencia o ayuda a domicilio. Usted bien lo ha expuesto, porque la residencia que más se parece a su propia casa es su propia casa. Usted nos lo ha mencionado, pero nos gustaría si nos pudiera dar más detalles.

Muchas gracias.

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

La señora **GARCÍA RODRÍGUEZ**: Muchas gracias. El Partido Popular acude a esta comisión a escuchar y a hacer propuestas, como bien dice siempre Ana Pastor, pero que la nueva normalidad no nos haga olvidar los errores cometidos. Hay que ver cuáles han sido las debilidades, para buscar soluciones, y la mejor forma es escuchando al sector, como hacemos hoy aquí. Gracias, señor Cubero, por su exposición.

A día de hoy no sabemos las personas que han fallecido en las residencias; se estima que 19 000 personas, y sus familias necesitan respuestas y saber qué ha ocurrido. La verdad es que ha habido desabastecimiento de

material, se han desoído las alarmas de la OMS, y la autoridad competente ha sido incapaz de gestionar la compra centralizada: hubo falta de material, no llegaba a las residencias el material comprometido por el Gobierno y las residencias desabastecidas acudían al mercado privado y el Gobierno confiscaba ese material. Por eso, ante un posible rebrote el Partido Popular propone crear una reserva estratégica de equipamientos y productos sanitarios en línea con lo que usted dice: test masivos, EPI, material de protección y material sanitario.

La verdad es que el 14 de marzo cuando se declara el estado de alarma el virus ya estaba dentro; el real decreto del estado de alarma con el mando único con el personal sanitario a sus órdenes deja a las residencias en terreno de nadie, y como usted dice, sin duda hay que abordar la coordinación de lo sanitario con lo social. Las residencias son hogares, no son hospitales. Usted decía hoy y hablaba del tránsito hacia un nuevo modelo. Sin duda el Partido Popular plantea una estrategia marco de atención sociosanitaria que integre los recursos sanitarios y sociales, que garantice la protección a las personas mayores, que garantice los apoyos necesarios a lo largo de la vida de las personas, también en situación de emergencia, desde una perspectiva de derechos y de dignidad de las personas mayores; con la perspectiva también de la innovación social y de la tecnología, como usted bien comentaba, y la historia clínica compartida entre las residencias y sanidad.

La verdad es que la normativa de 2006, usted decía que ha sido ineficaz para abordar la pandemia. Por eso el Partido Popular también urge a analizar en profundidad el sistema de dependencia. Tener en cuenta las conclusiones de la comisión de análisis y estudio que por unanimidad se aprobó por todas las comunidades autónomas y en la Conferencia de Presidentes en el año 2017; hay que reforzar la financiación, hay que eliminar las listas de espera y

también hay que mejorar la cobertura en la teleasistencia avanzada y la atención domiciliaria desarrollando la figura de asistencia personal y reforzando el modelo residencial.

Es verdad que de los 16 000 millones que va a destinar el Gobierno de España a las comunidades autónomas se dedican cero euros a la atención social, a la atención de los dependientes y a la atención de las personas mayores. Usted y compañeros suyos del sector residencial dicen que durante semanas se han sentido solos y desprotegidos: solos porque alertaron al Gobierno desde febrero en varias ocasiones y no fueron atendidos en ningún momento. Es verdad que el 19 de marzo el vicepresidente se arrogó las competencias, se puso al frente de las residencias, pero pocos días después las cosas empezaron a torcerse, las noticias dramáticas, los SOS del sector residencial, y finalmente decidió adoptar la política del avestruz con consecuencias catastróficas en términos de mortalidad y sufrimiento. Y es ahora que se pasa de la política del avestruz a la política del ventilador culpando a todos, a las comunidades autónomas a las que abandonó y a las residencias privadas que son, parece, según el vicepresidente, las culpables de todo, olvidando que muchas residencias privada además están dirigidas por instituciones sin ánimo de lucro, como usted bien sabe.

Por ello le pregunto qué opinión le merece el plan del vicepresidente segundo de nacionalizar residencias. ¿Sabe cuál sería el coste para los contribuyentes? ¿Es viable? ¿Se han reunido ustedes con el vicepresidente segundo? ¿Considera que ha atendido el vicepresidente segundo las demandas del sector residencial? ¿Envió el mando único material de protección y sanitario a las residencias? De ser así, ¿cuánto material envió el Gobierno a las más de 5500 residencias que hay en España? ¿En qué fecha empezó a llegar dicho material? ¿Qué medidas de coordinación específicas entre la atención

primaria y la atención residencial proponen para garantizar la atención sanitaria a las personas mayores que viven en las residencias? ¿Cree que las residencias deberían estar medicalizadas, en qué medida?

El vicepresidente culpa a las residencias privadas, ¿y me puede concretar si la catástrofe ha distinguido entre centros públicos y privados, por favor? ¿Cree que el Gobierno debería haber declarado antes el estado de alarma? ¿Qué habría pasado si las medidas se hubieran tomado antes, si se hubiera comprado material, si se hubiera enviado ese material a las residencias, cuántas muertes se habrían evitado?

Muchas gracias.

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

La señora **PRIETO NIETO**: Muchísimas gracias. Buenos días, señor Cubero, bienvenido a esta Comisión de Reconstrucción Social y Económica de España, a este Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública, bienvenido al Congreso de los Diputados.

La verdad es que a este grupo de trabajo y a esta comisión mi grupo viene con voluntad de acuerdos, a escuchar a todos los comparecientes para así tener una visión en 360 grados de todo el sector e intentar poner los pilares básicos de una mejora de nuestro sistema sanitario y sociosanitario.

Por eso mismo no vamos a caer en intentar, lo que hacen otros grupos, utilizar esta comisión para enjuiciar al Gobierno, creo que para eso hay otros foros. Aquí venimos con el ánimo de construir y de intentar entre todos aportar lo mejor para nuestro país.

Me gustaría plantearle algunas preguntas. Por ejemplo, ¿considera usted que en nuestro país hay una adecuada atención y coordinación sociosanitaria?, que profundice. También me gustaría que valorase lo que ha propuesto el Defensor del Pueblo, valorar la viabilidad o no de residencias propiamente sociosanitarias con atención médica y de enfermería más amplia y extensa, qué opina usted al respecto.

Y por otra parte me gustaría también preguntarle su opinión sobre los bulos que circulan en relación al tema de las residencias, porque creo que no es bueno, y es peligroso para la salud embarrar el debate con bulos que circulan por las redes. Por poner un ejemplo, y ya que estamos hablando de residencias, pues circuló un documento del Ministerio de Sanidad del que se extrajo una parte con la que se construyó una mentira, por qué no decirlo, porque es un documento que no obligaba a mantener a los ancianos con sintomatología de COVID en residencias y a no trasladarlos a los hospitales, se difundió este documento, y creo que la difusión de documentos en este sentido hace muchísimo daño a nuestro sistema de salud y al sistema residencial.

También me gustaría saber su opinión sobre esa noticia que surgió la semana pasada de que los mayores con seguro privado sí fueron trasladados de residencias a hospitales en la Comunidad Autónoma de Madrid.

También me gustaría conocer su opinión sobre relatos que están surgiendo en los medios estos días, por ejemplo en residencias de mayores en Galicia, por ejemplo en Cangas, parece que las familias van a presentar querellas contra las direcciones de las empresas y la Dirección General de Mayores de la Xunta; se concentran familias de usuario reclamando transparencia a la hora de conocer los datos exactos de los fallecidos, porque hay una discrepancia importante en las cifras de los fallecidos que se

comunican desde las residencias, y creo que el mayor homenaje que les podemos hacer a nuestros mayores que han fallecido víctimas de COVID es que sus familias conozcan exactamente la verdad. Creo que es nuestra responsabilidad. Y estos fallecimientos que se han producido en las residencias, por lo menos, ya que los fallecimientos no podemos volverlos atrás, que sus familias conozcan la verdad.

También me gustaría decir que las responsabilidades en residencias son de las comunidades autónomas. Y también para terminar, una observación: y es decir que el Consejo Interterritorial de Salud, donde se reúnen con el ministerio los consejeros y consejeras de todas las comunidades autónomas, hasta el 14 de marzo, en las, si no recuerdo mal, diez reuniones que tuvieron nadie expuso una sola discrepancia con las medidas que al final se acordaron entre todos, que es como mejor se trabaja, acordando independientemente de los colores políticos de cada comunidad autónoma medidas conjuntas entre todos, y así ocurrió en el Consejo Interterritorial de Salud en esas diez reuniones mantenidas entre todas las comunidades autónomas y el Gobierno de España hasta el 14 de marzo, en la que nadie manifestó una sola discrepancia de lo que allí se decidía y se tomaron decisiones conjuntas, a los cuales desde aquí felicito y agradezco y les pido que continúen así.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señor Cubero, tiene usted la palabra para responder a todas estas cuestiones.

Muchas gracias.

El señor **CUBERO HERRANZ**: Muchas gracias por las preguntas, señorías, y voy a intentar contestar a las no pocas cuestiones.

En primer lugar, del Grupo Vasco con la señora Gorospe: estoy totalmente de acuerdo con usted, y a mí me gustaría particularmente ese modelo y la financiación de Euskadi. Actualmente es una joya ese modelo, es el que todos los operadores queremos y es como debería funcionar. Al tener una financiación mayor, eso permite que los empleados reciban una mayor remuneración, que haya una mayor profesionalización y que sea un sector donde todos los empleados se quieran quedar en el sector. Ese es el modelo hacia el que debemos tender, y por tanto le felicito, y admiro ese modelo, y es del que deberíamos tomar nota para extender al resto de España con esa financiación.

Lo cual no quita que a mí sí me gustaría, y como comentaba la diputada del Grupo de Unidas Podemos, que tomemos nota, que aprendamos de esos errores, y que seamos capaces de trasladar ese modelo, de coger esa comparativa y coger las mejores iniciativas de cada una de las comunidades autónomas y trasladarlas al resto del territorio. Deseo ese modelo, y por lo tanto deseo que todos los ciudadanos españoles puedan disfrutar de esas bondades.

Preguntaba el diputado del Grupo de Ciudadanos las medidas que deberíamos imponer para un posible rebrote. Yo creo que son cuatro y son básicas: un sistema de alertas tempranas, importante. Cuando surgió la pandemia, cuando tuvimos notificación, en muchos casos fuimos las propias residencias, los propios centros, las propias empresas las que tuvimos que solicitar a las comunidades autónomas, a las autoridades que prohibieran, que nos autorizaran a prohibir las visitas, a restringirlas. Y nos encontramos con situaciones donde las familias incluso no entendían que se hiciera esa prohibición, y luego posteriormente nos agradecieron que se tomaran esas

iniciativas. Pero nos costó en algunas de las comunidades autónomas tirar de los políticos para que se prohibieran y que se tomaran ese tipo de decisiones.

En segundo lugar, los test: necesitamos que haya un plan de contingencia para disponer de test y que se pueden realizar de una forma generalizada a todos los residentes y a todos los profesionales para poder sectorizar bien los centros y para poder atender como es debido a todos los mayores.

En cuanto a los EPI, es una responsabilidad de las empresas y de las entidades que gestionan, es decir, no debe caer en las administraciones públicas, y debemos ser maduros y hacer nuestros deberes y hacer ese trabajo bien. El problema es si vuelve a haber una situación como la que se dio a principios de marzo, donde el mercado se satura y obviamente es complicado para una empresa poder comprar cuando lo está haciendo el Gobierno, cuando lo están haciendo las comunidades autónomas, porque hay una saturación del mercado. Y sobre todo, si las grandes empresas o los grandes grupos tuvieron problemas también para acceder a este tipo de materiales, no quieren imaginarse lo que se vivió en algunas residencias de las pequeñas, era prácticamente imposible. Entonces, creo que todavía estamos a tiempo, otoño está cerca pero tenemos tiempo y podemos hacer un plan de contención para que se disponga de un *stock* de seguridad de ese tipo de materiales.

Y por último, la coordinación sociosanitaria: me había preguntado también algún otro grupo ese plan de coordinación sociosanitaria que debe existir. Es básico, es decir, debemos tener un plan de contingencia individualizado que debe ser realizado por cada uno de los centros y que debe ser aprobado y visado por cada comunidad autónoma, por cada consejería de sanidad, para saber que, si mañana hay un rebrote en alguno de los centros, cómo se va a operar, cómo se va a atender ese posible rebrote, con qué

medios, en qué hospital, qué geriatra de enlace, con qué centro de atención primaria, que esté todo claro y que sea algo inmediato, que esté automatizado.

Preguntaba el compañero del Grupo Republicano el modelo de atención sociosanitaria en Cataluña: lo mismo, le comento como a la señora Gorospe, creo que es un muy buen modelo, creo que es el modelo hacia el que debemos tender en esa atención sociosanitaria, es el único caso que tenemos en España de atención sociosanitaria y creo que es un modelo a exportar en general. Es un modelo en el cual se fijan unos objetivos en la recuperación de las personas y en base a eso se pacta una financiación. Eso permite que haya una eficiencia, que no se vaya al coste de una cama sanitaria que puede ser diez veces el de una cama sociosanitaria, y eso permite además que se cuide y que se recupere a las personas mayores en un ambiente mucho menos hostil como pueda ser el de un hospital. Creo que al final lo que debemos ser es... Y en eso consiste la eficiencia, la eficiencia no es otra cosa. Cuando hablábamos antes del sistema público o de la gestión público-privada, de la colaboración público-privada, no es que un modelo lo haga mejor o peor, los trabajadores son los mismos, podrían saltar de un modelo a otro sin ningún problema. Pero sí hay una mayor eficiencia en esa colaboración público-privada, es algo que está demostrado con números, y al final en todas las comunidades, donde todos los partidos gobiernan, como el problema lo tienen más cercano siempre se utiliza ese modelo, porque genera una eficiencia y puede ofrecer una mayor calidad a un mayor número de ciudadanos.

Yo, señorías, creo que su función es la de gestionar los fondos que los ciudadanos, los trabajadores y las empresas ponemos a su disposición. Cuando se habla de que un modelo debe ser público y pagado por el Estado, el dinero público no existe, el Estado no tiene dinero, el Estado gestiona el dinero que los ciudadanos ponemos en sus manos para que nos dé los mejores servicios, y

que lo hagan al mayor número de ciudadanos posible, y eso es la eficiencia. Y allí donde todos ustedes gobiernan, al final el modelo que hacen tanto en ayuntamientos como en comunidades autónomas es el modelo de colaboración público-privada, porque ustedes lo saben. Y lo que hay que hacer es controlar muy bien, definir esos estándares de calidad.

Estamos en un sistema, en un modelo, yo creo, o en un sector de los más controlados en España, de los más regulados. Tenemos donde se regula el precio al que se va a pagar una plaza, donde se regula el porcentaje y las ratios que hay, la composición de la plantilla, donde se regula incluso la composición calórica de los menús que deben tomar los residentes. Es decir, creo que el único papel que le queda a la administración al final es garantizar esa calidad. Y ahí es donde sí les debemos pedir que hagan unas buenas inspecciones, que hagan un buen sistema de control y que garanticen a los ciudadanos que la atención que les hemos prometido es la que se va a dar. Ese, creo que debe ser el papel de la administración pública.

Comentaba la diputada de Unidas Podemos sobre la falta de equidad y la financiación: he comentado y estoy de acuerdo, y lo comentábamos antes de comenzar la intervención, me encantaría que el modelo de financiación y la determinación de los distintos gobiernos que han pasado por el Gobierno Vasco le han dado una importancia enorme al tema social, a la asistencia social a los mayores, y creo que de eso debemos aprender todos, creo que no hace falta que lleguemos a una situación de pandemia como la que hemos vivido para aprender de ese modelo. Pero yo sí quiero que ese modelo se traslade a todo el Estado y que no dependa del código postal en el que resida una persona o de la comunidad autónoma en la que reside para que tenga una atención de una u otra calidad.

Y algo que falta también en nuestro país y que sí que echo en falta es que definamos una cartera de servicios sociales unificada. Creo que es algo que debemos tener todos, y seguir aprendiendo de esas buenas prácticas que comentaba el diputado de Esquerra que se están aplicando, por ejemplo, ahora en Cataluña. Creo que esos dos modelos, el catalán y el vasco, tienen muchas bondades, creo que pueden ser exportables al resto de España, y lo que debemos hacer es tomar nota de las cosas buenas que tenemos y que se puedan extender al resto de comunidades autónomas.

Planteaba la diputada de Vox qué debíamos hacer ante un posible rebrote en otoño, lo hemos comentado también. Si hay algún acuerdo concreto para una utilización generalizada de test PCR: de momento nosotros no tenemos noticia. Estamos trabajando con las comunidades autónomas, que al final es en quien recae esa responsabilidad. Debe ser coordinado todo por el Gobierno de la nación, pero al final la intervención, quien la tiene son las comunidades autónomas, y estamos trabajando ya en algunas de ellas, estamos pidiendo incluso reuniones a los distintos grupos parlamentarios de los gobiernos regionales, de los parlamentos regionales, para analizar ese posible rebrote.

¿Qué opinaba del modelo nórdico?, me pregunta también. Pues yo creo que hay que adecuar las necesidades a la localización también; es decir, es un modelo que triplica los costes del modelo actual, que es un modelo que en pequeñas comunidades donde prácticamente todos cuidan de todos, donde hay una interrelación grande entre los residentes... Pero veo un claro problema de financiación; si hasta ahora durante todos estos años no hemos sido capaces de que el Estado aporte el 50 % de la financiación del sistema, donde seguimos teniendo personas que esperan, una lista de espera, y en muchos casos fallecen antes de recibir el recurso que se les ha reconocido, me cuesta mucho pensar

que vamos a ser capaces de triplicar de la noche a la mañana la financiación que vamos a dar. Ojalá, ojalá tengamos dinero para financiar ese modelo, y a lo mejor no es el modelo ideal. Nosotros, a lo que les instamos es a que se cree una mesa de trabajo formada por expertos, que escuchemos la opinión de los mayores, que es básico. Y a mí me hubiera gustado que en esta comisión al menos una asociación de mayores hubiera podido trasladar la voz, porque siempre estamos opinando por ellos, y no debe ser así; debemos respetar su independencia, su autonomía, y es bueno contar con todas esas asociaciones para que expresen sus opiniones y que nadie tengamos que hablar por boca suya.

Me preguntaba la diputada del PP si habíamos recibido el material del mando único: nosotros hemos recibido material, realmente nos lo han entregado las comunidades autónomas en todos los casos. Yo no sé si ha provenido del Gobierno, si han sido las propias compras de las comunidades, no sé en qué medida ha sido de cada uno de nosotros. Bastante teníamos en esa situación con recoger y con distribuir. Y sí ha habido un ejercicio de solidaridad en nuestros centros y en nuestras residencias y en algunas de las comunidades autónomas, y no quiero citar ninguna por no poner a nadie en un compromiso. Pero las empresas más grandes, sí llegó un momento en que renunciaron a ese material porque ya eran capaces de comprarlo y no querían que se lo suministrara el Gobierno ni las comunidades porque había otras entidades más pequeñas que necesitaban realmente ese material.

Y en cuanto a las preguntas de la diputada del PSOE, sobre los bulos en relación con las residencias y los distintos protocolos que han ido surgiendo, yo creo que en toda esta pandemia, ustedes a lo mejor no se imaginan o tienen una visión parcial del volumen ingente de protocolos que han ido surgiendo tanto del Gobierno como de todas y cada una de las comunidades autónomas.

A mí me ha tocado centralizar esos protocolos, y entiendo que todos y cada uno de ellos ha ido fallando en alguna cuestión, y por eso se han ido modificando. Es decir, modificar protocolos ha sido por eso, porque eran erróneos. Con las derivaciones sucede lo mismo: yo no quiero pensar que nadie, que ningún geriatra toma una decisión equivocada pensando que deja de proporcionar asistencia a nadie. Creo que son decisiones que se toman en un momento delicado y que cuando se toman en una situación de pandemia seguramente nos equivoquemos. Lo que nos toca ahora es rectificar, corregir el rumbo y tomar las medidas de cara a otoño. Tenemos un posible rebrote a la vuelta de la esquina. Yo creo que lo que nos toca ahora es ese punto de sensatez de ponernos a trabajar; les pedimos esa altura de miras a todos ustedes y que nos pongamos a trabajar.

¿Hubo errores? Por supuesto que hubo errores. De lo que se trata es de que intentemos que no se repitan y de corregir los que ya se han producido. Y yo, antes de nada, lo que sí quería era concluir esta intervención, señorías, con las ideas que deben guiar la atención a los mayores en el futuro y que ya han sido recogidas en muchos informes. Y brevemente les resumo que son la profesionalización de los servicios, que debe ser un principio básico para que podamos atender a las personas mayores desde la dignidad y desde el desarrollo de la autonomía; el contar con un sistema de acreditación equitativo, es decir, necesitamos que los centros se acrediten por niveles, que veamos qué son capaces de hacer en cada uno de ellos y en base a eso a qué tipo de residentes, a qué tipo de mayores podemos atender.

Señorías, es importantísimo que fomentemos el desarrollo de la autonomía personal. Se ha centrado mucho el debate en las residencias, pero tenemos los centros de día, los servicios de ayuda a domicilio y los servicios de teleasistencia, y esa, de verdad, es la mejor forma de promover la

autonomía personal y que los mayores se queden en su casa, que es donde deben estar. A mí me gustaría residir hasta que pueda en mi casa, y cuando no pueda y necesite otra serie de cuidados, seguramente vaya a una residencia. Y cuando seguramente en la residencia tampoco me puedan atender, acabaré yendo a un hospital. Pero debe ser ese el circuito, es decir, todo el tiempo que los mayores puedan permanecer en su casa es lo que debemos hacer. Potenciar la colaboración público-privada para poder llevar más calidad al mayor número de ciudadanos posible. Y lo decía antes, crear una mesa de trabajo en la que puedan participar las asociaciones de mayores, los sindicatos, las empresas de atención a la dependencia, y que definamos de forma conjunta cuál es la cartera de servicios que debe existir en los próximos años en España.

Desde aquí, y en nombre de los operadores del sector, en nombre de nuestros trabajadores y residentes, y también como ciudadano particular, yo sí que les quiero pedir, les ruego que por favor enfoquen sus energías y sus capacidades en que construyamos un sistema mejor; que aparquen por un momento las disquisiciones ideológicas y que seamos capaces de poner el interés general por encima de todos nuestros intereses particulares.

Señorías, nosotros les queremos tender la mano, no para señalar culpables, sino para coger con fuerza las riendas del mañana, un mañana en el que las personas más vulnerables tengan garantizados sus derechos de atención sociosanitaria. Y les llamo a la urgencia porque ese mañana no puede esperar; nuestros mayores no pueden esperar, el tiempo pasa y no perdona.

Gracias por su atención, señorías. Esperamos que nuestra contribución a los trabajos de reconstrucción sea útil para aprender de la crisis sanitaria que ha generado este virus, y lo que es más importante, si queremos mirar al futuro y evitar que vuelvan a repetirse algunas de sus peores consecuencias. Y por

supuesto, estamos a su disposición para participar en cuantos grupos de trabajo y comisiones consideren oportunas. Los mayores necesitan que en estos momentos seamos capaces de sacar la mejor versión de nosotros mismos. Es algo que les debemos como sociedad. No les volvamos a fallar.

Muchas gracias. [**Aplausos**]

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Cubero, por su presencia, por sus aportaciones y por habernos escuchado y habernos dado todo su interés y su opinión, muchas gracias de verdad.

COMPARECENCIA DE DON ANTONIO BARBARÁ MOLINA, MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA. MIEMBRO DE DEMPEUS PER LA SALUT, FUNDADOR DE LA MAREA BLANCA DE CATALUÑA.

La señora **PRESIDENTA**: Continuamos la sesión con la comparecencia de don Antonio Barbará Molina, médico especialista en medicina interna, miembro de Dempeus per la Salut, fundador de la Marea Blanca de Cataluña. Muchísimas gracias por su asistencia hoy aquí. Tiene usted la palabra.

El señor **MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA. MIEMBRO DE EMPEUS PER LA SALUT, FUNDADOR DE LA MAREA BLANCA DE CATALUÑA** (Barbará Molina): Muchísimas gracias a todos ustedes. En primer lugar, una presentación absolutamente lacónica. Soy un joven de largo recorrido a caballo de esa bipolaridad vital que es el ser médico con cincuenta años de ejercicio y el ser activista social con algo más

de cincuenta años de ejercicio. En esa coyuntura me voy a dirigir a ustedes con una correspondencia que creo merecida y el agradecimiento por haber sido convocado a expresar opinión, no tanto personal sino como un colectivo activo que es un movimiento social conocido como Marea Blanca, del que luego doy algún pequeño rasgo.

En muchos casos la opinión está forjada en la colectividad; en algún caso es simplemente personal. Pero en cualquier caso pretendo aprovechar el poco tiempo que tenemos para ser absolutamente sincero. En quince minutos no hay tiempo para perderme excesivamente en cifras, en estadísticas, en PowerPoints, en referencias bibliográficas. Las hemerotecas de estos días, señorías, están a tope, y por tanto aprovecho ese tiempo de estos convulsos para que aquello que requiera aclaración bibliográfica no tienen más que consultármelo.

Abordaré, por tanto, la sustancia del asunto. Primaremos el concepto, apuntaremos más a la propuesta y no haremos un ejercicio erudito ni académico. Acerca de la comisión y del grupo, en un pequeño guion me proponía estos pequeñas preámbulos. Este grupo se inserta en una Comisión de Reconstrucción; se presupone, pues, que hay que ponerse a reconstruir, reparar, reiniciar, renovar, en este caso la sanidad, porque obviamente no funciona bien o todo lo bien que querríamos.

Una primera afirmación y una paradoja es que esta crisis, que por cierto está viva y coleando, esta COVID-19 ha traído una connotación o una confirmación, y es que la sanidad pública ha demostrado ser la que nos ha sacado del atolladero, a pesar de notorios déficits y de insuficiencias a la que la llevaron años de políticas austericidas y de recortes y de repagos sostenidos y acumulados, de externalizaciones y de privatizaciones. Pero cuando pintan

bastos es el sistema público de salud y de sanidad el que nos atiende y el que nos salva, o lo intenta.

En la comisión llama la atención una descompensación, seguramente, de voces alineadas con intereses, todos legítimos, pero diversos, algunos corporativos, empresariales, privados, del sector económico, del mercado, del negocio, versus otros que son intereses vinculados más a los movimientos sociales, a la ciudadanía, a la ciudadanía usuaria y titular del sistema, en definitiva a la defensa del derecho a la salud, entendiendo que el derecho a la vida y a la salud en un derecho superior al derecho a la propiedad.

Hemos notado y anotado en Mareas Blancas cómo han decaído nombres que en una primera propuesta aparecían y que entendíamos como muy imprescindibles. Menciono claramente el nombre de Carmen Esbrí, una compañera portavoz infatigable y notable de Medsap, Mesa en Defensa de la Salud Pública de Madrid, y también de la coordinadora estatal de Mareas Blancas, porque felizmente esa coordinación, Marea Blanca Estatal, es un hecho salutífero y fraternal. También nos llama la atención el vacío de Ana Castaño, una psiquiatra reconocida y que pensábamos que traería algunas de las aportaciones a las tremendas necesidades de la salud mental, esa cenicienta eterna junto con la salud pública y la salud laboral. Ello me convoca a superar quizás un poco el límite territorial que inicialmente me había marcado de Cataluña, pero aun así dejando de manifiesto el vacío de esas voces que creo que hay que recuperar más pronto que tarde.

Las mareas blancas, ¿qué son las mareas blancas? Seguramente, señorías, ustedes las conocen, desde luego mucho más en Madrid porque es donde arrancaron desde 2012. En Madrid son 90 movilizaciones consecutivas, perseverantes, cada tercer domingo de cada mes alternando ministerio o centro hospitalario, siempre al servicio de un objetivo nuclear, que es la defensa de la

sanidad pública universal, integral, equitativa y de calidad. Ese es el único leitmotiv de las mareas blancas. Más jóvenes que la de Madrid, otras mareas de otros territorios, la mayoría en la mayoría del Estado. Es el caso de Marea Blanca de Cataluña, que existe desde 2015 a imagen y ejemplo de la de Madrid. Y queremos decirlo, integrando de esta forma esta coordinación estatal de la que hablaba en un modo federal, plurinacional, democrático y con el objetivo de aunar análisis y acciones; esta Marea Blanca Estatal es hoy un hecho.

Y de allí adjuntaron un documento fundamental como resumen y cuerpo consensuado de nuestras reivindicaciones. Son el documento que llamamos de 38 medidas o puntos, que creo que se les habrá hecho llegar a ustedes; es, de hecho, la guía, es la presentación de estas mareas en esta misma casa tal como hicimos en 2017, en enero, visitando a todos aquellos grupos parlamentarios del Congreso que quisieron recibirnos y debatirlos. Aquel listado de 2017, que entonces nos parecía necesario, es hoy plenamente vigente con algún ajuste, y actualmente es, además de vigente, urgente; más que nunca en tiempos de crisis (no puedo ni entrar ahí, ni mucho menos en los 38 puntos, ahí quedan, ahí están) son instrumentos para una determinada reconstrucción.

Y entrando en el meollo de la COVID-19, pues entramos en materia. Transitábamos a inicios de 2020 con muchas dificultades y más trabajo que hacer en un sistema público exhausto, depauperado, al límite de la carga soportable, cuando nos cayó encima, literalmente, la terrible pandemia del coronavirus. Y todos los frágiles equilibrios en la sanidad pública saltaron en una súbita crisis por impotencia y con contundencia. Lo más cierto es que esta plaga nos cogió desprevenidos y desprevenidas, porque la autosuficiencia es muy mala estrategia y que solo los más sensatos entendieron que apenas sabíamos nada del asunto, que había que aprender sin tiempo apenas y que

había que hacer camino al andar. En palabras del poeta, golpe a golpe y muerto a muerto, aquí exactamente y literalmente seguimos aprendiendo.

A esta situación, con un complejo sistema de articulación en el contexto de 17 comunidades autónomas con competencias muy ampliamente compartidas en sanidad por transferencias, la gestión de la crisis es una historia fresca, está en curso y no puedo detenerme. Si acaso, constatar que ha habido confusión, que ha habido disonancias, momentos de extrema dureza, y a la vez heterogeneidad, desigualdades en función de cada territorio, de distintas demografías, condiciones, caracteres socioeconómicos, también sanitarios y de cada gobierno; con los previsibles errores, que se entienden por lo súbito del conflicto y con los inaceptables horrores (con h), que esos no son tolerables. Desde Cataluña la gestión ha sido mala o muy mala, tenemos una duda, en duda y perversa competencia con Madrid, en un *ranking* bastante macabro de infectados y de muertes. Cataluña ha sabido encontrar, como tantas veces, un problema para cada solución.

Si alguna imagen va a ilustrar los libros de historia que van a proliferar en el futuro sobre nuestro tema, estas van a ser las ilustraciones de dos colectivos diana de dos tragedias: una, la del personal sanitario y la de los servicios públicos en la primera línea de atención. Una situación de trabajadores mal equipados, sin EPI, con carencia de test diagnósticos, sin recursos, desprotegidos, mal retribuidos, precarios, agotados, infectados, que no quieren ser héroes pero quieren, en definitiva, que se les entienda y reconozca su responsabilidad y profesionalidad, que han ejercido con generosidad y con absoluta eficiencia. Sabemos, lamentablemente, que más de un 20 % de infectados son personas que han estado en contacto directo en la trinchera de la COVID.

Relaciones España-Cataluña y Cataluña-España: bueno, esta es una vieja relación que ustedes conocen de conflicto, dialéctica, y realmente apasionante. En tiempos de pandemia, queremos constatar que no ha cesado la confrontación política y que en el fondo de los fondos de lo cotidiano, de la tragedia diaria, continuaban ardiendo las brasas del *procés*, y en definitiva las explicaciones con otro tipo de verbalización. Sin embargo, las políticas han sido realmente muy similares en muchos casos, porque en su ADN se parecen como un huevo a otro huevo en políticas ultraliberales, con una atención, creemos que desproporcionada, al mercado, por la connivencia, por la colaboración con el negocio, por la oportunidad de operaciones mercantiles, de contratos, de compras, de derivaciones, abusando de la excepcional opacidad e impunidad que da el momento, y bajo el aplastante pretexto de la urgencia y de la excepcionalidad. Las ilustraciones concretas dan para llenar libros, aparte de hemerotecas. En cualquier caso podría mencionar alguna, pero a título estrictamente de ejemplo, tengo realmente un listado para, en todo caso, poder ofrecer.

Lo sufrido en Cataluña, solidariamente con lo acaecido en Madrid, procedería de ese listado; supera lo irregular para entrar en algunos casos en lo inaceptable. Desde Mareas Blancas hemos primado desde el inicio de la crisis, en estas horas de zozobra, la supervivencia, hacer frente a la situación del conflicto inminente y vital que se nos venía, con el confinamiento, con el apoyo a los equipos de trabajadoras de los servicios públicos, en especial de la sanidad, y hemos ido recogiendo y recopilando documentación y hechos que en su momento nos permitirán pasar cuentas. Tan pronto amaine este impacto, y digo “amaine” recordando que seguimos en riesgo y que de momento hay más paisaje que pasaje; ojo con las imprudencias, porque tenemos experiencias dramáticas, trágicas. Hace aproximadamente un siglo una gripe a

la que tildaron de española y que tampoco lo era, pero en todo caso nos abocó a tres oleadas consecutivas que representó unas cifras violentas, mal contadas como de costumbre en las pandemias, que siempre se cuenta mal, pero que acabó con entre 50 y 100 millones de personas muertas.

El caso de estas opacidades que han acabado con cosas que no se pueden tolerar pondríamos el ejemplo, si al final queda un minuto o si en sus preguntas procede, de situar una de las más calientes y candentes, la concesión a Ferrovial de la contratación de rastreadores para hacer el seguimiento del pase de la contaminación de riesgo. Ferrovial es una empresa que tiene amplio conocimiento en Cataluña, estaba en el núcleo de una situación de escándalo que conocemos como el caso Millet, el caso del Palau, y es una empresa que no nos merece demasiada confianza, muy poca desde luego a las Mareas Blancas, pero que en cualquier caso ha obtenido un contrato a dedo sin ningún tipo de contratación, sin respetar ninguna de las normas concursales ni de presencia pública.

Vamos entrando en conclusiones. Sí, esta crisis, señorías, no es un paréntesis para volver a lo previo. Para nosotros se trata de un impacto histórico en lo sanitario, evidentemente en lo social y por supuesto en lo económico, con lo cual se cierra una determinada evolución, o involución, vestida de un desarrollo compulsivo, a veces irresponsable, y se abre una nueva etapa. Las preguntas son si seremos capaces de atinar en el diagnóstico correcto y si las causas causales aparecerán con claridad, y si vamos a primar la valentía y el rigor imprescindible para corregir y rectificar, o vamos a quedarnos al paio de los nuevos y viejos virus y nuevas catástrofes y calamidades. La nueva normalidad no puede ser el regreso al pasado que nos trajo hasta aquí, el antiguo, pero peor, porque la crisis apunta a que la paguen

otra vez los menos favorecidos, los pobres, las trabajadoras, la gran mayoría del pueblo llano.

Sí, compartimos, son necesarias medidas urgentes, pero no medidas de parche o cosmética. Sí a medidas que apunten en lo estructural. Por ejemplo, el apoyo a la atención primaria, que todo el mundo reconoce ahora que efectivamente es no solo la puerta, sino la puerta, el centro, el meollo, la sustancia, el futuro, la determinación y la salida del sistema. Bueno, pues eso, si vamos a dedicar el 25 % de la inversión, sea la que sea, como dice la OMS, a atención primaria, empecemos a hacerlo ya, no les demos como les estamos dando en este momento cerrojazos a centros, no estemos expulsando personal, derivando personal, no estemos ofreciendo auténtica calderilla, auténticas miserias. Cataluña acaba de recibir 4,5 millones para que se encargue de todas las gestiones, viejas, nuevas y las que se van a encomendar. Así no va a ningún sitio, sobre todo si tenemos en cuenta esos 180 millones que se acaban de conceder a Ferrovial para que se dedique exclusivamente a ciento y algo rastreadores para que hagan ese seguimiento. Vamos a cambiar, vamos a cambiar las cosas.

Se impone en este momento más que nunca, y entiendo que ahí voy muy a contracorriente, y lo hago de forma muy gustosa, a desenmascarar, a erradicar, a denunciar ese mantra, para nosotros perverso, de las bondades de la colaboración público-privada. No es tal, no es tal cosa. Es una parasitación, para nosotros; es derivación de recursos, de recursos públicos. Decía el compareciente anterior que son públicos porque los ha puesto el público, porque son recursos que ha puesto la ciudadanía. En definitiva, la colaboración público-privada, la lógica de la lógica del mercado porque sí no nos vale, y no somos los únicos que lo dicen: va habiendo voces que lo comentan, y alguna nada sospechosa, el Tribunal de Cuentas Europeo ha

hecho ya diversas anotaciones recomendando la no utilización de este tipo de método, de metodología, por ser opaca, poco transparente, lenta, encarecedora, y evidentemente pábulo y fuente de muchísimas corrupciones. Y les puedo asegurar que viniendo de Cataluña, de eso, de las corrupciones, entendemos, lamentablemente entendemos.

En definitiva, cuanto peor para la pública, mejor para lo privado. Y eso no puede ser así. No soy muy aficionado a utilizar la Biblia, pero hay una frase bíblica que viene a cuento: no se puede servir a dos señores, o mercado o derecho, o privado o público. Hoy día vemos cómo los mismos expertos en economía que alimentaron hace no tanto tiempo a determinados gobiernos, en Cataluña el Gobierno de los mejores, el de Artur Mas, un Gobierno que se caracterizó por la austeridad, los autorricidios, en definitiva abogan ahora por financiar lo público de otra manera. Lo hacen porque reconocen que se equivocaron pero no lo dicen; sencillamente, cambian el chip. El quid de la cuestión para esa necesaria nueva financiación es la cuestión de cuánto, evidentemente, pero cómo, dónde y para qué se van a dedicar recursos.

Inversiones, nosotros no lo llamamos gasto, lo llamamos inversiones: no vaya a ser que se destinen otra vez en la dirección financiera de los beneficios empresariales a costa de la eterna insuficiencia y depauperación de la ciudadanía, de los usuarios, que no clientes, desde su legítimo sistema social, sanitario que son además público y del que son no solo usuarios sino financiadores y titulares. Una conclusión clave: señorías, lo público ya, urgentemente, sin excusas, para los servicios públicos.

Otra: con la participación real –séase– y proactiva de la sociedad civil, una sociedad civil organizada y empoderada y con una enorme capacidad para apuntar en la dirección correcta, capacidad de codecisión que reclamamos,

ello al margen, evidentemente, de la representatividad legal y política que tienen las fuerzas políticas, faltaría más.

Peticiones, pues todo el mundo hace decálogos, bueno, podría ser un heptálogo o más, o un dodecálogo, pero nos hemos quedado con diez; se trata en definitiva de perseverar en repeticiones con más y mejores argumentos, aquello que proponíamos en las 38 medidas, pero ahora con urgencia y con prisa.

Una, blindar lo público: blindar lo público evitando sistemáticamente externalizaciones de cualquier tipo de recursos, humanos y materiales; no nuevas privatizaciones, que se están dando en estos días. Y eso es absolutamente incomprensible

Dos, revertir lo privatizado: queremos recuperar aquello que de una manera sostenida ha ido desapareciendo, saliendo con fórmulas de gestión más o menos sofisticadas, pero que en definitiva han supuesto la pérdida del sistema nacional público de salud al que aspiramos. Queremos que se produzcan las reformas legislativas que proceden. Y se puede reformar cualquier legislación, empezando por la Ley General de Sanidad, la famosa ley Lluç, de mi paisano Lluç, en 1986, que permite efectivamente ir considerando cómo revertir estas cosas que se privatizaron aludiendo a un artículo 90 en casos de excepcionalidad que no es tal.

Tres, incremento de la financiación: por supuesto, pero no solo cuantitativo, que también, sino cualitativo. Cuantitativo, por supuesto, porque estamos a la cola de las colas, a la cola de Europa, España está a la cola de Europa, pero Cataluña está a la cola de España, por mucho que determinados *governments* digan lo contrario; estamos en cifras ridículas de inversión por habitante y año, lo comparamos con PIB o lo comparamos con cualquier otra forma de medida, es absolutamente vergonzante.

En definitiva, hay que aumentar la inversión, pero además hay que decir dónde va la inversión. Lo que no puede ser es que vaya a determinados *departaments* de Economía que lo que hacen es una utilización clientelar que sirve para externalizar y producir enormes, enormes derivaciones externas. Tuvimos recientemente una lucha social, de la que salimos vencedores, extrañamente, pero cuando se lucha se corre el riesgo de ganar, contra una ley que bautizamos como la ley Aragonés, que era la ley de privatizar todos los servicios públicos. Esa ley no cuajó, esa ley decayó finalmente, y esperamos que siga decaída durante mucho tiempo. Para esa financiación nosotros pedimos algo que nos parece de transparencia, es el control, y el control mediante instrumentos tan interesantes como las auditorías ciudadanas, independientemente de las preceptivas y legales, que deberían cumplirse y no siempre se hace.

Cuatro, un sistema primarista de salud: he hablado de la atención primaria, es absolutamente vital, está determinado, bibliografiado, si no hacemos un esfuerzo, ahí sí, absolutamente todo el mundo, por darle competencias y recursos estamos abocados realmente al disparate.

Han hablado de residencias geriátricas. Yo he dicho que una de las fotografías que iban a aparecer era la del personal infectado; la segunda son los horrores que se han producido en esta pandemia en las residencias y en los centros sociosanitarios de ancianos. En residencias que, para nosotros, entendemos que deberían, que aspiran, que queremos que sean públicas, en todo caso con garantías absolutas de derechos de dignidad, de control y derechos democráticos de las personas allí acogidas, que no han perdido en absoluto esas condiciones.

Seis, salud pública, por favor, esa cenicienta, salud mental esa cenicienta, salud laboral, esa olvidada.

Siete, participación social y codecisión, lo decía anteriormente, y voy perfilando un final: codecisión, empoderamiento; se reclaman pactos, leemos estos días en la prensa “queremos un pacto, hace falta un pacto, queremos un pacto”. Pero tengan ustedes la habilidad, tengan ustedes la sabiduría de pactar con la ciudadanía, han de pactar ustedes con la ciudadanía, que tenemos voz. Y que me dicen: bueno, tú lo dices porque eres médico; yo no lo digo porque soy médico, yo he aprendido muchísimo oyendo a los activistas sociales, que no han pasado por ninguna facultad de ciencias, ninguna facultad de sanidad y que saben perfectamente lo que quieren, no quieren operar de apendicitis, quieren decidir cuál es el sistema y quieren decidir cómo sentirse protegidos de su sistema, que reconocen como propio.

El punto octavo, permítanme una mínima referencia de un minuto: hay personas que lo pasan mal, muchas; unas de las que vienen pasándolo mal es un colectivo de personas que son aquellas que han sido víctimas damnificadas por errores o accidentes médicos, esas personas que forman parte de nuestra marea blanca, junto con otras 69 entidades en Cataluña, se llama un grupo “Que no pase más”. Les gustaría, quieren, luchan, después de haber sufrido situaciones realmente importantes, que eso no volviera a pasar. Estas personas quieren decir la suya, saben que se está discutiendo o se va a discutir de nuevo un baremo sanitario, quieren decir la suya, no quieren ser, como dicen, primero víctimas de la sanidad para luego acabar siendo víctimas de la justicia. Quieren opinar porque quieren evitar estas tragedias.

El punto nueve no podría ser un olvido, es medir necesariamente, evaluar el impacto en salud de todos los determinantes sociales, el trabajo, la vivienda, la educación, las pensiones... Todo eso es en definitiva salud, y ahí estamos.

Me he olvidado el medio ambiente, y tampoco sería como para olvidarlo.

Y el punto décimo y último es que nosotros aspiramos, llámenos ilusos, pero los jóvenes tenemos tiempo para seguir luchando. Lo conseguimos una vez, vamos a conseguirlo la segunda, la tercera y la que haga falta. Queremos construir un nuevo sistema público –con mayúsculas– nacional de salud del que sentirnos orgullosos y titulares.

Pregunto a Presidencia si me he excedido mucho en el tiempo previsto.

La señora **PRESIDENTA**: No, va muy bien.

El señor **MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA. MIEMBRO DE EMPEUS PER LA SALUT, FUNDADOR DE LA MAREA BLANCA DE CATALUÑA** (Barbará Molina): Si voy muy bien me permito dejarle ese listado que he hecho; es un listado un poco, ya no digo de los errores, sino de los horrores, de las vergüenzas. Los enumero, si luego tienen interés en que les explique alguno, en Cataluña los hemos vivido de una manera muy, muy importante. Pero también quiero decir que curiosamente lo hemos hecho tomando nota y posponiendo el pase de cuentas. De momento hemos dicho: miren ustedes, ni siquiera hemos pedido dimisiones a las/los responsables del Departament de Salut y otros del Govern de la Generalitat, y motivos nos sobaban. Solo que hemos decidido: mire usted, primero vamos a sobrevivir, pero les tomamos nota porque vamos a rendir cuentas. Justo ahora algunas formaciones que están dentro de Marea Blanca empiezan a decir “hasta aquí hemos llegado”.

Miren, hablamos de la carencia de EPI, hablamos de las carencias de PCR, hablamos de las contradicciones permanentes de protocolos que

cambiaban de un día para otro en función de disponer o no disponer de *stocks* de test diagnósticos, hablamos de cómo en estas fechas se paga a laboratorios privados 1 600 000 euros para que realicen PCR privados a personal público de los servicios públicos. A los trabajadores y trabajadoras se les concede ahora un paga de gratificación, y puestos a reconocer, aparte de los aplausos, que nos parece muy bien, pues que estaría bien que alguien se fijara en el enorme trabajo generoso que han hecho, hay que apuntar, y eso son datos que también pasan a la historia, vamos a ver, he hablado de un 20 % de profesionales, de trabajadoras, de trabajadores en los servicios públicos y en la sanidad infectados, hablamos de muertes, hablamos de muertos. Bueno, esa paga, nuestro *govern* tiene la feliz ocurrencia de pautarla en unas cantidades que oscilan entre los 350 euros y los 1350 euros en función de la categoría profesional, de ser médico, enfermero, auxiliar, administrativo, y por supuesto en el renglón ínfimo el personal auxiliar y el de limpieza. Pues miren ustedes, nos parece una auténtica ofensa, nos parece un insulto, porque el personal de limpieza y los camilleros se han infectado como el que más y mejor, y están pagando con su piel y con su vida, y es absolutamente –nos parece– inequitativo, por no calificarlo de una manera mucho más gorda, que haya esa subdivisión de esa gratificación. La gratificación que ellos piden, y están saliendo diciendo públicamente “mire usted, no me dé una paguita de gratificación, contráteme de verdad con empleo estable, contráteme de verdad con condiciones laborales dignas, contráteme de verdad con protección en mi puesto de trabajo, contráteme de verdad con proyección, contráteme de verdad con respeto, contráteme de verdad oyéndome, escuchándome, tratándome como lo que soy, un agente fundamental del sistema público de salud”. Pero estamos con la paguita, y allí ya hemos pedido la dimisión de los autores de la paguita, esa paguita, esa.

Ferrovial, la he mencionado anteriormente: inconcebible, 18 millones de euros, 17 y pico, para contratar a 108 rastreadores que ni siquiera son personas expertas, mientras que la atención primaria, que es la experta, la que tiene la historia clínica, la que conoce, la que sabe, la que telefonea, la que tal, a esa le dan 4,5 millones para contratar teóricamente 430 nuevos sanitarios. ¿Cómo se pueden contratar con esa cantidad?

¿Cómo se cuentan los muertos, cómo se cuentan los infectados? Bueno, pues cada quien ha contado, como suele suceder en estos casos, en función de determinados parámetros difíciles de explicar y de entender, aquí, allá y acullá. Bien, eso ha sido una patología como bastante extensa.

¿Cómo se van a tratar las patologías crónicas y a los pacientes frágiles desatendidos en tiempo de pandemia con los hospitales cerrados dedicados en uso exclusivo a la atención de la pandemia? Bueno, pues es no más listas de espera, son más listas de desespero, y ya tenemos alguna noticia que se empieza a apuntar. Y claro, si esa es la nueva normalidad, estamos aterrorizados. El director del Catsby, el ente gestor que en Cataluña hace la provisión máxima de servicios públicos ya ha dicho que el retraso adquirido, y les recuerdo que Cataluña una vez más estaba en la cola, o sea, en cabeza de las comunidades con más retraso y con más listas pendientes, estábamos en 180 000 personas esperando en espera quirúrgica antes de empezar la crisis. Esto, evidentemente, se ha multiplicado, ni se sabe dónde. Lo que sí se sabe y empiezan a decir es que empezaremos a estar recuperando esa situación más o menos entrado 2022. Entrado 2022 los ictus y los infartos de aquí y allá, las patologías crónicas van a seguir prosperando en una lista de desespera absolutamente intolerable.

Eso sí, ha habido tiempo para que el Govern se suba el sueldo. Y en esta situación absolutamente trágica se acaban de subir el sueldo los miembros del

Gobierno y sus asesores; se han subido la pensión de jubilación. Esto no es antiético, es antiestético, eso no es tolerable. Eso, les vamos a pedir, donde proceda, cuentas. Las UCI se están pagando al sector privado, las que se han utilizado, las que se han utilizado, porque ha habido algunas difíciles de utilizar, a 43 400 euros por UCI. Ese es un precio que dobla el precio de mercado, y además se les paga por adelantado. Y hay un capítulo que dice: mire usted, si nos hemos excedido en generosidad, no se preocupe, que ya haremos cuentas y ya nos lo devolverán. Oiga, así, eso que lo diga un catalán ya parece extraño, pero que lo diga el Gobierno catalán nos parece absolutamente, no sospechoso, sino culpable. Esto no es, eso no puede ser.

El servicio de emergencias médicas, un servicio privatizado, el que atiende el servicio de emergencias, acaba de gastar más de 1,5 millón de euros en la compra de 70 coches sin ningún tipo de concurso previo, dedicados a coches en muchos casos de ejecutivos y supervisores. Se han gastado 208 millones en compras de emergencia en este servicio de emergencias sin concurso público. Esto es realmente el descoque, esto es la opacidad, esto no puede suceder.

Y vamos a ir punto por punto, en algunos casos vamos a llegar a la Fiscalía, por supuesto. En residencias ya estamos en marcha. Pero en algunos casos vamos a ir punto por punto y *sine qua non* exigimos autocrítica, exigimos rectificación, exigimos ser escuchados y exigimos esos diez puntos que acabamos de hablar, que para nosotros son irrenunciables.

¿No lo veremos los muy mayores? Bueno, también hemos sido pasto ahora de determinadas instrucciones excluyentes que nos... Yo, por supuesto, médico además, quiere decir que cuando pregunté qué podía hacer yo, me dijeron “estarte en casita muy quieto y en todo caso por teléfono habla con

todo el mundo que puedas y oriéntalo bien, pero ni te acerques a un hospital porque tú a tu edad no tienes, no vas a tener ni respirador ni acceso a UCI”.

Bueno, finalmente los más tozudos sobrevivimos. Ya conseguimos una vez un sistema público que realmente mereció la admiración universal. Lo hemos hecho tan mal que vienen a ver cómo lo hemos destruido. Lo hemos destruido con mantras perversos como los anteriores, que confunden el sector mercado con el sector salud, que confunden derechos con derechos, con menos derechos. En definitiva, lo conseguimos una vez, lo conseguiremos la segunda, si no serán nuestros nietos y nuestras nietas, pero ahí no vamos a decaer, porque sinceramente, señorías, creemos que tenemos razón.

Agradecemos estar aquí y queremos seguir estando siempre que lo consideren, y agradeceremos que lo consideren, porque serán sabias ustedes si nos tienen en cuenta cada vez que se destinen estrategias. La ciudadanía sabe perfectamente qué es lo quiere y sabe dónde y cómo pedirlo y conseguirlo.

Muchas gracias. [**Aplausos**]

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Barbará. A continuación tienen la palabra los representantes de los grupos parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Gracias, señor presidenta. Gracias por sus aportaciones, señor Barbará. No tiene usted pelos en la lengua, está claro, y eso se agradece también. Y en otros sitios tampoco.

Muy bien, como todos los profesionales del ámbito sanitario que comparecen en el seno de este grupo de trabajo me gustaría transmitirle en nombre de mi grupo parlamentario mi más sentido pésame a todos los compañeros que han caído, al límite de sus posibilidades en muchos casos en

su trabajo. Las gratificaciones, coincido con usted, en forma de mejoras laborales; el aplauso está bien pero tiene que ir acompañado de mejoras laborales. En este sentido me ha parecido muy interesante su diagnóstico de las situación, la pasada, la presente (me ha gustado también que deje claro que el virus sigue con nosotros) y sobre todo la futura. Discrepo con usted en el papel de la sanidad privada, en eso discrepo con usted. En esta crisis sanitaria hemos tenido aquí a varios comparecientes representantes también de la sanidad privada que nos han dicho que se han puesto a disposición de la sanidad pública, es cierto que con matices. Por supuesto defendemos la sanidad pública, universal y de calidad y valoramos el increíble trabajo que han hecho, pero coincido con usted también en que hay muchísimas cosas que mejorar en ella. Pero también creemos que es compatible, y hasta productiva, la existencia y colaboración de una sanidad pública de calidad y una sanidad privada también de calidad.

Quisiera plantearle diversas cuestiones, ya más en el ámbito propositivo, en cuanto a su exposición. En cuanto a medios, usted lo ha mencionado, que de medios han estado bastante escasos, por decirlo de alguna manera: ¿considera que los profesionales han contado desde el principio con estos medios? Evidentemente sé su respuesta. Y me gustaría saber cuál es la situación actual, como representante de Marea Blanca, qué le transmiten los compañeros.

Otra pregunta sería cómo valora desde un punto de vista técnico la respuesta dada por el Sistema Nacional de Salud, qué ha echado en falta en cuanto a urgencia.

También le pediría, ya que ha mencionado a personas que no van a poder comparecer, que en este punto ejerciera usted como portavoz de esas personas, y en cuanto a la salud mental, que creemos que es muy importante, y

además va a ser algo que va a estar muy de actualidad: ¿qué medidas son las que podrían imponerse en el ámbito de los trabajos de esta comisión en cuanto a la salud mental? ¿Son suficientes las infraestructuras y el personal sanitario que tenemos actualmente? Me gustaría que matizara esta cuestión, sé más o menos su respuesta, pero me gustaría que ahondara un poquito más.

¿Estamos preparados, sobre todo, para un posible rebrote?

Es cierto que ha señalado usted que la atención primaria tiene que ser potenciada, evidentemente, no es el único compareciente que lo dice, creo que el 90 %, por no decir el 100 % de los comparecientes lo dice. ¿Pero cree usted que la aplicación del marco estratégico de atención primaria de 2019 sería un buen punto de partida?

Sin más, no le voy a plantear muchas más preguntas, somos muchos preguntando y sé que el tiempo es muy limitado. Le agradezco sus aportaciones; coincido con usted sobre todo en la participación ciudadana también en sanidad, y le deseo que tenga buena jornada aquí y también que puedan trabajar a futuro con todos los grupos parlamentarios.

Muchas gracias.

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

La señora **MEDEL PÉREZ**: Hola, bienvenido, señor Barbará. Ha dicho un poco..., estoy de acuerdo con todo lo que ha dicho básicamente, así se lo digo.

Distintas cuestiones que tenía: claro, ya lo ha dicho, ¿qué opina de las pagas a los sanitarios en Cataluña frente a lo que es esa opción, optar por eso el Govern de la Generalitat frente a trabajo estable y trabajo de calidad?

Quiero decir, ¿no va a ir por ahí la vía futura de trabajo estable y calidad, pese a que ahora todo el mundo diga “viva la pública”, después de estar tantos años infrafinanciándola y ahora resulta que la hemos descubierto?

Otra cuestión es precisamente la financiación de Cataluña, que la media en España es de 1450 euros aproximadamente por habitante y año y en Cataluña en 2019 tienen 1192,83 euros, ¿Por qué cree usted que es ese déficit? ¿Esa diferencia es simplemente por opciones políticas entre comunidades? Por ejemplo, comparar la comunidad, como dice siempre aquí la portavoz del PNV, que pase de 1700 y pico euros en País Vasco y en Cataluña 1192, ¿son cuestiones políticas, simplemente decisiones? ¿Cree usted que el déficit, la infrafinanciación favorece el aseguramiento privado?

Y otra cuestión: usted ha dicho ahora que continúan las privatizaciones, es decir, estamos en una catástrofe y se está hablando de fortalecer la pública pero siempre vía privatización, aunque parece que lo que entendemos por privatización, los que privatizan no lo entienden, parece ser que la colaboración público-privada no es privatización; entonces, ¿cree que esa va a ser la política del futuro, por lo menos en Cataluña? Incluso, ¿puede hacer de adivino y decir en España, esa va a ser a donde vamos a llegar? Sin evaluar la eficiencia de la gestión pública, porque por lo que aquí se dice lo único eficiente es lo privado, se ve que los trabajadores de la pública no pegan ni golpe, somos unos sinvergüenzas, no vamos a trabajar; yo he trabajado toda mi vida en la pública, de gestión pública, y se ve que, no sé, debo de ser un valor desechable, ¿no?

Pese a los problemas económicos en los que ya estamos metidos, debido al efecto de la pandemia, ¿cree que se va a seguir desviando dinero público a los beneficios privados?

Ya está, eso es.

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

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Con la venia, señora presidenta. Buenos días, doctor Barbará, me llamo Juan Luis Steegmann, son médico hematólogo y reciente diputado por el Grupo Parlamentario Vox.

Mire, nosotros, el diagnóstico que nuestro grupo hace es que este no ha sido un problema de la sanidad pública. Usted hace otro diagnóstico, usted tiene una actividad muy profunda en la izquierda, es miembro, si no me equivoco, del Comité Ejecutivo del Partido de la Izquierda Europea, no sé si es verdad, ya no, bien, bueno, pues ya ha expuesto cuál es su... Y ha hecho un canto a la sanidad pública...

La señora **PRESIDENTA**: Mira, Medel, yo desde aquí le estoy oyendo. Por favor...

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Muchas gracias, yo no estaba oyendo nada, aunque me lo imagino. Lo que le iba diciendo es que, bueno, todos tenemos conflictos de intereses, ¿verdad?, y a lo mejor tenemos que descubrirlos, y yo le pediría que nos dijese se ha sido asesor del Gobierno o del Govern en algún momento, o su organización.

Me ha llamado la atención un hecho, y es, ¿cómo ha convivido usted, siendo consejero del hospital municipal de Badalona, que creo que lo ha sido usted, que es un hospital privado, cómo ha vivido esa dicotomía? Es decir, supongo que habrá hecho lo posible por apartar la gestión pública de este

hospital privado a lo largo de su trayectoria. Entonces, me gustaría saber cómo ha sido esa dialéctica.

Bien. Luego, por otra parte le estaba diciendo, antes de que inadvertidamente se me ha interrumpido, que nuestro diagnóstico es que lo que ha fallado es el sistema de vigilancia de salud pública exterior, es decir, la frontera microbiológica. Pero también yo le quería preguntar si ustedes, que seguramente en atención primaria tienen relaciones con otros colegas internacionales, habían tenido algún aviso de los colegas italianos, porque aquí alguna compareciente, la doctora García Gómez, había declarado que efectivamente sabían lo que estaba pasando en Italia. No sé si usted tenía conocimiento de esto. ¿Y qué cree que ha sido el papel de la atención primaria para detectar el problema, si ha sido alguno, ha sido bastante o ha sido nulo? Particularmente creo que ha sido nulo, porque creo que la responsabilidad ha sido fundamentalmente del Gobierno, que es el que tiene las competencias en sanidad exterior.

De hecho, usted ha dicho a *Triangle*, no sé si lo pronuncio bien, “obviamente el Gobierno no preveía la magnitud de la tragedia y ha reaccionado a trompicones, pero siempre un paso demasiado tarde”. Se lo digo porque el profesor López Acuña ha dicho que la OMS tenía que haber declarado la pandemia siete días antes, eso lo ha dicho, y está publicado. Y eso, según Fedea, nos hubiese ahorrado un 60 % de fallecimientos, que todos sentimos, no solamente como españoles sino también como sanitarios. En ese sentido coincidimos con usted, y desde nuestro partido hemos pedido que fuesen declaradas profesiones de riesgo incluso los técnicos de laboratorio, y por supuesto los camilleros y los celadores, cómo no, sin que el Gobierno hasta ahora nos haya hecho caso, lo mismo que no nos ha hecho caso en que

pedimos un 20 % de aumento de sueldo para todos los profesionales sanitarios.

Entonces, a mí me gustaría saber cómo cree usted que la autoridad máxima, porque usted lo dice aquí en *Triangle*, dice: “esto revela no solo incompetencia, es una situación insoportable y en algunos casos definitivamente criminal”, eso pone el periodista en su boca, que yo no sé si eso es verdad o no. Entonces, ¿cree usted, en definitiva, que el Gobierno ha actuado mal en este sentido retrasando las decisiones? ¿Cree usted que la atención primaria en un futuro puede ser faro detector de posibles brotes epidemiológicos? ¿Cómo cree usted que lo tiene que hacer?

Pero me gustaría también decir el diagnóstico que tiene usted de la situación. Parece que usted pone todo el lado en que la culpa la han tenido las privatizaciones, por lo tanto la sanidad tanto pública como privada, y nosotros creemos que ha sido la salud pública; la salud pública ha fallado. Entonces, me gustaría saber su opinión, porque me interesa mucho lo que usted opina, por supuesto.

Muchas gracias, presidenta, por la indulgencia.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias. A continuación por el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidenta. En primer lugar, también le doy la bienvenida desde el Grupo Parlamentario Popular a don Antonio Barbará, que acuda a este Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública en el marco de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social.

Y a mí me gustaría antes de nada recalcar el gran Sistema Nacional de Salud que tenemos en España. Un Sistema Nacional de Salud que ahora, con todos los componentes tanto públicos como privados, ha dado una gran respuesta y un gran ejemplo ante la crisis que hemos vivido, la de la COVID-19, que estamos aún todavía en ella. Y esto es fruto no solo del Sistema Nacional de Salud, sino del gran número de profesionales y del nivel, no solo reconocido en España sino a nivel europeo y a nivel mundial. Yo creo que somos un ejemplo como país de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Y con respecto a este grupo de trabajo, han pasado por aquí ya un número importante de expertos en salud pública, en la industria farmacéutica, en investigación, en sociedades científicas, en innovación, y hoy lo hace usted en representación del movimiento social, como puede ser el que representa. Pero además yo creo que en esta comisión –no creo, estoy convencida–, en este grupo de trabajo partimos de intentar trabajar por un pacto, conseguir un pacto para que la sociedad española esté orgullosa de los representantes que están aquí trabajando en busca de ese pacto y de ese trabajo por la sanidad española. Y un pacto en el Congreso de los Diputados, porque quiero recordarle, y usted en algún momento creo que incluso ha sido hasta candidato al Congreso de los Diputados por el Partido Comunista, y si no, ha estado en la política como concejal, pues en el Congreso reside la soberanía nacional, entonces por eso no comparto con usted cuando dice que, aparte del Congreso, con las sociedades, con el mundo que usted representa, le recuerdo que está aquí representado en esta cámara, entonces, con lo cual por eso están ustedes compareciendo, para que de alguna forma nos trasladen aquellas cuestiones que consideran que podemos mejorar y recoger en ese documento que espero y deseo consigamos alcanzar.

Y desde luego, hablaba también de los profesionales sanitarios, los profesionales sanitarios que han sido los que han dado unos resultado con respecto a la crisis vivida de la pandemia, y usted destacaba de tragedia del personal, tragedia porque han estado, somos el país con el mayor número de contagiados, somos el país que en algún momento no ha tenido el material de protección que necesitaba, en fin, y que se podían haber mejorado muchas de las cuestiones que a nuestro entender han fallado. Con respecto a esto, yo no sé si usted de una forma breve podría decirnos cómo se ha gestionado la crisis, ya no solo desde el ámbito que usted muy bien conoce y nos ha trasladado de Cataluña, sino a nivel general, dos frases simplemente.

Con respecto al papel de la atención primaria, ha hablado de inversión. Pero a mí me gustaría también que nos planteara qué aspectos tenemos que potenciar, porque tenemos una atención primaria que... usted, parece que tiene un diagnóstico hecho, yo no sé, igual... yo soy de una comunidad autónoma y de una ciudad donde tenemos una sanidad rural donde hay que potenciar el tema de atención primaria, el tema de los médicos de familia comunitaria, del personal que atiende, no sé cuál es su opinión o qué propuestas nos podría plantear.

Luego habla como médico, y me gustaría saber su opinión, y desde luego es de una especialidad, medicina interna, que hay que felicitarla por cómo se ha desenvuelto ante la situación de pandemia, pero me gustaría saber cómo considera que debe ser la coordinación no solo entre los diferentes niveles asistenciales, primaria, asistencia sanitaria, la coordinación sociosanitaria, el sistema de epidemiología o la sanidad exterior.

Y usted habla en su documento de la participación de los consejos de salud. Yo no sé, cuando usted ha tenido la responsabilidad como concejal, los

consejos de salud se crearon cuando la Ley General de Sanidad, entonces no sé si propone alguna modificación de cara a la participación.

En fin, con respecto a los profesionales, creo que se deben incorporar mejoras en cuanto a la formación vivida en esta pandemia. No sé si desde su experiencia las mejoras tienen que ser desde el ámbito de la formación, tanto en la formación para las especialidades de las ciencias de la salud, o ya en lo que es la formación MIR o incluso en la formación continuada de los servicios sanitarios.

En fin, yo creo que no comparto, discúlpeme, su principal encabezamiento del documento...

La señora **PRESIDENTA**: Señora Velasco, tiene que acabar.

La señora **VELASCO MORILLO**: Sí, termino, que es que, ante el desmantelamiento progresivo de nuestro Sistema Nacional de Salud, yo creo que lo he dicho y termino como empecé, tenemos un gran Sistema Nacional de Salud y no hay un solo paciente que, si hablamos de cáncer o hablamos de otras terapias, no se haya incorporado a los mejores tratamientos en beneficio de la mejor atención a nuestros pacientes.

Muchas gracias.

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

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias. Bienvenido, doctor Antonio Barbará Molina. Le agradezco su exposición en el seno de este Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública perteneciente a la Comisión de

Reconstrucción Económica y Social de España, y le traslado también –usted es médico– y a todos sus compañeros médicos y sanitarios nuestro agradecimiento en su actuación profesional a lo largo de toda esta pandemia en la que se han enfrentado en primera línea todos los trabajadores y profesionales sanitarios a esta pandemia COVID-19, que ha provocado también el fallecimiento, lo que lamentamos profundamente, de muchos compañeros sanitarios, muchos han sufrido la enfermedad al igual que el resto de la ciudadanía.

Dicho esto, quiero trasladarle, como ya sabe, que nuestro grupo cree en un sistema sanitario de salud público equitativo, universal, gratuito en el momento de su uso, así como se demuestra a través de diversas leyes, en las que me gustaría destacar en 1986 la Ley General de Sanidad.

Y al hilo de todo esto quisiera hacerle, nada, cuatro pequeñas cuestiones para que usted desarrolle un poco temas que ya ha planteado aquí. Por ejemplo, en el tema de la financiación, pues cómo cree usted que se debe asegurar una financiación suficiente y equitativa para la sanidad. ¿Qué medidas nos propondría?

En cuanto a la atención primaria, ¿cómo cree usted que debe reforzarse la atención primaria?, y también si nos podría sugerir alguna medida para este reforzamiento.

En cuanto a la equidad, ¿cómo cree usted que debe asegurarse la equidad en el Sistema Nacional de Salud, en la sanidad pública?

Y también que nos relate alguna medida o alguna sugerencia que usted cree imprescindible. Y ya para terminar, y relacionado un poco con el ámbito de su actuación y su trabajo, qué medidas considera usted prioritarias que nos podría proponer a este Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública de esta comisión.

Muchísimas gracias.

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

El señor **MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA. MIEMBRO DE EMPEUS PER LA SALUT, FUNDADOR DE LA MAREA BLANCA DE CATALUÑA** (Barbará Molina): Muchas gracias, señora presidenta. Bueno, no está mal como deberes, me han puesto un examen de grado. Voy a intentar ser necesariamente breve, porque entiendo, si queremos ser rigurosos con los tiempos, y los mayores tenemos esa costumbre de intentar ser puntuales, que me quedarían diez minutos, con la generosidad de la presidenta otros cinco, pero no más, lo cual quiere decir que apenas podré dedicar los quince minutos que necesitaría para contestar a cada uno de ustedes, a los que por cierto agradezco, porque han sido preguntas muy nutridas, y algunas realmente documentadas, trabajadas, elaboradas.

Sigo un poco el orden cronológico, si le parece, al diputado de Ciudadanos, bueno, no señalo las coincidencias porque entiendo que bienvenidas sean donde las haya, y por supuesto entiendo y confirmo nuestra discrepancia sobre la valoración o el papel de la sanidad privada, puesta a disposición. Nosotros entendíamos que el decreto de alarma permitía no solo tener a disposición, sino usar, utilizar, disponer de todo el sistema de sanidad del país, independientemente del carácter; hasta podría ser que luego se tendrían que compensar económicamente algunos sacrificios. Quiero recordar que en mi zona en esta situación ha habido centros privados que han cerrado, que han hecho ERTE de empleo, que en definitiva ha habido colaboraciones que han tenido que ser denunciadas porque no eran tal. Y he mencionado el

caso del baremo de pagos previsto ya por decreto de 10 de abril, 12/2020, con las tarifas que se van a pagar por las prestaciones hechas por los servicios privados. Nos parece ofensivo, porque insisto en que son de un trato, hasta en lo cuantitativo, descomunal.

Nosotros no somos enemigos ni antagónicos de los sectores privados, en general. Pero en los servicios públicos, en los derechos sociales, en la educación, en la sanidad y en los servicios públicos decimos que tienen que estar garantizados por la atención, gestión, provisión y eficiencia de servicios públicos. Y como los servicios públicos rondan, andan siempre poco alimentados, necesitan todos los recursos que provienen de unos presupuestos generales, en definitiva de la tributación de la ciudadanía a través de su esfuerzo contributivo y de su trabajo.

Y decimos, otra vez la Biblia, al César lo que es del César y a Dios lo que es de Dios. Pues los servicios públicos a los servicios públicos, y los recursos públicos a los servicios públicos. Y a partir de ahí la frontera es nítida. La perversión está en ese interregno en que no se sabe cuánto entra y cuánto sale. Eso permite el juego del trile, que te hace perder, en algo que se llama ingeniería financiera, dónde está la bolita, y la bolita acaba sistemáticamente, muchas veces, no siempre, con las debidas excepciones, en los cajones de beneficios de entidades privadas. Y eso no es sostenible, y menos cuando no hay suficiente para alimentar un sistema que –me anticipo– sí que es un sistema realmente de excelencia, pero anemizado profundamente a golpe de sangría; y sangrías que arrancan desde... como mínimo en Cataluña hablamos del decenio negro, desde 2010. Claro, si llegas exhausto a una situación de carga, cuando llega la carga no tienes ni resuello.

¿Con qué medios? Me decía, ¿se ha contado con los medios? Se ha ido contando con los medios, pero es una obviedad, creo que no hacer autocrítica

en este momento es de insensatos, todo el mundo; por tanto, hasta en la Marea Blanca también tenemos nuestra autocrítica; nuestra autocrítica a si hemos reaccionado en función del momento y de la angustia del momento; hemos pasado momentos de trance, con personas realmente desesperadas, llorando. Han faltado medios, seguro, seguro. Entiendo que en definitiva este Gobierno, y yo no he venido a juzgar al Gobierno porque esa no es mi función, en definitiva –luego aclararé al diputado de Vox algún matiz al respecto–, pero en todo caso seguro que ha llegado tarde y resoplado y con dificultades, y que poco a poco ha ido aprendiendo y mejorando. Obviamente, las cosas están hoy mucho mejor, faltaría más. En definitiva, es cierto que el confinamiento, que la distancia social y en definitiva el ir programando unos recursos que vayan atendiendo lo fundamental, también a través de empezar también por la atención primaria, han ido mejorando las cosas.

Sobre la salud mental y las medidas, me preguntaba si han sido eficientes. La salud mental no tiene medidas eficientes desde hace muchísimo tiempo. La he definido como cenicienta. Es realmente algo lamentable. Y no será por falta de morbilidad: las enfermedades mentales están, viven cotidianamente entre nosotros y hasta están normalizadas. Lo que es evidente y cierto es que una situación como la presente genera unas descompensaciones absolutas, y que los síndromes de ansiedad y los síndromes depresivos, y otra vez los suicidios (palabra maldita entre las palabras malditas) afloran y aflorarán, porque la situación ha sido en algunos casos invivible, y que habrá que sentarse un día y empezar a ver qué hacemos definitivamente para proveer esa salud mental que no es más que un capítulo inexplorado.

La atención... Sistemas preparados para un nuevo rebrote: deberíamos estarlo, y entiendo que algún aprendizaje que llevamos, pero de todas maneras sigue sorprendiendo que en esa confrontación de intereses –que bien se ha

dicho— en que tenemos que desescalar y tenemos que abrir la actividad comercial y productiva respecto al respeto estricto a las condiciones de salud, en esa confrontación aparecen desescalonamientos que pueden parecer peligrosos. Los traumatólogos más que los internistas saben que subir escaleras cuesta, escalar, pero desescalar es mucho más peligroso porque las torceduras son tremendas, te puedes romper la crisma. Es decir, un desescalado imprudente. Y hemos tenido ejemplos públicos y notorios que no saco ahora aquí porque son demasiado públicas las imágenes, que realmente nos preocupan y nos ponen los pelos de punta. Si les sirve de algo, decirles que Marea Blanca, ni la de Madrid, pero desde luego la de Cataluña, nos preguntan: ¿y vosotros no habéis convocado manifestaciones y movilizaciones? Pues miren ustedes, señoras, nosotros no hemos convocado movilizaciones en este contexto. Sí que es cierto que hemos dado soporte a trabajadoras y trabajadores que han salido a la puerta de su hospital, diciéndoles que no estamos de acuerdo en poner en riesgo ni una sola vida, ni propia ni ajena, en este momento. Vendrá el momento en que llamaremos a grandes movilizaciones, pero las que realmente puedan revertir esta situación. Pero en este momento no lo hemos hecho, y hemos aguantado algún que otro chorro, que nos han llamado hasta socialdemócratas. Me mira la compañera del Partido Socialista: ¡ah!, es que no os atrevéis. Mire usted, es un problema de responsabilidad, nosotros somos gente responsable, solo tenemos una vida, solo tenemos un sistema y lo tenemos que preservar.

¿Participación sí o sí? Sí. ¿El marco del 19 sirve en atención primaria? Tenemos una atención primaria perfectamente definida, les invito a leer un documento, y no me extiende, se llama “Por un sistema primarista de salud”. Y lo de primarista fue una sesión que celebramos en esta casa, nos albergaron ustedes en las salas de delante, del otro lado de la acera, hicimos una jornada

magnífica que está a su disposición y que si alguien quiere se la haré llegar, donde explicamos cómo la atención primaria, ya digo, no es la puerta, la atención primaria es la atención del médico de la familia, es la familia-médico, es la que entiende por longitudinalidad, por proximidad, por historia, por empatía, por capacidad, la que realmente define el sistema.

A la compañera de... Perdón, señorías, se me escapa lo de “compañeras” y es el hábito de hablar en movimientos, pero a la diputada de Unidas Podemos, que está de acuerdo, en todo lo que estamos de acuerdo estamos de acuerdo. Mire usted, no nos preocupan las coincidencias, nos gustaría tener muchísimas más coincidencias. Y aclaro aquí, porque entro casi de lleno en lo siguiente. Bueno, le contesto a alguna pregunta que me había hecho: ¿cómo es que la financiación es tan baja? Mire usted, porque usted lo ha explicado: porque esta desfinanciación, este estar a la cola es una decisión política sin lugar a dudas, sin lugar a dudas. Y es algo que está, lo he dicho antes, como peor, mejor. Cataluña y Madrid, otra vez en dura competencia, están en sobreaseguramiento privado, porque las gráficas, que no he traído, demuestran que conforme baja la financiación de lo público aumenta el negocio de lo privado. En catalán decimos *son favas contadas*. Eso es así. Por tanto hay, a nuestro entender, claramente premeditación de objetivo. Es una decisión política, efectivamente.

Más cosas: ¿habrá más privatizaciones? Entendemos que en este momento es inexcusable, es injustificable, ya no puede ser, ya no puede ser. Y si las va a ver, sí que sabrán que ahí legítimamente la ciudadanía, gran parte de la ciudadanía, la ciudadanía organizada, la ciudadanía que se mueve empoderadamente, la ciudadanía que forma parte de las mareas blancas no estamos en absoluto de acuerdo y lucharemos contra eso, lucharemos democráticamente, legítimamente, pacíficamente, pero lucharemos.

A su señoría, el diputado de Vox, colega de profesión, le agradezco el interés que se ha tomado en seguir mi currículum biográfico; le diría que me ha recordado alguna cosa antigua y alguna que no es, que de alguna manera quizás podría no aclararle, pero sí le quiero aclarar: fui durante años miembro de la Comisión de Servicios Públicos y de Sanidad Pública del Partido de la Izquierda Europea, que es un conglomerado de partidos europeos, porque yo era de un partido, yo militaba, fíjese usted, en clandestinidad, cuando estaba prohibida según qué militancia, yo era militante clandestino del PSUC en Cataluña, tenía pelo; bueno, lo digo porque el mundo pasa y ahí estoy. No me he movido excesivamente, aunque no estoy en el PSUC porque no existe, no estoy en ninguno de aquellos, no estoy ni siquiera en aquel partido que se llamaba Esquerra Unida Alternativa, que es por el que estaba en el partido europeo. Nunca con otro cargo que no fuera el de trabajo y el de colaboración política; nunca con asesoría a sueldo; nunca con prebenda. Fui concejal en dos etapas en el Ayuntamiento de Badalona, mi ciudad. El primer Ayuntamiento de Badalona tuvo un alcalde comunista, del PSUC, Màrius Díaz. Y yo era, fui –lo quiero decir, porque me apetece– el primer concejal de España que era el concejal de una conselleria inexistente que se llamaba Ecología y Medio Ambiente. Me costó mucho explicar a mis amigos y conocidos y familiares que era el concejal de “eco ¿qué?”. Bueno, pues ahí empezamos a rescatar playas, a luchar contra la contaminación atmosférica, esa es mi militancia política en aquel momento. A posteriori he tenido, desgraciadamente, claroscuros porque la situación ha sido convulsa. Pero le aclaro: en los movimientos sociales trabajamos por ideas, por principios y por objetivos. No trabajamos por chapas de partidos políticos. En Marea Blanca hay personas de cualquier opción política que esté de acuerdo, evidentemente, con la defensa del carácter público; por tanto, no llamamos a que vengan quienes se

enemistan con esta opción, pero que no hay revisión de chapas, ni siquiera hay adoctrinamiento, está prohibido, está literalmente prohibido. Se lo digo porque la compañera de Madrid se lo ratificará, es así de claro.

Me ha dicho que fui miembro del consejo de administración de un hospital en Badalona, sí, del hospital municipal de Badalona, un hospital histórico desde la etapa que venía de un patronato donde estaba la parroquia, el ayuntamiento y demás y que con una serie de cambios en la época del advenimiento de la democracia, a partir de 1979 pasó a ser un hospital público estricta, completamente municipal; lo que era el patronato se llamó consejo de administración por cuestiones de carácter técnico, y yo representaba en aquel momento allí a mi grupo municipal en el ayuntamiento, sin ningún tipo de retribución, cargo ni prebenda. Y ese fue el trabajo una vez más. Porque a mí me encanta la defensa de la salud pública, y en eso coincido con usted, y de la sanidad pública.

Y me anticipo: ¿ha fallado la sanidad? Ha fallado la sanidad porque, previsible, nadie, nadie lo ha adivinado, ni los chinos que son tan listos, ni los coreanos ni Angela Merkel; todo el mundo ha aprendido sobre la marcha. Tengamos todas, todos, por favor, un poco, un poco de altruismo, un poco de solidaridad, sepamos decir autocríticamente que ese tono prepotente, autosuficiente de que esto es así, ya lo decía... Fíjese usted, en Cataluña cada corporación tiene su experto, que están reñidos entre sí y que se van tirando sus trapitos de un día para otro; eso es poner en evidencia ridículamente lo que he dicho antes, estamos aprendiendo, y yo en todo caso agradezco y quiero agradecer que hay quien toma voluntad de aprendizaje y aprende (de aprendizaje, perdón, sale alguna catalanada). Ha ido aprendiendo. Efectivamente, hay gobiernos autónomos, y no le digo cuáles, que lo han

hecho muchísimo peor que el Gobierno desde su opción central. Y si quiere se lo digo, pero no hace falta que se lo diga.

¿Qué más? Asesor del...

La señora **PRESIDENTA**: Cuando usted pueda...

El señor **MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA. MIEMBRO DE EMPEUS PER LA SALUT, FUNDADOR DE LA MAREA BLANCA DE CATALUÑA** (Barbará Molina): Ahora sí que tendré que correr, y lo lamento porque había cosas... Aprendiendo sobre la marcha en sanidad y en salud pública: totalmente, he reivindicado, pero entre todas, que lleva muerta de risa esperando qué hacemos por la salud pública.

El Partido Popular: le agradezco el tono; efectivamente, algunas cosas las acabo de aclarar, el sistema de que no es una cuestión partidista, independientemente de que, evidentemente, hay más proclividad hacia un tipo u otro de entente. Yo, a ustedes les reconozco cosas que han hecho bien históricamente, y otras que han hecho muy mal y de las cuales, entiendo que la sanidad es una de las damnificadas. Sus políticas sanitarias, cuando fueron Gobierno central, Gobierno estatal, y en las autonomías que gobiernan han ido generando que la Marea Blanca de Galicia esté en la coordinadora estatal y venga a acordar con la Marea Blanca de Cataluña y con la Marea Blanca de otros lugares y la de Madrid cuáles son los déficits. Ese pacto que usted dice, nosotros estamos dispuestos a pactar pero no a pactar desde una óptica comercial o mercantil, sino realmente desde ese orgullo de trabajadoras y de trabajadores que usted decía; se insiste en llamar profesionales a los médicos, vale ya de los médicos, son las médicas, y además todas son trabajadoras. Y

decimos bien, las personas de limpieza, los auxiliares administrativos, en esta pandemia han tenido un papel absolutamente ejemplar.

Y acabo casi, creo que estoy acabando, he acabado, no puede ser, sí, he acabado. Me decía que ilustrase sobre cómo actuar sobre la atención primaria: de verdad, denle un vistazo al tema de ese sistema primarista. Los consejos de participación: mire usted, es una palabra que nos llenó de ilusiones en algún momento, pero las ilusiones acaban casi siempre en desilusiones, las efervescencias acaban en defervescencias, y los consejos de participación acaban no siendo ni consejos ni de participación, son un florero testimonial que se pone en una mesa para que no fuera dicho que no ha venido alguien de los que vienen con boina. Mire usted, los que vienen con boina saben de eso de la sanidad, por lo menos tanto como muchos que van con batas verdes; lo digo porque vamos a generar un cierto respeto a la ciudadanía, que sabe perfectamente qué es lo que quiere y qué está dispuesta a poner para que las cosas vayan en el camino que ella quiere, porque además pone el esfuerzo retributivo.

Mire usted, de la formación no digo nada: claro que sí, tenemos excelentes profesionales en España, y en Cataluña también, por cierto, porque somos gente valiosa, porque somos gente enamorada de la profesión, de nuestro proyecto, de nuestro trabajo. Hagan ustedes que el sistema esté a la altura de esa vocación, de esa pasión, de ese amor por la sanidad y por la salud, que nosotros añadimos siempre “públicas”.

Señores, señoras, salud es luchar, porque luchar es salud. Muchas gracias. **[Aplausos]**

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, señor Barbará, por su presencia hoy aquí en este grupo de trabajo y por todas sus aportaciones. Muchísimas gracias.

COMPARECENCIA DE DON JULIO SÁNCHEZ FIERRO, ABOGADO Y DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD.

La señora **PRESIDENTA**: Si les parece, continuamos la sesión con la comparecencia de don Julio Sánchez Fierro, abogado y doctor en Ciencias de la Salud, que nos acompaña aquí y al que le agradecemos mucho su presencia en este grupo de trabajo. El señor Sánchez Fierro nos ha comunicado que luego nos mandará por correo electrónico su intervención para que todos ustedes la puedan tener. Sin más, señor Sánchez Fierro, tiene usted la palabra, muchísimas gracias por su presencia.

El señor **ABOGADO Y DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD** (Sánchez Fierro): Señora presidenta, señorías, buenos días a todos y a todas. En primer lugar, querría expresar mi más sinceras condolencias a cuantas personas han fallecido y a sus familias, y al mismo tiempo también mi solidaridad con las personas que se han contagiado a lo largo de esta pandemia. Al mismo tiempo también quiero mostrar mi admiración hacia los profesionales sanitarios, a los trabajadores que han trabajado durante toda la pandemia en sus distintas responsabilidades, a los voluntarios, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, a todos ellos mi más sincera admiración. Y también, por supuesto, quiero agradecer a la comisión el darme la oportunidad de poder hacer unas reflexiones en común a partir de una idea fundamental, que es el fortalecimiento de nuestro sistema sanitario, y al mismo tiempo

también mi más sincero deseo de que de esta comisión no permanente surjan propuestas e ideas que contribuyan a un gran pacto nacional en el ámbito de la sanidad y de la salud pública.

En todo caso querría comenzar mis reflexiones partiendo de que nuestro sistema sanitario es uno de los sistemas mejores que existen en el mundo; pero esta afirmación que venimos repitiendo desde hace tiempo, es necesario introducir en ella algunos matices, no solo por hechos que han ido ocurriendo a lo largo de estos últimos años, antes de la COVID, sino también la propia evidencia derivada de esta pandemia nos aconseja ser prudentes y tomar algunas iniciativas que en definitiva redundarían en beneficio de todos, y sobre todo de los pacientes.

En este orden de cosas he de decir que, así como, insisto, los profesionales sanitarios antes, durante y después de la pandemia son un referente a nivel mundial, no solamente por su alta profesionalidad y por la calidad de sus servicios, sino sobre todo por su entrega, que podemos decir que ha sido una entrega sin límites. Sin embargo, en cuanto a la organización y funcionamiento de nuestro sistema, la COVID-19 ha puesto en evidencia problemas que ya estaban ahí y que se han hecho especialmente intensos.

Permítanme destacar al menos, de entrada, dos de ellos: uno es la ausencia de la voz de los pacientes en esta crisis, creo que ha sido un silencio estruendoso. Y en segundo lugar, el problema de las desigualdades. Yo creo profundamente en el modelo autonómico establecido en nuestra Constitución y creo que el artículo 149 de la Constitución establece un modelo que es verdaderamente importante y que puede contribuir, y yo creo que este ha sido el propósito permanente del legislador en el desarrollo de la Constitución, que es acercarse a los ciudadanos; acercarse a los ciudadanos teniendo en cuenta sus circunstancias territoriales, sus circunstancias de dispersión geográfica, de

concentración o no en núcleos urbanos, en la insularidad, en los factores epidemiológicos, en aspectos tan dispersos como pueden ser las propias infraestructuras sanitarias o la disponibilidad de más o menos recursos humanos.

Bien, estos problemas de desigualdad se han ido fraguando a lo largo del tiempo, y probablemente yo creo que sería una de las urgencias mayores que tendríamos que atender en el inmediato futuro. El acceso a prestaciones y servicios no puede ser una lotería, tiene que garantizarse; podrá ser de una manera o de otra, esto no lo discute nadie, pero tendrá que garantizarse el resultado final, que es acceso en condiciones de igualdad territorial y acceso en condiciones de equidad a las prestaciones y servicios. Otra cosa nos llevaría a un flagrante incumplimiento del mandato constitucional como es el del artículo 14 de nuestra Constitución: no caben discriminaciones territoriales; sí están establecidas las posibilidades de diferencias, como reconoce expresamente el artículo 149 de la Constitución.

Por otro lado, hay que decir que estas desigualdades se han enseñoreado progresivamente como consecuencia de un problema de gobernanza, de coordinación dentro de nuestro sistema sanitario. Ese problema de gobernanza es una de las asignaturas que requiere que la afrontemos con la mayor celeridad posible también. En este sentido, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que se vio fortalecido en la Ley de Cohesión y Calidad del año 2003, no ha rendido los efectos que se pensaba que podría rendir desde el punto de vista de lo que es colaboración y coordinación entre las comunidades autónomas. Ha sido, lamentablemente, más un foro para las discrepancias que un foro y un espacio para el acuerdo y acuerdos con ejecutividad. Creo que esto requiere una profunda reflexión, porque sin una

gobernanza macro es muy difícil que podamos conseguir resolver el problema de las desigualdades.

La posibilidad de reforzar el Consejo Interterritorial está abierta, por supuesto respetando su papel, el papel auténtico, el que ya arrastra de la Ley General de Sanidad y que luego ha sido también fortalecido y reforzado por la Ley de Cohesión y Calidad. ¿Cómo? Yo, en este sentido, sugeriría a modo de una propuesta que se creara una agencia estatal del Sistema Nacional de Salud. Esa agencia estatal estaría encargada de desarrollar e implementar aquellas estrategias nacionales que estuvieran aprobadas por el Consejo Interterritorial. Sería como un organismo autónomo de carácter muy profesional, de carácter muy independiente, que hasta cierto punto podría parecerse a lo que es el Instituto de Salud Carlos III y el Ingesa. En definitiva, tratar de implementar políticas sanitarias de carácter nacional que están acordadas o que se acuerden en el futuro a nivel de estrategias.

Por supuesto, en su desarrollo operativo final contando, como no puede ser de otra manera, con la colaboración de las comunidades autónomas. Esta agencia tendría su propio presupuesto para hacer efectivas estas estrategias. Ustedes recordarán perfectamente que en el modelo inicial que había en la Ley de Cohesión y Calidad se distinguía lo que eran los planes integrales de salud. Los planes integrales de salud incluían siempre dotación presupuestaria. Sin embargo, apareció un sucedáneo, que fueron las estrategias, y las estrategias están llenas de buenas intenciones, son objetivos absolutamente necesarios, pero sin una dotación presupuestaria quedan completamente al albur de lo que suceda en todas y cada una de las comunidades autónomas. Que seguro que van a querer hacer lo mejor, pero seguramente tampoco podrán hacerlo porque no tendrán los recursos necesarios. El Fondo de Cohesión Territorial debería estar adscrito a esta agencia que yo les propongo, como una manera también

de expresar la solidaridad en los objetivos de carácter general para el Sistema Nacional de Salud.

De otra parte, la gobernanza requiere y reclama, la gobernanza a nivel macro, contar con la voz de los pacientes. Es en Barcelona, concretamente en la Declaración de Barcelona del año 2003, cuando se inicia este movimiento de pacientes en España. Creo que ha pasado demasiado tiempo, está ahí el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial y siguen sin tener un puesto de presencia en este órgano, que es consultivo, insisto, pero es muy importante, del Sistema Nacional de Salud.

También diría algo así de las sociedades científicas, que no acaban de encontrar un lugar para expresar sus propuestas, etc. En la crisis sanitaria que hemos vivido y que todavía no ha concluido, la voz tanto de pacientes como de sociedades científicas ha brillado bastante por su ausencia.

De otra parte, también querría señalar dentro de las líneas de acción cambios que no son simplemente de organización, sino que son modos de hacer las cosas. El modo de hacer las cosas en sanidad nos debería llevar a un nuevo modelo asistencial, un modelo asistencial que pasaría por resolver uno de los problemas también que viene arrastrándose cada vez más desde hace más tiempo, que es el problema de la continuidad de los procesos. La relación entre la atención primaria y la atención especializada deja mucho que desear. La relación de los procesos en la medida en que esté debidamente estructurada y debidamente organizada evitará desorientación entre los pacientes, evitará duplicación en las actuaciones y se ganaría en eficiencia. Creo que ahí tendríamos bastante trabajo por hacer.

También en este orden de cosas, creo que las nuevas tecnologías, especialmente Internet, nos podrían ayudar de manera considerable para que esta continuidad no fuera un objetivo teórico sino algo real. Esa continuidad

tendría que estar basada, a ser posible, en protocolos que estuvieran, que fueran fruto del trabajo también de las sociedades científicas, de las autoridades responsables y también de los pacientes, que tienen también cosas que decir al respecto.

La atención, el modelo de continuidad es un aspecto importante. Pero otro aspecto también no menos importante es el de la humanización. Hemos avanzado extraordinariamente desde el punto de vista técnico en nuestro Sistema Nacional de Salud; contamos con equipamientos que, aunque algunos se hayan quedado obsoletos, en conjunto tenemos una respuesta tecnológica ciertamente muy importante y muy positiva. Por eso, si tenemos en cuenta el desarrollo tecnológico y tenemos en cuenta también la superespecialización que en la sanidad se está produciendo, tenemos un riesgo, y es que el paciente no sea nada más que un objeto de la atención sanitaria y no un sujeto activo de la atención sanitaria. Por tanto, la humanización no es teoría, la humanización es algo más que derechos, la humanización es sencillamente ponerse en el lugar del paciente, incrementar la fluidez en la relación entre el médico y el paciente, y por supuesto, no es teoría, son medidas, son medidas como puede ser mejorar la formación en valores humanistas desde la época pregrado en las enseñanzas del sector sanitario, pasando por la forma de estar organizados los hospitales, como el desarrollo de las habilidades de comunicación con los pacientes.

También me parece importante destacar –lo decía antes– que esa conexión entre la atención primaria y la atención especializada es clave. Pero la atención primaria –se ha expuesto por intervinientes o comparecientes anteriores– no se merece simplemente, como sucede con los pacientes, que son el centro del sistema, pues la atención primaria todo el mundo la considera importante, pero luego los recursos personales, económicos y técnicos dejan

mucho que desear. Planes no han faltado; el último, se recordaba esta mañana, el de 2019. Pero hace falta algo más que planes, hace falta recursos, y sobre todo tener ideas y prioridades para hacer que la atención primaria produzca los resultados que todo el mundo esperamos de ella. Esto supondrá, en primer lugar, que tengan un tiempo para poder atender a los pacientes, y que no lleguemos a situaciones en las que prácticamente casi según se entra hay que volver a salir.

También es tremendamente importante tener en cuenta la posición de los crónicos; la atención a los crónicos en atención primaria es clave. Y ahí la utilización de las nuevas tecnologías permitiría hacer un seguimiento que fuera constante y que fuera especialmente eficaz.

También habría que aligerar considerablemente los trámites burocráticos para la prescripción de las pruebas diagnósticas. Y qué decir de la atención primaria en el medio rural. En el medio rural, ese vacío, esa España vaciada necesita de una manera especialmente intensa el papel y la función de la atención primaria. En ese medio rural la farmacia comunitaria ocupa un lugar muy importante, y de ahí que la relación entre la farmacia comunitaria y los médicos de atención primaria, especialmente en el medio rural, sea sencillamente muy valiosa.

De otra parte, la atención primaria también tiene que dedicar una atención prioritaria a los pacientes más frágiles, sean personas mayores, personas con discapacidad, con situaciones de dependencia, etc.; estas personas deben tener unos canales muy fluidos con la atención primaria, tanto si están en centros residenciales como si están a domicilio. No podemos olvidar que atención primaria se debe proyectar como un derecho, una prestación a todos los pacientes frágiles, estén donde estén y vivan donde vivan.

Por otra parte, la atención primaria tiene que tener una conexión, no solamente a nivel de una cartera de servicios, sino a nivel de la realidad de las cosas, una conexión muy intensa con lo que son los desarrollos en el ámbito de salud pública. Y en este punto me van a permitir, señorías, que diga que en nuestro país básicamente cuando se habla de salud pública está uno pensando rápidamente en qué crisis sanitaria estamos instalados, cuál es la próxima gripe, cuál es la próxima emergencia sanitaria. Evidentemente, la salud pública no puede ser una política a borbotones ni de pura reacción, sino que tiene que ser una política constante, una política continua en la que los objetivos que señala la Organización Mundial de la Salud sean los fundamentales. ¿Cuáles son estos? Pues la prevención de enfermedades, la promoción de hábitos saludables, mejorar la calidad de vida y contribuir a conseguir el bienestar social. Por eso yo creo que haría falta, para ganar en eficacia cuando uno habla de la salud pública, contar con una agencia de salud pública; lo mismo que cuando se produjo la crisis de las vacas locas surgió por consenso de todos y cada uno de los grupos parlamentarios una agencia de seguridad alimentaria, pues debería existir una agencia de salud pública que esté permanentemente con su acción desplegada en todos los frentes que la salud pública demanda, no solamente en las crisis sino también en el bienestar de los ciudadanos.

En materia de salud pública tenemos que decir que nuestro bagaje, tanto normativo como presupuestario, es más bien pobre; bagaje normativo que empieza con la ley de medidas especiales del año 1986, que luego fue, diríamos, completada con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y luego posteriormente con la Ley General de Salud Pública de 2011. Hay que decir que entre la Ley General de Sanidad y la Ley General de Salud Pública pasaron veinticinco años; esto quiere decir que durante

veinticinco años la salud pública ocupó un lugar inferior al que lógicamente debería corresponderle.

En términos presupuestarios el balance tampoco es precisamente para echar cohetes, porque curiosamente hasta en el propio año en que, después de un esfuerzo parlamentario loable, se aprueba la Ley General de Salud Pública, a partir de ese mismo año empieza a producirse un descenso presupuestario, lo cual resulta, como poco, inconcebible. Creo que, por tanto, hace falta replantearse las políticas de salud pública en profundidad.

De otra parte, también querría señalar que si hay un punto crítico esta mañana, y en la intervención del ponente anterior he tenido ocasión de escucharlo, el tema de los profesionales sanitarios, el tema de los recursos humanos es absolutamente crucial. Hemos avanzado demasiado poco. Desde otra ley, que también quiero insistir en que se aprobó por consenso de todos los grupos parlamentarios, la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias del año 2003, tenemos asignaturas que están ahí prácticamente inéditas. El tema de la formación continuada sigue sin tener una respuesta organizativa conveniente. Tampoco hemos conseguido grandes cosas en desarrollo profesional, en evaluación periódica para qué vamos a decir. La recertificación no deja de ser un objetivo en el que ciertamente han destacado más las corporaciones profesionales que las administraciones sanitarias. Aquí querría destacar el papel de la OMC con unos trabajos notables en este terreno de la recertificación, y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Son pequeños pasos, pequeños avances, pero todavía estamos muy lejos de tener una recertificación, que daría por una parte seguridad a los pacientes, que permitiría elevar los estándares de calidad de los servicios, y que en definitiva también motivaría a los propios profesionales.

Pero también, no se puede ocultar para nada, insisto, esta mañana se ha vuelto a señalar también, es el tema de la precariedad y la falta de estabilidad en los profesionales sanitarios. Resulta como poco sorprendente que sea casi un hito a celebrar, lo mismo que cuando uno aprueba unas oposiciones, pasar de eventual a interino, no digo a estable, sino de eventual a interino: algo no está funcionando. Esto es necesario que se afronte de una manera decidida y sin más demoras.

El tema de las retribuciones está ahí: todavía no se han recuperado los niveles de retribuciones correspondientes a la anterior crisis, y por tanto aquí es necesario que los profesionales se sientan, no solamente arrojados sino también comprendidos en sus demandas y en sus planteamientos. Hay que decir que aquí no tenemos que inventar nada, porque resulta que tenemos dos motores potentes que si se pusieran en funcionamiento podrían contribuir a resolver esto de una vez por todas. Existe por una parte el ámbito de negociación con los sindicatos, que se reúnen muy esporádicamente, muy de tarde en tarde, casi siempre cuando un ministro toma posesión pero luego no se continúan sus trabajos. Y luego está el foro de las profesiones sanitarias: le pasa exactamente igual. Creo, por tanto, que mecanismos para implementar una política de recursos humanos, haberlos, haylos, y necesidades identificadas están identificadas.

De otra parte, también una reflexión respecto al campo de las tecnologías, lo citaba hace un momento como uno de los aspectos positivos de nuestro sistema. Pero también tengo que destacar que en el campo de las tecnologías hemos actuado un poco a borbotones, sin contar con un plan estratégico que permitiera un desarrollo sistemático y que permitiera, por tanto, conseguir unos resultados óptimos en este terreno. Hay hasta cuarenta sistemas informáticos que conviven dentro de nuestro Sistema Nacional de

Salud. A pesar de todo se han conseguido avances notables en receta electrónica, en historia clínica digital, y también en la gestión de recursos humanos y la gestión de recursos económicos y financieros, pero hay otros terrenos en los que está casi todo el camino por recorrer. Me refiero a lo que es la posibilidad de la visita virtual, o lo que podría ser el seguimiento de las personas crónicas, en lo que se podría ganar mucho tiempo y se ganaría en eficiencia sin ningún género de dudas. Haría falta un plan de transformación digital estratégica dentro de nuestro país que tuviera en cuenta, aparte de estos temas de telemedicina que mencionaba, también el *big data*, la robotización y otras cuestiones, sin olvidar la inteligencia artificial. Creo que esto requeriría una labor permanente; creo que en el seno del Consejo Interterritorial se podría establecer una comisión dedicada a la transformación tecnológica a la que debería invitarse a participar también a ministerios que también concurren en este terreno, como puede ser el de Industria o como puede ser el de Economía u otros.

Desde el punto de vista de la industria farmacéutica, este viernes pasado había una intervención de representantes de este sector, y por tanto yo solamente voy a poner el acento en las cosas que me parecen más llamativas. En primer lugar, lo más llamativo para mí en materia de medicamentos es la contradicción en la que vivimos instalados. Por una parte los poderes públicos incentivan, si bien de una manera escasa, a través de un programa Profarma que procede del año 1986 con pequeñas modificaciones, y sin embargo hay una apuesta muy positiva, ahí el Ministerio de Industria juega un papel importante, de activar todas las capacidades nuestras para conseguir medicamentos innovadores y progresos en favor de la salud de los ciudadanos, que es en definitiva lo que nos interesa.

Sin embargo, cada vez que aparece un fármaco nuevo parece como si las administraciones sanitarias se pusieran a temblar y que aparecieran toda clase de barreras, de argumentos, etc. para tratar de retrasar en todo lo posible la utilización, el acceso real a estos medicamentos. No les descubro nada, la cantidad de protocolos, de guías terapéuticas, de algoritmos, de comisiones que aparecen para ver si sí o si no y cuándo y cómo. Esto produce desorientación, y desesperación también, de los pacientes que aspiran a acceder a aquello que el propio Gobierno ha autorizado como una prestación. Habría que ser más sincero y que cuando se incorpora una prestación a la cartera de servicios, esté donde esté uno, viva donde viva, acceda a esos servicios y a esas prestaciones. De la manera que sea más conveniente, que sea más ajustada, pero que se pueda acceder y que no nos convirtamos en unos vencedores de una carrera de obstáculos.

Bien, la disponibilidad en materia de ensayos clínicos creo que es uno de los grandes aspectos positivos de nuestro sistema sanitario y que, por tanto, yo creo que la apuesta por él, toda es poca. Pero también tengo que decir aquí que no consiste solo en tener muchos ensayos clínicos, sino también en poder tener información de los resultados. Creo que, por ejemplo, una ausencia notoria es la no existencia de un registro de pacientes. No tener registro de pacientes regulado supone que muchos de los resultados que se tienen en Galicia o que se tienen en Andalucía o que se tienen en Aragón son conocidos por la administración más inmediata, más cercana, pero no se ponen en común del sistema. Por tanto, esta información, por supuesto con las garantías, como no puede ser de otra manera, establecidas por el reglamento europeo, pero ese registro de pacientes debería existir, y debería existir cuanto antes.

En materia, diríamos, de la atención por parte del sector sanitario privado, creo que existen permanentemente los debates, pero quiero decir que

aquí creo que valdría la pena volver la mirada hacia atrás y recordar que esto no es nuevo, que esto se discutió cuando se aprobó la Ley General de Sanidad en 1986. Y a pesar de que algunos querían la supresión de cualquier forma de actividad del sector privado en la sanidad, al Gobierno de aquel entonces no le pareció tampoco correcto, y aunque aquella ley no tuvo el consenso que luego tuvo la ley de cohesión, sin embargo aquel Gobierno, a partir de los artículos 89 y 90 y sucesivos de la Ley General de Sanidad, regula la colaboración público-privada. Por tanto, contar con los esfuerzos de todos, creo que es positivo. Los pacientes no son pacientes públicos y pacientes privados, son pacientes que demandan la mejor atención posible.

De otra parte querría decir que cuando hablamos de pacientes hay un grupo que es el de las personas mayores y muy mayores. España tiene 9 millones de personas (en números redondos) mayores de 65 años; de ellas, 2 800 000 y pico tienen más de 80 años; y hay cerca de 600 000 que tienen más de 90 años. Estamos, por tanto, ante un grupo social de la máxima importancia al que le debemos no solamente cariño sino también respuestas efectivas. Estas personas mayores son casi siempre pacientes pluripatológicos. A partir de los 70 años normalmente las concomitantes suelen ser dos o tres patologías. Por tanto, yo creo que tendremos que tener en cuenta al conjunto de estas personas mayores como personas frágiles y no verlas solo en las residencias, sino verlas en sus hogares, verlas en los centros de día, verlas atendidas con la teleasistencia, con el servicio a domicilio, verlas en su integridad.

El problema de las residencias es un problema importante, pero tenemos que tener en cuenta que en España, de los cerca de 9 millones de personas mayores de 65 años, aunque son muchas ciertamente, son 373 000 las plazas que hay en las residencias. Por tanto, focalizar toda la política de atención

sanitaria a los mayores en las residencias, creo que no es lo más acertado. Que por supuesto hay que atenderlo a tope, nadie lo discute, pero que nos quedaríamos en una visión absolutamente miope si no tuviéramos en cuenta que esas personas mayores están también en sus hogares; unas veces con su familia, y 700 000 viven solos, con lo que supone la soledad no solo desde el punto de vista psicológico sino también desde el punto de vista asistencial.

El Comité Económico y Social de la Unión Europea, ya hace más de diez años señalaba que hay que dejar a las personas mayores que elijan dónde va a estar su hogar: si va a estar su hogar en una residencia (que la residencia no es un establecimiento sanitario, es un hogar), o bien en su propio domicilio. Eso debe estar en su libertad. Pero si optan por esta segunda opción de estar en su domicilio, deben los poderes públicos apoyar y responder con sistemas y con medios para que cuenten con la mejor protección disponible.

Bien, trasladándonos el tema a la reciente pandemia de COVID, pues yo creo que aquí tendremos que hacer una reflexión de cara al futuro –termino ya, muchas gracias, presidenta–, una reflexión de futuro: la reflexión de futuro es que algo no ha marchado bien. Concretamente en el real decreto 463 del año 2020, que declara el estado de alarma, se entra en un pormenor verdaderamente significativo; creo que se hizo bien en el sentido de destacar muchos aspectos, pero tuvimos que esperar hasta el día 21 de marzo para ver normas específicas para las personas que están en las residencias. Algo no funcionó bien. La guía que se aprobó, también complementaria de esto, contempla a las personas que están en las residencias, bien cómo distribuir las dentro de la residencia o bien sencillamente cómo actuar con ellas cuando vuelvan del hospital, pero no se estableció un procedimiento, un protocolo que regulara el camino hacia y la vuelta hacia, en las dos direcciones, con las personas mayores. Es un tema muy discutido el tema de si es ético o qué

prelación tienen que tener las personas mayores a la hora de ser atendidas, pero en todo caso las personas mayores, por el hecho de ser mayores no pueden ser postergadas en el tratamiento este.

Aquí me parece importante –voy ya casi concluyendo, presidenta– destacar que el real decreto-ley, el 21/2020, que acaba de entrar en vigor tiene un aspecto positivo y otro que no lo es tanto. Un aspecto positivo porque en el artículo 10 incluye expresamente la coordinación de los centros sociales con las estructuras de salud. Me parece que esto hubiera sido importante que se hubiera hecho desde el principio, pero bienvenido sea que se haga. Sin embargo, en el artículo 29 incurre en una omisión, y es que ahí se habla de tener un plan de contingencia para los establecimientos sanitarios, pero no se dice nada de los establecimientos de tipo sociosanitario. Creo que esto habría que corregirlo. Se ha pedido por parte del sector que en este tiempo que media hasta el mes de octubre se haga un verdadero mapa epidemiológico que afecte a las personas mayores y que haya un plan de contingencia pensando en las residencias. Creo que esto sería importante.

Y ya lo último, presidenta, y ya con esto ya me despido, quería decir simplemente que para hacer todo esto hace falta financiación. Sin financiación todo se quedará en buenos propósitos. Con financiación, será 1 punto del PIB o serán 2, en esto doctores tiene la Iglesia, si se hace en función del pasado del PIB español o del que va a quedar o cómo. En todo caso, tendríamos que establecer unos mecanismos para que el papel de las comunidades autónomas quede preservado en su capacidad de gestión pero al mismo tiempo que no se produzcan desigualdades entre los ciudadanos.

Lamento que el tiempo no lo haya distribuido suficientemente bien y que la parte de financiación no la haya podido desarrollar como me hubiera gustado. En todo caso, reitero, presidenta, señoría, mis mejores deseos de

acierto en las conclusiones que finalmente puedan elaborar y elevar a la comisión no permanente.

Muchas gracias. [**Aplausos**]

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Sánchez Fierro. Yo creo que ahora con las preguntas, a lo mejor alguna cosa sí que se puede ampliar. Por el Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Señor Sánchez, gracias por las explicaciones dadas.

A ver, creo que no coincidimos mucho en el modelo; usted ha empezado su intervención y también ha terminado su intervención, ha empezado diciendo que considera que la descentralización es una de las fortalezas, y ha terminado diciendo que las comunidades autónomas deberían mantener su capacidad de gestión, pero sin embargo el relato que en medio de ambas afirmaciones ha realizado no es lo que nosotros desde el Partido Nacionalista Vasco entendemos que es un relato de un sistema sanitario verdaderamente descentralizado. Porque nosotros, lo que defendemos es que las comunidades autónomas en aquellos ámbitos de su competencia, de competencia exclusiva, no solo se deben limitar a la gestión del sistema sanitario en este caso, sino que tienen que tener una capacidad de decisión fuerte para poder determinar hacia dónde debe ir el sistema sanitario en cada lugar.

En cuanto a esas desigualdades que usted dice, esta mañana ya ha vuelto a salir, y lo que nosotros defendemos es que aquella arquitectura institucional que tenemos en los distintos lugares es fruto de la labor que durante décadas y décadas, por la apuesta de determinadas políticas públicas, se ha ido

construyendo. Entendemos, y ojalá aquellas otras comunidades que deseen tener una arquitectura institucional o una cartera de servicios o de prestaciones públicas similar o parecida, porque algunos habrá quienes consideren que no, y luego le pondré un ejemplo, puedan tenerlo; pero en ningún caso tiene que haber una vocación centralizadora, con vocación de que sea uniforme el planteamiento que se hace en todos los sitios. Porque, insisto, si no, ¿para qué hacemos procesos electorales en ámbitos competenciales exclusivos donde cada uno de nosotros lleva propuestas distintas en su programa electoral que luego ejecuta esas políticas? Son fruto de lo que la gente decide que quiere dentro de la oferta política que hay. Y me refiero, por ejemplo, a modelos distintos que los distintos partidos llevamos. Y le voy a poner un ejemplo: usted se ha referido al nuevo modelo asistencial y decía –y en esto sí coincidimos con usted en nuestro modelo– que el modelo de continuidad de los procesos es un modelo que debe implantarse, que debe implementarse, porque si no, de alguna forma la asistencia en atención primaria y la asistencia en atención hospitalaria o especializada podría estar atomizada y no tener conexión entre ambos, lo que llevaría a la excelencia en la prestación sanitaria. Sin embargo, hay otra gente que en este mismo grupo de trabajo ha defendido que ese sistema de gerencia única o de conexión de los sistemas (nosotros en Euskadi tenemos el sistema de organizaciones sanitarias integradas) no es el más adecuado y que cada uno debe tener su autonomía y su forma de funcionar. Quiero decir que cada uno vamos haciendo nuestra apuesta.

Dicho esto, usted se ha referido en el ámbito de la salud pública y también en algún otro ámbito a que no debemos ir actuando a borbotones, pero lo cierto es que en el contexto de la pandemia se ha ido actuando a borbotones porque yo creo que no quedaba otra forma; y creo que con visión retrospectiva seremos capaces de analizar con más serenidad qué es lo que ha

pasado, pero la situación era muy complicada no solo en el Estado sino en todos los sitios. Y ahí, para terminar, le haré una pregunta: usted se ha referido a que es necesaria una gobernanza macro, ¿por qué ustedes entienden que esa gobernanza macro debe ser estatal? Nosotros decimos: si superamos las barreras de quien ahora tiene la competencia exclusiva, ¿por qué no plantear una gobernanza macro a nivel europeo? Porque la crisis ha sido supraestatal, de una dimensión global. Ojalá lo hubiéramos intuido cuando apareció en China, ojalá lo hubiéramos intuido cuando apareció en Italia. Por eso, ¿por qué lo macro no es supraestatal?

Gracias.

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

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Gracias, señora presidenta. Muchísimas gracias por su completísimo análisis, a pesar de los límites del tiempo, y las interesantes aportaciones que nos ha dado, señor Sánchez Fierro. También se le nota la vena jurista, y eso, la verdad es que, como compañero jurista también, se agradece, y aporta mucho, mucho valor añadido a lo que nos ha manifestado.

Uno de los aspectos sobre los que más hemos hablado en esta comisión ha sido las condiciones laborales de nuestros profesionales sanitarios. Hablamos de que sufren una temporalidad acuciante, llegando en algunos casos al 30 %. Frente a esta situación hay voces que han propuesto retomar el sistema de prueba nacional con convocatoria anual (el antiguo Insalud): ¿qué le parecería a usted este sistema? ¿No cree que este sistema estaría más en consonancia con la gestión de los centros sanitarios?

En cuanto a la dirección de la gestión, concretamente en materia de profesionalización, ¿qué medidas propondría usted en esta línea? ¿Conoce usted la ley de profesionalización de la Dirección sanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid? No me cabe duda de que sí. ¿Le parecería adecuada a este respecto?

En cuanto a la evaluación sanitaria, que en mi grupo hemos defendido desde nuestra llegada a esta cámara prácticamente, ¿qué medidas serían necesarias para avanzar en la verdadera cultura de transparencia?

Coincidimos con usted en la mejora que supondría la constitución de una agencia española de información y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Usted que ha vivido de cerca, muy de cerca, la creación del Sistema Nacional de Salud, ¿cree que sería positiva la creación de un fondo de cohesión dirigido a corregir desigualdades entre las comunidades autónomas?

Sin más, no le voy a hacer muchas más preguntas porque creo que usted aporta mucho más que yo; sin más, le agradezco sus valiosas aportaciones y nos ponemos a su disposición.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias. Por el Grupo Parlamentario Republicano.

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

Estoy totalmente de acuerdo en los dos puntos que ha marcado usted como los dos grandes déficits que tiene el sistema sanitario: por un lado el tema de la ausencia de los pacientes, y por tanto la necesidad de aproximación, de proximidad a lo que es el propio paciente; y por otro, el

tema de la desigualdad en el acceso a las prestaciones y servicios. Lo que pasa es que usted ya rápidamente ha hablado o ha asociado el tema de la desigualdad con una desigualdad territorial, cuando pensaba que en todo caso las desigualdades, donde realmente se notan más es precisamente en las desigualdades sociales. Donde realmente la incidencia de las prestaciones sanitarias se nota más no es tanto en las cuestiones territoriales, sino incluso en las sociales. Incluso en los mismos territorios como en Cataluña o en cualquier comunidad autónoma, sabemos que en una misma ciudad hay diferencias sociales en barrios o incluso en zonas rurales o en zonas urbanas. Por lo tanto, yo creo que la prioridad debe ser esta: qué acciones hacemos para cubrir socialmente aquellas poblaciones o aquellos segmentos de población más vulnerables o que tienen más vulnerabilidad o tienen más dificultades de acceso. Creo que va por aquí el tema.

Básicamente porque usted planteaba luego, para equilibrar esas diferencias, esas desigualdades territoriales, una agencia, una agencia estatal de salud con un presupuesto asignado. Yo supongo que esta agencia... Yo estaría de acuerdo en todo caso con una agencia estatal de salud siempre y cuando sea dentro del marco competencial que tiene asignado directamente el Ministerio de Sanidad. Lo digo porque la mayoría de las competencias de salud están muchas veces traspasadas a las comunidades autónomas. Por tanto, yo entiendo esa agencia en el marco concreto simplemente de las competencias asignadas en esos momentos a los que sería el ministerio, en todo caso. Que de hecho son muchas, son muchas, y creo incluso que muchas de esas competencias no están ni medianamente desarrolladas en ese sentido.

Y en cambio, en el modelo del resto de competencias que descansan en las comunidades autónomas, creo que aquí sí tiene que haber un modelo más de cogobernanza, un modelo más de coordinación entre lo que sería el propio

ministerio e incluso los diferentes sistemas sanitarios. O sea, por lo tanto yo creo que el ministerio mismo puede articular una agencia interna para coordinar lo que serían sus propias competencias, pero en todo caso la propia gestión del día a día recae entre comunidades, y en todo caso lo que puede haber es una relación de cogobernanza.

En todo caso, precisamente y ya para terminar, creo que es importante, y eso sí que lo comparto con usted, que precisamente una de las asignaciones o una de las competencias o uno de los déficits que se ha visto realmente con la COVID es precisamente que no disponemos de un sistema de información homologado en ese sentido. Y en ese sentido sí que creo que sería aquí donde quizás el ministerio debería apretar o donde debería intentar buscar mecanismos de homologación de los sistemas de información, porque hemos visto que realmente es un elemento clave para gestionar una pandemia tener los mismos criterios en todos los territorios; pero es que además han de ser criterios que yo creo que no solo deben ser criterios que se homologuen a nivel de Estado, sino que deben ser criterios que se homologuen a nivel internacional. O sea, que por lo tanto los criterios deberían ser lo más internacionales posible para que todo el mundo tenga un mismo criterio de cuál es el estado de cualquier pandemia en cualquier punto del mundo.

Por tanto, simplemente esas dos intervenciones, esas dos propuestas.

Muchas gracias.

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

La señora **MEDEL PÉREZ**: Hola, buenas tardes, y bienvenido, señor Sánchez.

Aquí se plantean dos tipos de desigualdades: una que es la que ha planteado usted, la desigualdad interterritorial entre comunidades autónomas en cuanto a financiación por habitante y año en sanidad, y que ahí están los números. Y por otro lado, claro, una desigualdad intraterritorial, por supuesto que sí, porque entre otras cosas hay muchos factores que influyen ahí, muchos factores, pero uno de ellos es también que la infrafinanciación en una comunidad autónoma actúa como... esa infrafinanciación hace que ese mecanismo, digamos, de equidad que tiene la sanidad pública deje de funcionar, porque la prestación es más baja o tienes que poner un copago a pensionistas... Es evidente todo este tipo de cosas. Quiero decir que hay que abordar todo eso. ¿Usted cree que el Consejo Interterritorial o la Alta Inspección Sanitaria, si ejercen realmente sus funciones y se dota como toca, pueden ejercer de mecanismo regulador de esa desigualdad?

Otra cuestión que me parece fundamental es lo que usted ha hablado de que la atención sanitaria es un proceso, entonces, esos escalones que hay, esos compartimentos entre la atención primaria y la hospitalaria. ¿Cómo cree usted que se puede mejorar la coordinación en esos niveles, medidas que a usted le parezcan, medidas concretas?

Otra cuestión que ha planteado, estas cuestiones las ha planteado usted: la participación ciudadana parecía bien diseñada en la Ley General de Sanidad pero no ha funcionado. ¿Cómo cree usted que puede hacer que eso de alguna manera tenga algún tipo de efectividad, que funcione de manera eficiente?

Y por otro lado es qué piensa... Usted habla de que la privada es necesaria, que no hay pacientes públicos y privados, que son pacientes: ¿qué piensa de la compatibilidad de cargos, de responsabilidad en hospitales públicos y privados?

Eso es todo. Gracias.

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

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Buenos días, con la venia, señora presidenta. Muchas gracias, señor Sánchez Fierro, por su enormemente interesante intervención.

Como sabe, nuestro grupo, Vox, proclama que la unificación de la sanidad es la solución para estos problemas de disgregación y balcanización que algún compareciente, el doctor Repullo, ha definido así. Se había predicho la aparición de una enfermedad llamada equis, una pandemia; no se sabía si era una zoonosis o un superbicho, una superbacteria, pero todo el mundo estaba esperando esto. Y muchos expertos decían que era una zoonosis. Nuestro diagnóstico –y me gustaría que lo criticase– es que ha fallado la epidemiología tanto a nivel internacional (por ejemplo el retraso de la declaración de pandemia) como estatal (no se declararon los brotes epidémicos cuando tocaba), y las autonomías también se han demostrado incapaces. No se quiso ver ni lo de China –he dicho “no se quiso”– ni lo de Italia, posiblemente por problemas económicos. Y usted dice, y nosotros estamos de acuerdo, que esto se puede solucionar con una agencia de salud pública. Muy bien. Y que esté bien dotada. Pero fíjese usted, acaban de convocar dos plazas de epidemiólogos por 1500 euros netos. Entonces, claro, no sé cuánto les pagan a los actuales, a lo mejor ahora llenan el centro de alertas de todos estos expertos preventivistas que no previeron nada. Bien, este es nuestro diagnóstico.

Coincidimos con usted en que las sociedades científicas tenían que haber estado más presentes. Ahora bien, me da la impresión de que muchos de

los responsables de estas sociedades científicas, superiores jerárquicos, su puesto también depende mucho de los gestores, no son realmente independientes. Y usted ha contado la desgracia del eventual que celebra su interinidad. Bien, coincidimos con esto. Y dice que necesitamos... Ustedes van descubriendo, los partidarios del Estado autonómico, con todos los respetos, van descubriendo la importancia de la unificación al menos funcional. Y en esto me ha gustado mucho su intervención en la misma medida en que no le ha gustado a su señoría la señora Gorospe del PNV, ¿verdad? Pero dice usted: si el Consejo Interterritorial es un foro de discrepancias, si han sido incapaces de establecer una base de datos única para la COVID-19, ¿cómo se va a solucionar esto sin una unificación funcional? Y ahí mete usted la agencia estatal del Servicio Nacional de Salud, con la cual estamos; pero habrá que darle un contenido de poder, digo yo, de poder normativo.

Paso a otro tema: ha señalado usted lo de los ensayos clínicos y la aprobación de medicamentos. No podemos estar más de acuerdo con usted; yo he sido investigador principal de cientos de ensayos clínicos, y es el problema que usted menciona, absolutamente de acuerdo. Y la aprobación de medicamentos también. Y a mí me gustaría saber, a nosotros nos gustaría saber –ya voy terminando, señora presidenta– cómo sería la colaboración de lo público y lo privado en el I+D+i.

Bien, termino con el tema de las residencias: absolutamente de acuerdo con usted, en el procedimiento del Ministerio de Sanidad para los centros sociosanitarios solamente se habla del aislamiento, y no del desplazamiento a los hospitales. Usted ha puesto el dedo en la llaga de que efectivamente hubo un lapso de tiempo en el que no se protocolizaron esos desplazamientos, y hubo autonomías como la Generalidad catalana que en un documento de recomendaciones se ponía, textual, que los mayores de 75 años vulnerables no

eran candidatos a la ventilación mecánica invasiva. Y me gustaría que usted comentara estos dos puntos.

Sin más, agradezco la indulgencia de nuevo a la señora presidenta, y a usted le doy mis encendidas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Por el Grupo Parlamentario Popular.

La señora **GAMARRA RUÍZ-CLAVIJO**: Muchas gracias, presidenta. En primer lugar quiero agradecerle al señor Sánchez Fierro su brillante exposición, y la amplitud, además, de toda ella aunque le haya quedado algún aspecto en el tintero que yo espero que en la posibilidad de réplica nos lo pueda avanzar. Y sobre todo quiero agradecerle la riqueza de las propuestas que nos ha planteado.

Señor Sánchez Fierro, usted, como bien se ha reconocido, es una persona que tiene un profundo conocimiento de nuestro Sistema Nacional de Salud, y aparte ha contribuido de una manera importante en distintas etapas. Ha hecho referencia a distintos acuerdos o a distintos instrumentos que han sido acordados en momentos pasados por unanimidad y por unos grandes acuerdos. En ese sentido nuestro partido, el Partido Popular, es partidario en estos momentos de un gran pacto de Estado en materia sanitaria al que le hemos querido llamar el “pacto Cajal”. Y mi pregunta es: desde su experiencia, ¿qué aporta como sociedad que en un momento como el actual las medidas que se puedan adoptar partan de ese gran acuerdo o que no lo hagan? Si considera desde su experiencia que cuando se ha llegado a esa unanimidad en algunos momentos legislativos o en momentos importantes para abordar el futuro de nuestro Sistema Nacional de Salud, qué es lo que ha aportado desde el punto de vista de fortaleza, o de debilidades, nunca se sabe.

Ha hecho también usted referencia a la gobernanza y la importancia de un nuevo modelo de gobernanza con mayor presencia de pacientes y también de sociedades científicas. Mi pregunta está referida, no hacia el futuro, sino hacia lo que hemos vivido, y si considera usted que ha fallado la gobernanza a la hora de afrontar la crisis de salud pública que significa la COVID-19; si la presencia de los pacientes, de las sociedades científicas o de otros agentes hubieran mejorado y hubieran aportado a la hora de tener que afrontar esta situación.

Por otro lado, usted nos ha hablado de un modelo de agencias, en el fondo, a la hora de articular el futuro, un aspecto que nosotros desde el Grupo Popular compartimos absolutamente. Compartimos la necesidad de una agencia nacional de salud pública, ya que se ha fallado, y evidentemente no podemos decir que la prevención haya funcionado. No lo ha hecho a nivel internacional, pero tampoco lo ha hecho dentro de nuestros propios mecanismos y nuestros propios dispositivos. Y en ese sentido yo quería hacerle una serie de preguntas.

En primer lugar, y en relación a los modelos de agencia, porque ha enumerado usted varios y ha hecho alusión a la Agencia de Seguridad Alimentaria en el momento de su creación y la unanimidad que en aquel momento se congregó, me gustaría saber si considera acertada la decisión de que esta Agencia de Seguridad Alimentaria que surge con la crisis de las vacas locas haya salido de las competencias del Ministerio de Sanidad para pasar al Ministerio de Consumo, si considera que es importante en un modelo de agencias que todas estén coordinadas desde el mismo ministerio, si va en detrimento al final de un funcionamiento eficaz el que al final un criterio político sea el que marque el lugar que tiene que ocupar.

También en relación a la agencia de salud pública, me gustaría saber qué opinión tiene de la red de médicos centinelas y el papel que han jugado en la prevención de la COVID-19.

Y por otro lado, un tema importante hablando de salud pública es sin duda el tema de las vacunas. Yo creo que sinceramente estamos perdiendo liderazgo a nivel europeo; si hemos quedado fuera como país en el comité científico de la COVID hace unas semanas, pues nos hemos vuelto a quedar fuera en este caso de la alianza europea sobre vacunas. Y sin duda alguna esa exclusión nuevamente significa fracaso, fracaso de un Gobierno y fracaso como país, que tenemos que reenfocar qué estamos haciendo y en qué estamos fallando. En esa alianza europea sobre vacunas, España tenía que haber estado. Y mi pregunta es: ¿qué cree usted que ha faltado y cómo debiéramos replantearnos nuestra política en salud pública en el ámbito de las vacunas para ser líderes y para estar en esos foros y en esos instrumentos?

Y por último, en el marco sociosanitario y en el marco de las residencias, y llevándolo a la gestión de la crisis de la COVID, hay algo que nos falta y está por ley establecido, y es ese marco sociosanitario, esa estrategia sociosanitaria que debiéramos tener como país y que no tenemos. Mi pregunta es si usted cree que hubiera cambiado la gestión de haber tenido España ese marco sociosanitario, esa estrategia que por ley está aprobada y que no se ha desarrollado; si además usted considera –aunque creo que ya ha dado respuesta a mi pregunta– que el real decreto 463, el del estado de alarma, debiera haber previsto, y por tanto haber suplido esa falta de estrategia sociosanitaria para poder afrontar bien lo que teníamos que afrontar.

Y por otro lado, y en lo que tiene que ver con los rebrotes, si considera que es suficiente el marco del que nos hemos dotado en estos momentos en ese real decreto-ley de vuelta a la normalidad, si cree que se ha reconducido

suficientemente la situación, ya que si algo ha quedado claro es que no se ha funcionado desde una estrategia sociosanitaria para afrontar las situación de las residencias.

La señora **PRESIDENTA**: Tendría que ir usted acabando.

La señora **GAMARRA RUÍZ-CLAVIJO**: Sí. Bien, yo creo que con estas cuestiones serían más que suficientes las que queríamos plantearle, y como le decía al principio, le agradecemos su exposición y su contribución en esta comisión.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: La representante del Grupo Socialista, por favor.

La señora **PRIETO NIETO**: Buenos días, o casi buenas tardes, señor Sánchez Fierro, bienvenido a este Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública perteneciente a la Comisión de Reconstrucción Social y Económica; le agradecemos su exposición. Nos hemos quedado con ganas de seguir escuchándole, y antes de pasar a mis preguntas, que van a ser muy concretas y muy concisas, y que espero que pueda responderme, quería sumarme a sus condolencias por todas las personas fallecidas a causa de esta pandemia, especialmente por los profesionales sanitarios. Queremos expresar nuestra solidaridad y también sumarnos a su admiración por el comportamiento de los profesionales sanitarios, de los voluntarios y las voluntarias y de las fuerzas y cuerpos. Paso entonces de manera muy concreta y muy concisa a tres preguntas que tengo mucho interés en que me responda.

La primera sería: ¿qué elementos recomienda usted que deberían incorporarse en un eventual acuerdo sobre el Sistema Nacional de Salud?

La segunda es: ¿cómo plantearía usted el fortalecimiento del ministerio para sus funciones constitucionales?

Y la última pregunta es si me puede decir usted si está de acuerdo en que la financiación de la sanidad sea finalista, y si es así cómo se podría convencer de ello a los presidentes de las comunidades autónomas.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señor Sánchez Fierro, tiene usted la palabra para intentar contestar a estas preguntas. Tiene usted doce minutos.

El señor **ABOGADO Y DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD** (Sánchez Fierro): Bien, en primer lugar muchísimas gracias a todos ustedes, a todas ustedes, señorías, por sus preguntas; creo que, por razones obvias de la hora que es, tendré que hacer un sumatorio, una amalgama para responderles de la manera más ágil posible.

Y por ir por partes, de todas maneras, quiero empezar dándole las gracias a la señora Gorospe por su intervención. Evidentemente, como es lógico, vivimos en un país, diríamos, donde la libertad de pensamiento, incluida en los aspectos ideológicos y políticos existe, gracias a que nuestra Constitución lo permite, y por tanto las formulaciones que se hagan dentro del seno de la Constitución, todas, son absolutamente válidas y respetables.

En segundo lugar yo creo, vamos, tengo una admiración considerable a cómo funciona el servicio vasco, el modelo vasco, la verdad es que es admirable en muchos aspectos. Pero también tengo que decir que desde una

visión de un Sistema Nacional de Salud lógicamente tiene que haber, junto a los aspectos de gestión autónoma y de iniciativas propias, tiene que haber unos sistemas de cohesión y de solidaridad; lo contrario es, sencillamente, destruir el Sistema Nacional de Salud. Entonces, hacer compatibles esas, diríamos, peculiaridades, que son absolutamente legítimas y además positivas, si son fruto evidentemente de planteamientos objetivos, con la situación de igualdad de acceso de los ciudadanos estén donde estén o vivan donde vivan. En este sentido, yo creo que lo importante es que las prestaciones que estén establecidas sean accesibles y que las desigualdades, sean de origen organizativo, sean de cualquier otro origen, las desigualdades sean proscritas, y para eso habrá que establecer mecanismos, y aludiré luego a ellos.

Desde el punto de vista de hacer un pronóstico de cómo podía haber sido la pandemia: a toro pasado, evidentemente, es una crítica que es habitual, pero lo que sí es evidente es que si hubiéramos tenido un órgano parecido a una agencia de salud pública no hubiéramos tenido que improvisar tanto como hemos improvisado, es decir, tendríamos un sistema que hubiera respondido con dificultades, como le ha pasado a todo el mundo. Pero es que nosotros, nuestras dificultades han sido máximas porque nuestro desarrollo en el ámbito de salud pública es mínimo. Esta es la realidad pura y dura. Por tanto, creo que del pasado tenemos que sacar conclusiones. Y la conclusión primera es que siempre, cada pandemia o cada epidemia que surja tendrá sus características, pero tendríamos que tener algún mecanismo de respuesta que actuara casi automáticamente, con dificultades, pero que actuara automáticamente y no en función de que cada día vamos descubriendo una cosa, porque eso realmente obliga a rectificaciones. La evolución y la gestión de la pandemia han estado plagadas de rectificaciones, y esto es notorio, no lo voy a decir yo ahora como descubriendo nada.

En cuanto al tema de continuidad que usted ha mencionado, no puedo estar nada más que de acuerdo: creo que sin eso el paciente sale perjudicado y el sistema no funciona, esta es la realidad.

Agradezco al portavoz de Ciudadanos también sus referencias tan amables, y quiero decirle que, por supuesto, creo que el modelo de profesionalización en la asistencia sanitaria es deseable; es decir, en definitiva una cosa son decisiones a nivel macro, donde evidentemente la política tiene que estar presente, y otra cosa es la gestión ordinaria, donde la única política es la política con mayúscula, la política sanitaria como tal. Por tanto, yo creo que avanzar en la profesionalización, eso, lógicamente, no puede ser nada más que positivo.

En cuanto a la intervención de la representante de Unidas Podemos, quiero decirle que lamentablemente el tiempo no nos perdona, porque francamente me ha parecido que sus preguntas estaban llenas de sentido y de interés y que me hubiera gustado desarrollarlas con más detalle. Pero en todo caso, por una que yo... como decía la presidenta que aprovecharía el turno de contestación para desarrollar un poquito más, el tema de financiación. Creo que efectivamente usted apunta a un tema absolutamente crítico. Aquí simplemente decir que el problema de déficit de financiación es un problema crónico, es una enfermedad crónica de nuestro Sistema Nacional de Salud. Simplemente les recuerdo que en la Ley General de Sanidad en 1986, para poder implementar la universalidad como objetivo acabó colocándose, porque en 1986 se vivía otra crisis económica, pero también se vivía una crisis económica, hubo que colgar una disposición transitoria diciendo que a la universalidad se iría llegando poco a poco según las disponibilidades económicas. ¿Y qué ha pasado? Pues que han pasado muchas crisis, muchas vicisitudes, y que no hemos encontrado el momento de meterle mano, vamos a

decir así, al problema. Simplemente quiero recordar brevísimamente que la última vez que se intentó hacer esto con carácter global fue en el año 2005 con la presidencia del presidente Zapatero, que convocó en el Senado una conferencia de presidentes autonómicos para tratar de afrontar el problema de falta de presupuesto sanitario; pero hay que decir que aquella reunión no aportó grandes soluciones, probablemente hubiera requerido más tiempo, se hizo con un cierto nivel de improvisación; el caso es que todo se tradujo en 500 millones de euros para el sistema y poderse endeudar para ejercicios futuros. Evidentemente, esto no era la solución, yo creo que los que participaron en la reunión eran conscientes de ello, hicieron lo que pudieron, y entonces, pues acabamos sencillamente con la presión asistencial creciendo y endeudándonos hasta que en el año 2011, perdón, 2010, empezaron a adoptarse medidas restrictivas que luego continuaron, hasta que se trató de reconducir la situación. En suma, el modelo de financiación es una asignatura pendiente.

Aquí, y en parte contesto también a la portavoz del Partido Socialista, hay que decir que la contestación de financiación finalista sí o no, pues yo tengo la suerte y el honor de haber vivido en Galicia, y por tanto sé que las cosas hay que hacerlas *a modinho*, es decir, con cuidado y con cautela. Entonces, vamos a ver, si lleváramos un planteamiento de financiación finalista al cien por cien sería tanto como plantear desde el nivel del Estado qué es lo que hay que hacer en cada comunidad autónoma, y esto entraría en conflicto con la gestión autonómica. Por otra parte, si asignamos equis, resulta que las vicisitudes de la gestión sanitaria en la comunidad autónoma tal son hache, pues nos encontraríamos con una situación de muy difícil solución porque no tendríamos posibilidad de movernos con otras partidas presupuestarias para buscar solución.

Por tanto, yo soy más bien partidario de que la financiación sea autonómica y que dentro de cada comunidad autónoma el Parlamento autonómico apruebe lo que corresponda, pero eso sí, teniendo en cuenta al menos una serie de indicadores que a nivel global del sistema fueran, digamos, objetivos y elocuentes. Por ejemplo, la dispersión geográfica, las desigualdades sociales, como decía el representante del Grupo Republicano, o por ejemplo el nivel de envejecimiento, el nivel de discapacidades, la estructura deficiente o no deficiente de medios en la comunidad.

Luego, teniendo en cuenta estos factores, que en todo caso habría que tener en cuenta, pues cada uno sabrá si su compromiso está en el 38 % o en el 45 % o en el 50 %. Yo creo que hay que ser en ese sentido flexible, pero al mismo tiempo no hacerlo de cualquier manera, porque eso al final no sería bueno para los ciudadanos.

La financiación, por tanto, yo creo que tiene que ser reorientada sobre la base de una serie de indicadores de carácter objetivo. Esos indicadores de carácter objetivo, sería bueno que estuvieran plasmados en una ley, pero en todo caso deberían surgir del debate que hubiera en el seno del Consejo Interterritorial. Creo que ahí debe debatirse esta serie de cuestiones y de temas.

Sé que me ha preguntado más cosas, pero si usted me disculpa, yo no tengo inconveniente en otro día, en otra circunstancia, hablar con usted, que será un placer.

Después, en cuanto al doctor Steegmann, decirle que la realidad de la transparencia en información es una realidad que requiere entrar en ella con todas sus consecuencias. La gestión de esta crisis ha servido para demostrar que no había datos seguros, que los datos podían cambiar, que los datos podían ser unos o podían ser otros. No se trata de echar la culpa a unos u otros

o lo que sea, es que el sistema no ha funcionado. Es decir, que el Instituto Carlos III nos pueda dar una cifra en torno a 42 000, 43 000 muertos, y el Sistema Nacional de Salud que nos dé 27 000 y pico, pues algo no cuadra, algo no cuadra. Yo creo que el tema de los datos es una de las grandes debilidades de nuestro sistema. Datos no solamente para las pandemias y epidemias, sino para los resultados en salud: tenemos que saber si tales medicamentos están funcionando o no están funcionando, cómo están funcionando de bien y qué patologías necesitan una atención mayor porque son cada vez más prevalentes, etc. Es decir, yo creo que por tanto hay que avanzar en este terreno.

En cuanto al tema de la descentralización y de la cercanía, yo creo que la cercanía siempre es necesaria, pero la igualdad de derechos es completamente imprescindible, entendida en el sentido de que la gestión podrá ser diferente pero el resultado final que hay que asegurar es el que es.

Alguna pregunta, no recuerdo en este momento, no me atrevo a atribuírsela a ninguno de ustedes porque no recuerdo bien quién la ha hecho: por ejemplo, el tema de la Alta Inspección, creo que usted ha sido, la Alta Inspección y el Consejo Interterritorial, si serían herramientas muy positivas. Pues bien, tengo que decirle que no puedo estar más de acuerdo con usted, que concretamente en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, expresamente se configuran con este carácter. Fíjense, el tema de la Alta Inspección del Estado, que es un modelo, diríamos, de supercuidado, de máxima flexibilidad, de respeto máximo a las comunidades autónomas, de velar por los pacientes pero sin molestar a nadie, etc., pues bien, desde el año 2003 hasta el año 2020 no ha gestionado un solo expediente. Esta es la realidad. Entonces, claro, protestar de falta de igualdad cuando el mecanismo, existir, existe, y es un mecanismo que está aprobado y acordado por todos los

grupos parlamentarios; entonces, yo creo que algo habrá que hacer para rescatarlo, creo que esto es por completo necesario, ¿no?

Y en cuanto a las desigualdades sociales que señalaba el representante del Grupo Republicano, pues he de decirle que estoy muy de acuerdo con él, que dentro de una gran ciudad la situación varía por barrios, evidentemente, y que la respuesta asistencial no puede ser insensible a las necesidades específicas que pueden tener distintos barrios o distintas zonas de una misma comunidad autónoma.

Creo que en ese sentido hay comunidades autónomas en las que la participación ciudadana, que es otra de las preguntas que ustedes me han formulado, ha avanzado más y en otras menos. Yo, por ejemplo, creo que una comunidad que ha avanzado en esto es la comunidad de Castilla-La Mancha, y la Comunidad de Galicia; en la Comunidad de Galicia se han creado una especie de consejos de salud donde intervienen representantes de los distintos estamentos sociales, etc., y esto, por supuesto, junto con profesionales. Esto es muy positivo y esto ayuda a que la gente no haga conocer su insatisfacción en base a la protesta, sino en base a la participación. Y aquí he de decirles que está en sus manos poder modificar una ley que es muy importante. Es una ley que, curiosamente, cuando hablamos de tratamientos, cuando hablamos de medicamentos, cuando hablamos de muchas de estas cosas, casi siempre aparece como una cosa extraterrestre: es la Ley de Autonomía del Paciente, es la Ley 41/2002, que es la trasposición a España del Convenio de Naciones Unidas de Derechos Humanos y Biomedicina. Pues bien, en esa ley le falta un título segundo; el título primero sería el contenido actual, que son los derechos individuales de los pacientes, que están perfectamente regulados y que hay que ponerlos más en valor. Faltaría un título segundo, que sería los derechos colectivos de los pacientes, porque existir, existen. El derecho a la

participación, el derecho a la información, el derecho a proponer, el derecho a discrepar, todo eso es un elemento fundamental para poder mover el sistema teniendo de verdad al paciente como centro del sistema.

Y en fin, solamente dos palabras para contestar, imposible a todas las cosas que ha presentado la representante del Grupo Parlamentario Popular, pero sí decir que, efectivamente, habría cosas que se podrían hacer mejor. Por ejemplo, lo de la agencia de salud pública. El ejemplo aquel, por circunstancias de mi trabajo (en aquel momento estaba en el Ministerio de Sanidad), quiero decirles que el modelo de cómo se elaboró la Agencia de Seguridad Alimentaria se lo deseo a ustedes porque funcionó estupendamente: llegó aquí, al Congreso de los Diputados, con todo pactado, con todos los grupos parlamentarios conversando uno por uno, uno detrás de otro, y no fue nada sorprendente que se aprobara por unanimidad en el Congreso de los Diputados; y pasó al Senado y pasó tres cuartos de lo mismo. En aquella crisis todo el mundo tenía clara una cosa: que la competencia en salud pública era de las comunidades autónomas, faltaría más, pero todas las comunidades autónomas miraban hacia el ministerio pensando que tendría que tener una capacidad de dirección, una capacidad de coordinación para sacar el tema adelante. Y es lo que se hizo. Esa ley se aprobó, insisto, de esta manera. Creo que es un modelo de cómo trabajar.

Y luego, la gestión de la agenda es participativa. ¿Que el lugar deseable sea el Ministerio de Sanidad? Yo, evidentemente, tengo mis desviaciones profesionales y naturalmente pienso que la seguridad alimentaria donde tiene que estar es en el Ministerio de Sanidad. Que en este momento por circunstancias políticas esté en el Ministerio de Consumo, quiero decir que no me llena de satisfacción, pero creo que la prudencia de las autoridades del Ministerio de Consumo debería ser máxima y contar a tope con las

autoridades del Ministerio de Agricultura, con el Ministerio de Sanidad, es decir, poner en valor que la independencia administrativa no se convierta en el eje.

Aquí simplemente quiero decirles que un epígrafe no nos puede llevar a una confusión: el epígrafe es que en el decreto regulador del Ministerio de Consumo aparece la Agencia de Seguridad Alimentaria adscrita a la Secretaría General de Consumo y Juego. Yo creo que esto no es homologable, digamos, si mira uno hacia fuera. Pero insisto, es una circunstancia política, coyuntural, que yo estoy convencido de que por encima de la terminología que se utilice en la siempre aburrida jerga administrativa, lo que contará será la funcionalidad y que el Ministerio de Consumo cuente a tope, como no puede ser de otra manera, con el Ministerio de Sanidad y con el Ministerio de Agricultura.

Les pido disculpas por no haber contestado a todas las preguntas, pero he abusado ya y la presidenta me hizo una advertencia hace bastante tiempo.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Sánchez Fierro, ha sido un privilegio tenerlo hoy aquí y escucharle, y sentimos que por la premura de tiempo no nos haya dado tiempo a escucharle mucho más. Le agradecemos mucho su presencia y esperamos poder cumplir todas las expectativas que usted nos expone.

Muchísimas gracias.

COMPARECENCIA DE DON JUAN ABARCA CIDÓN, PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN IDIS.

La señora **PRESIDENTA**: Continuamos la sesión con la comparecencia de don Juan Abarca Cidón, presidente de la Fundación IDIS. Muchísimas gracias por acompañarnos en este Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública de la Comisión de Reconstrucción. Muchísimas gracias por haber acudido a nuestra llamada, y sin más le doy la palabra. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN IDIS** (Abarca Cidón): Muy bien, señora presidenta, señorías, antes de nada me gustaría decirles que me parece de una crueldad intolerable que no les dejen comer ni tener un rato ni unos minutos de asueto.

Me gustaría iniciar esta comparecencia agradeciendo la posibilidad de poder concurrir hoy aquí en representación del sector privado, de la sanidad privada, y teniendo un sincero recuerdo para todos los fallecidos y sus familiares por esta terrible pandemia, y en especial para todos los sanitarios.

El Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad es una institución que agrupa a más de noventa empresas del sector salud, puesta en marcha por los principales agentes del sector sanitario privado, grupos hospitalarios, aseguradoras y empresas de la industria farmacéutica y tecnológica, que nace con la intención de promover la mejora continua de nuestro sistema sanitario fomentando la integración y la normalización en el mismo del sector privado y sus experiencias.

El sector sanitario privado participa en el sistema sanitario de dos formas: como elemento suplementario y complementario a la cobertura pública, a través de la financiación privada de los usuarios de un seguro de salud, por el pago directo y a través de diferentes modelos de colaboración público-privada.

Con respecto a la asistencia sanitaria privada, representa el 65 % de la actividad del sector. En nuestro país existen 9 millones de personas que tienen de forma suplementaria a la cobertura sanitaria pública un seguro privado de salud, es decir, un 19 % de la población copaga voluntariamente un seguro de salud que descarga al sector sanitario público de una cantidad mínima de 591 euros (y digo “mínima” porque la cobertura de las aseguradoras nunca es superior a la cobertura del sistema sanitario público, y esa es la siniestralidad que hay por asegurado), que hace que se ahorre en las instituciones públicas. Aplicando el ahorro mínimo de estos 591 euros por los 9 millones de asegurados que tienen un seguro, totaliza 5319 millones de euros, que es más que los presupuestos de gastos sanitario público de Asturias, Aragón y Baleares juntos.

Además, a través del modelo de aseguramiento privado, libera recursos sanitarios públicos, porque en el sistema sanitario privado, sin contar con la actividad que se desarrolla en los modelos de colaboración público-privados, se realiza el 23 % de las altas hospitalarias, el 30 % de las intervenciones quirúrgicas o el 25 % de las urgencias totales de nuestro país. Hay más de 450 hospitales en nuestro país y más de 51 000 camas de hospitalización, y una prueba de su relevancia es el papel que ha desempeñado en esta crisis sanitaria tratando más del 20 % de los ingresos en planta por COVID y el 15 % de los ingresos en UCI.

Con respecto a la colaboración público-privada, representa el 11 % del gasto sanitario público y apenas el 15 % de la facturación del sector sanitario privado. El sector sanitario privado colabora con el sector público a través de diferentes fórmulas de colaboración, como el mutualismo administrativo, en donde el 85 % de los funcionarios y sus familias eligen voluntariamente la asistencia sanitaria privada como servicio sustitutivo a la asistencia pública,

con un coste per cápita medio inferior al 38 % del coste per cápita en el Sistema Nacional de Salud (883 euros al año frente a 1224), porque las aseguradoras asumen todos los costes sanitarios de los pacientes, los consuman en el sector privado o en el sector público.

Los conciertos para contemplar servicios que no preste la sanidad pública en determinadas comunidades autónomas, como el transporte sanitario o la diálisis, o para la disminución de las listas de espera, y las concesiones administrativas, que son fórmulas de gestión privada de la sanidad pública habilitadas a raíz de la Ley 15/1997 de Habilitación de nuevas formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud, que del mismo modo, según muchos informes, lo hacen con un coste un 25 % inferior que el coste per cápita del sistema público tradicional y con altísimos niveles de satisfacción.

En total, y según las cifras de 2018, el sector sanitario privado de nuestro país representó el 2,6 % del PIB, el 30 % del total, y el público el 6,3 % del PIB, para sumar un total conjunto del 8,9 %, cifra muy por debajo de la media de los países de la OCDE, que es de 10,1 %.

Esto es un grupo de trabajo para la reconstrucción de nuestro sistema sanitario. ¿Pero qué ha pasado para que hayamos llegado a tener que replantear su reconstrucción? Primero, me gustaría precisar que allí donde la pandemia no llegó con suficiente intensidad y dio tiempo a implantar las medidas de confinamiento precozmente no ha habido ningún problema de saturación del sistema sanitario. Por el contrario, allí donde no dio tiempo, fundamentalmente en Madrid, Barcelona y en ambas Castillas, la pandemia se expandió de forma libre y el sistema se vio absolutamente desbordado por el acúmulo de pacientes graves que de forma brusca necesitaron cuidados críticos.

Esto es importante precisarlo porque lo que se ha producido aquí es una crisis de salud pública, y por tanto la primera y principal medida que se debería tomar para que esto no vuelva a ocurrir es desarrollar la Ley General de Salud Pública promulgada en el año 2011. Con un sistema de alertas y vigilancia epidemiológica adecuado podemos sufrir una pandemia pero se puede evitar la saturación de los servicios sanitarios, como ha pasado en esta ocasión, y los miles de fallecimientos que no tenían que haber ocurrido.

Pero sin duda toca hablar de rehacer o reconstruir nuestro sistema de asistencia sanitaria, porque ya antes de la crisis mostraba clarísimos signos de agotamiento que por cuestiones de interés político no se han querido afrontar y que han contribuido a que los devastadores efectos de la pandemia se hayan agravado. Así, las dificultades en la accesibilidad al sistema de salud, en forma de listas de espera, la falta de equidad entre comunidades autónomas para el acceso a nuevos tratamientos o tecnología, la falta de la promoción de la investigación, el sistemático abandono del sector sociosanitario de la dependencia y la falta de colaboración directa con el sector privado, colaboración que sí que es verdad que durante esta crisis se ha realizado al cien por cien con absoluta normalidad en algunas comunidades autónomas y evidente éxito en su funcionamiento, son males que ya existían antes de la COVID en nuestro sistema sanitario y que, eso sí, con la pandemia se han mostrado en su máxima expresión.

Es decir, tenemos o teníamos un serio problema antes de la COVID de atención sanitaria y social, porque el sistema que dejamos antes de la crisis de 2008 se ha ido quedando pequeño y anticuado según ha ido aumentando la demanda por el envejecimiento y la cronificación. Además, por motivos puramente políticos o ideológicos, por una parte se ha enarbolado la bandera de que teníamos el mejor sistema sanitario del mundo en base a algo tan

simplista como que tenemos una de las mayores esperanzas de vida del mundo, cuando solo el 10 % de la misma depende del sistema sanitario, y por tanto, ¿por qué hay que hacer algo?

Y por otra parte se permitió el lujo de no querer saber nada del sector sanitario privado, que, al contrario, en todos estos años ha seguido creciendo, y sobre todo invirtiendo en innovación tecnológica, construyendo un sistema paralelo al sistema público con el que ya compite en calidad y complejidad. Cuanto mejor le iba al sector privado menos se ha querido saber de él y más se le ha culpabilizado de los males que aquejaban al sector público.

Así pues, y dado que esta es una comisión para la reconstrucción del sistema sanitario y la salud pública, y de acuerdo con nuestro objetivo de tratar de contribuir a tener el mejor sistema sanitario posible, primero me adelanto a decir que estamos aquí sin abrazar ninguna ideología concreta ni partido político alguno. Todos queremos un sector sanitario público fuerte que dé la mejor asistencia posible a los ciudadanos. Todos queremos un sistema sanitario universal con los máximos niveles de accesibilidad y equidad y con el máximo nivel de coberturas tanto en cartera de servicios como en prestaciones.

Entendemos que en este entorno es posible y es bueno la existencia de una sanidad privada que eligen los ciudadanos de manera voluntaria para quien desea una atención más personalizada, y que debe estar funcionando de manera coordinada con la sanidad pública, integrada en torno a la figura del paciente y con un marco estable de colaboración entre ambas partes que sea beneficioso para todos.

Por último, y esto es importante que se entienda, al sector sanitario privado no le interesa que le vaya mal al sector público. Al contrario, mientras el sector público tiene que dar una oferta equitativa a todo el mundo, la base

de nuestro sentido es la atención personalizada. Nosotros queremos la mejor sanidad pública porque no pretendemos sustituirla, sino dar un servicio diferente cuando lo quiera el ciudadano o se necesite complementarla, como hemos hecho durante esta pandemia o hacemos para contribuir a solucionar la lista de espera.

Por tanto, nuestras propuestas serían: primera, con respecto a la financiación, es imprescindible incrementarla, incrementar la financiación sanitaria pública, como mínimo al nivel de los países de nuestro entorno, e idealmente en el orden de 2 puntos del PIB antes de la COVID, a fin de recuperar y compensar lo perdido desde la crisis de 2008, las nuevas circunstancias demográficas y sanitarias de la población actual, e incluir como parte de un todo la financiación de los servicios sociosanitarios y la dependencia. No debería haber solución de continuidad en el ciclo de vida del paciente desde que nace hasta que fallece.

Obviamente, la gestión de la asistencia sanitaria debe estar transferida a las comunidades autónomas, pero debe ser dentro de un marco en el que, en mi opinión, se dote una financiación finalista para la salud, a través, por ejemplo, de un modelo cápita por ciudadano con las correcciones que sean necesarias, según criterios de eficiencia clínica.

Se debe establecer el sistema para que el sector sanitario participe de alguna forma en las decisiones sobre la financiación de la sanidad pública y no que esté todo en manos de las consejerías de Hacienda o en el Consejo de Política Fiscal.

Con respecto a la cartera de servicios y prestaciones, hay que definir realmente en función de la financiación que podamos aportar al sistema qué servicios y prestaciones podemos garantizar a la ciudadanía, de una forma equitativa. Y hay que introducir el factor tiempo para priorizar procesos

graves de procesos leves, porque, ¿cuál es la lista de espera óptima para un juanete? Lo que está claro es que para un cáncer debe ser la atención inmediata. Hay que reevaluar estas coberturas con la colaboración de las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes, que deben tener un papel protagonista en el ámbito de decisión de las diferentes estructuras sanitarias.

En cualquier caso y para garantizar la equidad, que es lo que ordena la Ley General de Sanidad del año 1986 –y si no nos gusta, la cambiamos, pero es lo que tenemos–, las coberturas deben estar definidas por el ministerio y deben ser igual en todas las comunidades autónomas. Las coberturas sanitarias no pueden regirse por el principio de mínimos y que luego cada comunidad autónoma las amplíe como considere, porque eso va en contra de la igualdad en los servicios recibidos, que es lo que promulga la ley vigente.

Tercero, con respecto a la digitalización: es imprescindible llevar nuestro sistema sanitario al siglo XXI, para lo que hay que generar un sistema de identificación de los ciudadanos único y válido para todos los territorios y para todas las instituciones del sector, con independencia de su nivel de atención y de su titularidad. Además es preciso promover de forma obligatoria la digitalización de todas las estructuras sanitarias con independencia de su nivel de actuación y su financiación en torno a los pacientes y las personas, que son realmente las protagonistas de este tipo de servicios por encima de intereses políticos, profesionales o empresariales.

Debe existir, en definitiva, una historia clínica única interoperable que dé continuidad asistencial a los pacientes con independencia de los diferentes niveles de atención y con independencia de si las instituciones son públicas o privadas, para evitar duplicidades e ineficiencias.

Cuarto, cuarta propuesta, con respecto a los resultados e indicadores sanitarios: si no mides no puedes mejorar. Hay que promover la transparencia del sistema fomentando la publicación obligatoria de resultados o indicadores sanitarios, y en función de estos elaborar un mapa de la realización de procesos en los centros en función de efectividad en los resultados sanitarios y siguiendo criterios de eficiencia clínica, no puede ser en función de criterios políticos.

Quinto: con respecto a la Ley General de Salud Pública hay que desarrollarla y poner en marcha la agencia estatal de salud pública promovida por el Estado y las comunidades autónomas, que coordine y controle tanto las medidas de salud pública (la vigilancia epidemiológica, el control de enfermedades) como las medidas de prevención contra los factores de riesgo de la población o el control de la calidad asistencial y del acceso a los recursos de forma equitativa. Una agencia de salud pública que tiene que dotarse de medios y que debe estar en constante relación y coordinación con las autoridades autonómicas pero que debe ser la máxima autoridad con respecto a estas materias en un momento dado.

Hay que diseñar un protocolo de actuación específico ante la notificación de alertas internacionales o nacionales, con la intención de clarificar sin género de dudas la coordinación entre el Estado y las comunidades autónomas de todas las medidas y procesos necesarios para afrontar la crisis desde el principio.

Sexto: las comunidades autónomas deben gestionar su sanidad en base al cumplimiento de unos indicadores definidos por parte del Estado con el control y la supervisión de su cumplimiento a través de la Alta Inspección del Estado o alguna otra agencia que se cree *ad hoc*, la cual tiene que tener capacidad sancionadora. Entre no poder hacer nada y aplicar el artículo 155

deben existir posibilidades intermedias. Debe existir y potenciarse el fondo de cohesión interterritorial para los casos de procesos que se tengan que financiar directamente desde el Estado porque su excepcionalidad no permite que se pueda realizar en todas las comunidades autónomas, y del mismo modo se debe establecer un fondo específico para el desarrollo e implementación de medidas de alcance nacional y relacionado con las nuevas tecnologías como la inteligencia artificial o la telemedicina.

Séptimo: con respecto a los profesionales, se debe impulsar su papel, deben ser considerados a los efectos de planificación y organización del sistema a través de las diferentes sociedades científicas; se debe fomentar la estabilidad laboral de los profesionales del sector público y establecer mecanismos de reconocimiento del esfuerzo, el mérito o la formación continuada. En mi opinión, sería bueno habilitar un órgano central que ayude y apoye a las comunidades autónomas en la gestión de las políticas de recursos humanos y que impida que compitan entre ellas para llevarse a los profesionales, y se tendría que actualizar y homogeneizar la ley de incompatibilidades para que aquel profesional que quiera, fuera de su horario laboral, trabajar en el sector privado pueda hacerlo si lo desea. Competir, como pasa en algunas comunidades autónomas, entre el sector público y el sector privado por los profesionales es una pérdida de oportunidad para los dos.

Por otra parte, todos los actores sanitarios, tras la entrega profesional de todo el sector ante esta crisis sanitaria, junto al riesgo que viene asumiendo en esa dedicación, deben recibir una respuesta consecuente por parte de las administraciones y del Gobierno en el tratamiento de su dedicación profesional a la COVID-19. Así, es obligada y justa la calificación como enfermedad profesional de la situación de contagio para todos estos

profesionales, que no solo tiene como único propósito la correcta calificación jurídica, sino además derivar hacia aquellos las consecuencias prestacionales correspondientes en el terreno económico y en el asistencial.

Merece una especial mención por lo que hemos padecido en esta crisis la necesidad de incrementar el número de enfermeras. España es uno de los países de nuestro entorno con menor ratio de enfermeras por cien mil habitantes, así como su capacitación y especialización, en especial las de los servicios especiales (UCI y quirófano) y las de la atención comunitaria para potenciar los servicios de atención primaria y la asistencia y seguimiento domiciliario.

Para acabar este punto, a los efectos de simplificar la judicialización de la medicina, con el desgaste que supone para los profesionales, la frustración para los pacientes y la dificultad para los jueces, se deben implementar los procesos de resolución extrajudicial de conflictos, de responsabilidad sanitaria y el baremo de daños sanitarios; ambos mecanismos permitirían una pronta y justa solución en más del 70 % de los casos.

Octavo, la corresponsabilidad de los ciudadanos: se debe establecer un plan de comunicación a la población para formarles en el mejor uso y las limitaciones del sistema sanitario y conseguir la corresponsabilidad de los ciudadanos en el manejo y cuidado de su salud. Debe promoverse la presencia de los representantes de los pacientes en los órganos de decisión sobre cuestiones que afecten al sistema, dado que son sus principales clientes y usuarios, y deben comprometerse con la sociedad a través de tareas de formación del cuidado de la salud y del uso responsable de los recursos sanitarios. No es admisible que la gente coja una cita y no acuda sin avisar, por poner un ejemplo.

Noveno: con respecto a la investigación y el desarrollo es imprescindible fomentar todo tipo de medidas que las promuevan. Primero, para ser foco de atención de profesionales cualificados, y segundo para no tener que depender tanto de lo que hagan terceros países. Un país avanzado no es el que innova, un país que usa la innovación como motor de desarrollo es un país avanzado; y hacer muchos ensayos es sin duda un síntoma de la calidad y el compromiso de nuestros profesionales, incluso una fórmula de ahorro para los hospitales porque lo financia la industria, pero no deja de ser un sistema de servicios y no una verdadera industria. Hay que favorecer a las empresas que apuestan e innovan para generar riqueza industrial alrededor del sistema sanitario.

Se debe establecer un plan que agilice y simplifique el acceso a la innovación farmacéutica de una forma equitativa para toda la población y realizar un mapa nacional de recursos tecnológicos tanto públicos como privados para diseñar un plan Renove del parque tecnológico en función de criterios sanitarios y demográficos que permitan disponer de un sistema sanitario debidamente modernizado, que dé las máximas prestaciones a la población y garantice su acceso a los recursos de la totalidad del sistema.

Para finalizar este punto, a la vista de lo acontecido, resulta obvio que debemos tener capacidad de producir en nuestro país determinados productos básicos (como mascarillas, guantes, respiradores) para poder atender situaciones como la vivida sin tener que depender de terceros. Y puestos a pedir cosas con sentido común, habría que intentar que tuviéramos la posibilidad de fabricar nuestras propias vacunas.

Décimo y último: se debe renovar recíprocamente la confianza en las relaciones entre el sector público y el sector privado. El sector privado aporta un papel que no solo pretende obtener beneficios económicos. Esto me

gustaría dejarlo claro de una vez por todas, y se ha podido comprobar en esta crisis. Ha quedado patente que más que priorizar los resultados económicos pretende también aportar valor a la sociedad, pero ya no somos una pequeña red de sanatorios para hacer cirugía plástica o partos o hacer exclusivamente listas de espera de procesos simples. La realidad es que el sector sanitario privado aporta más del 30 % de los recursos que desde el punto de vista asistencial funcionan de manera aislada o paralela, cuando los datos demuestran que durante los años de la crisis económica, como dije en mi introducción, no solo no ha seguido creciendo e invirtiendo, sino que se ha consolidado como un sector clave en cuestiones tales como la innovación tecnológica o su aportación a la investigación.

En nuestro país hemos combinado el orgullo de tener una sanidad universal que es capaz de garantizar que todas las personas puedan tener una sanidad financiada por impuestos y de calidad con la intolerancia al debate sobre la mejor forma de alcanzar esos objetivos e introduciendo como único argumento sospechas sobre la cualificación y verdaderas intenciones de los trabajadores y empresas del sector privado cuando asisten a un paciente a través de un sistema de aseguramiento. Esta actitud excluyente supone eliminar del planteamiento a los más de 10 millones de personas que han elegido libremente pagar una asistencia sanitaria privada basada en el aseguramiento, así como a cientos de miles de trabajadores y recursos sanitarios; e incluso supone despreciar los miles de millones de impuestos generados por una buena gestión empresarial que terminan acabando en las arcas públicas. Y además genera una hipocresía manifiesta, dado que muchos de los grandes críticos de nuestra actividad empresarial disfrutaban de los beneficios que aportan frente a los 36 millones de españoles que no pueden acceder a ella.

La realidad es que la colaboración público-privada se produce desde siempre, se reconoce desde los principios de nuestra democracia en la Ley General de Sanidad del año 1986, y se viene dando con distinta intensidad en todas las comunidades autónomas con todo tipo de partidos políticos. Pero se debe promover un marco estable de colaboración entre el sector público y el privado para los conciertos desde la lista de espera que garanticen tanto la accesibilidad a los servicios como las prestaciones a los ciudadanos allí donde el sistema público no llega a dar dicho servicio y dé seguridad jurídica al sector. Es decir, insisto, debemos recuperar la confianza mutua.

Del mismo modo, y hablando del mantenimiento y la promoción del sistema de colaboración público-privada, creo que habría que tratar de mantener el potencial y promover el modelo de las mutualidades administrativas que tanta satisfacción crea entre los funcionarios y que es un derecho reconocido históricamente desde los tiempos de los montepíos, mucho antes del siglo XX, y que por cierto fue ratificado por parte del Partido Socialista en la Ley General de Salud Pública del año 2011.

Como he dicho al principio de mi intervención, por cada uno de los 9 millones de personas que tiene un seguro de salud voluntariamente gasta un importe que ahorra una cantidad mínima de 591 euros a las arcas públicas; esta cantidad da margen para fomentar la implementación de mecanismos de ayuda fiscal para que la población que pueda se haga un seguro y deje un espacio en la cola a aquel que no se lo puede permitir.

La existencia del sector privado hay que normalizarla definitivamente. La provisión sanitaria pública no es suficiente para absorber la demanda sanitaria de la población. Y ya, de la sociosanitaria ni hablamos. Y cuanto menos se ha querido saber del sector privado mejor le ha ido a este y peor le ha ido al sector público.

En estos días he podido comprobar cómo algunos ponentes pedían eliminar las desgravaciones fiscales a los seguros de salud para los empleados de las empresas. Me gustaría llamar la atención sobre esto, primero porque a través de esta fórmula acceden a los servicios sanitarios privados más de 3 millones de ciudadanos; segundo, porque es el beneficio social más apreciado por parte de los trabajadores; y tercero, porque los que lo plantean supongo que caerán en la cuenta de lo que va a suponer en forma de más colapso para un sector público saturado y, por supuesto, de pérdida de puestos de trabajo por el cierre directo de decenas de centros sanitarios privados.

Por cierto, que lo mismo pasaría si se replanteara la continuidad de las mutualidades administrativas, modelo ya de por sí en riesgo por su más que clara y anunciada infrafinanciación, afectando en estos casos sobre todo a provincias y contribuyendo con ello al cierre de los hospitales y todo el negocio indirecto que generan a su alrededor. El sector sanitario privado asistencial emplea casi 300 000 puestos de trabajo directo cualificados en nuestro país, cuyo concurso y normalización en el sistema sanitario puede ser beneficioso tanto para las administraciones como para los pacientes y el propio sistema sanitario público.

Por último, en los efectos de esta comisión creo que se debería promover de una vez el pacto por la sanidad que desde hace tanto tiempo les reclama la sociedad para tratar estos y otros asuntos, contando y despolitizando el papel del sector privado, que ha demostrado su predisposición a aportar valor por encima de sus propios intereses empresariales en esta terrible crisis de la COVID-19 que nos ha asolado.

Por todo esto, para acabar me atrevo a decir que la transformación profunda de nuestro sistema sanitario no es una opción, es una necesidad que

se ha convertido en una obligación, sobre todo desde la posición en defensa del sector público que todos apoyamos y defendemos.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Abarca. A continuación tienen la palabra los grupos parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Gracias, señora presidenta. Muchas gracias, señor Abarca, por su diagnóstico y por las propuestas que nos ha hecho. Antes de nada, como ya les dije a otros representantes del ámbito de la sanidad privada, quiero agradecer a todos los profesionales sanitarios de este ámbito, al igual que a los de la pública, por el trabajo y el sacrificio en esta terrible pandemia.

Coincido con usted en muchos de los aspectos que ha citado, concretamente en la mejora de la financiación de la sanidad pública, la mejora de las condiciones laborales de los sanitarios, aumento del personal de enfermería, y en otros muchos aspectos que ha citado y que no le voy a exponer.

Dicho esto, y sabiendo que la sanidad privada, que ha sido demonizada, como usted también ha dicho, por algunos grupos, ha prestado y presta un gran servicio, le voy a hacer cuatro preguntas muy sencillas y cortitas.

¿Considera que la interlocución y la coordinación de las autoridades sanitarias han sido, como si dijéramos, operativas, han sido efectivas para abordar esta crisis, en definitiva? ¿Estábamos preparados para hacer frente a esta integración, qué carencias hay y qué deberíamos corregir en este sentido? También le pregunto si han estado los profesionales sanitarios de la sanidad

privada adecuadamente protegidos, con EPI y medios de protección. ¿Cuáles son los datos que ustedes manejan en sus centros de contagios y fallecidos? ¿Usted cree necesario un fondo de reserva de material?

En otro orden de cosas, ¿cree que la situación de la sanidad privada es muy diferente a la de los países de nuestro entorno?

Sin más, esas son, básicamente, telegráficamente, las preguntas que le quería plantear; le doy las gracias por sus aportaciones, y que transmita también al colectivo nuestro más sincero agradecimiento por el gran servicio que han prestado al país.

Muchas gracias.

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

La señora **MEDEL PÉREZ**: Hola, buenas tardes, bienvenido, señor Abarca. Dos preguntas: una, bueno, es una afirmación y luego viene la pregunta. El volumen de facturación de Fresenius Helios en 2019 –si no es así, usted me corrige– está alrededor de 3300 millones de euros. Si a esto le sumamos Fresenius Medical Care –creo que se pronuncia así–, de diálisis, más Fresenius Kabi, fabricación de productos sanitarios, ¿cree que puede convertirse esto en un oligopolio en España?

Y la segunda pregunta: ¿cree que la selección adversa de pacientes juega algún papel o puede jugar algún papel en la colaboración público-privada?

Nada más, gracias.

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

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Con la venia, señora presidenta. Muchas gracias, señor Abarca, por su análisis. Como sabe, nuestro grupo hace un diagnóstico parecido al suyo, estamos inmersos, y no hemos terminado, en una crisis de salud pública, y no hemos terminado en esta crisis de salud pública porque gobiernan los mismos que la han gestionado desde el principio. Un ejemplo es lo que puede pasar con la venida de los turistas. Bien.

Nuestro partido apoya absolutamente la colaboración público-privada, y coincidimos con usted en que ambas tienen que buscar la excelencia, y la excelencia evaluando los resultados. En este sentido me gustaría preguntarle dos cosas. Una, cómo ve usted que se ha comportado el sector privado en cuanto a los resultados en la epidemia de la COVID-19, si tienen estudios en cuanto a esas variables de excelencia que todos deseamos medir; últimamente la Sociedad Española de Medicina Interna ha publicado los datos de mortalidad por sectores de edad, y me gustaría saber si ustedes han hecho algo parecido.

Sabemos que han estado ustedes muy implicados en el diagnóstico, y ustedes han sido unos de los primeros, antes incluso que el sector público, y lo tengo que reconocer, que dijeron que la carga viral del virus SARS-CoV-2 estaba disminuyendo; eso es un esfuerzo encomiable. También hay dos esfuerzos encomiables en estos momentos, desde mi punto de vista: el esfuerzo del estudio de seroprevalencia del Ministerio de Sanidad y el estudio que ha hecho una entidad privada en la población de Torrejón; me parecen dos

ejemplos estupendos de cómo, haciendo las cosas bien, tanto lo público como lo privado se pueden complementar dando información.

Y por último le quería preguntar: ustedes, claro, por lo que abogan es por una integración en un sistema único, algo parecido al sistema alemán, entiendo, que ha dado muy buenos resultados en esta crisis sanitaria. Me gustaría que desarrollase esa idea.

Y la otra es más prosaica: ¿cuánto dinero les debe a ustedes, al sector privado, el sector público en estos momentos por la crisis?, ¿cómo van a gestionar ustedes esta situación?, ¿qué peligro tienen ustedes de desaparición de algunos hospitales pequeños o entidades o demás? Me gustaría que nos dijese algo sobre este punto.

Muchísimas gracias.

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

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, doctor Abarca, y presidente de IDIS, por su intervención; muchas gracias por el repaso que ha hecho a cuáles pueden ser las debilidades del sistema sanitario de nuestro país. Y especialmente quería darle las gracias y que transmita a todos los profesionales sanitarios de IDIS y del sector por todo lo que han hecho a lo largo de esta crisis de la COVID.

Le he escuchado en alguna de sus intervenciones públicas que durante la crisis los centros privados atendieron a más de 25 000 pacientes en planta y a más de 2500 en UCI. Y por eso, desde luego desde nuestro grupo parlamentario le queremos dar las gracias y que se lo transmita a todos los

profesionales. También a esos profesionales que han tenido una suerte regular y han padecido la infección.

Por otra parte, quiero decirle que usted ha tocado aspectos muy relevantes del sistema sanitario español, donde efectivamente ustedes, el sector privado, con magníficos profesionales, con alta tecnología, con un esfuerzo permanente hacen posible esa colaboración público-privada. Y ha tratado varios temas y yo me voy a detener en tres o cuatro que me parecen muy importantes.

Voy a empezar por uno, porque sé que usted fue asesor del Ministerio de Sanidad durante un tiempo importante, y me consta que en ese asesoramiento, donde hablaron y abordaron todos los temas que hoy mismo trae usted aquí, usted lo ha hecho a lo largo de la historia en muchas ocasiones, a pesar de que usted es todavía muy joven, en su propia tesis doctoral, que he tenido la oportunidad de leer, y hace un análisis pormenorizado del sistema. Usted además tiene otra característica: que forma parte, está al frente de un grupo privado, de la sanidad privada, pero es usted médico, es usted doctor, es usted abogado, y además es un grupo familiar y conoce la sanidad desde dentro como profesional.

Mis preguntas son las siguientes: primero, ha hablado de la financiación sanitaria y del incremento de 2 puntos del PIB, y de algo sobre lo que yo llevo reflexionando mucho tiempo, cómo debería ser, si tiene que ser vía cápita, y que nos profundice usted, si puede, en por qué usted le ve a este modelo de financiación finalista y cápita que sería ventajoso sobre lo que tenemos.

En segundo lugar, con respecto a la cartera de servicios: usted ha hablado de que tiene que haber una cartera de servicios para todo el Sistema Nacional de Salud. ¿Qué cree usted que estamos haciendo mal para que no se produzca?

En tercer lugar ha hablado, y se lo agradezco, porque coincide con nosotros, o sea, le agradezco que usted coincida, yo con usted o usted con nosotros, sobre la agencia de salud pública, que creo que es fundamental, desde luego, para que se funcione perfectamente. Y yo estaba todavía con el coronavirus con fiebre cuando me hicieron una entrevista en una radio, y dije que esto no era una crisis del sistema sanitario ni de los médicos ni de los hospitales ni de la atención primaria, que era una crisis de salud pública, y coincide usted también conmigo en que esto es así; y creo que es lo que nos tiene que hacer reflexionar que tenemos que ir a una agencia de salud pública.

Ha hablado usted de protocolos, de actuación específica. Y a mí, efectivamente, me gustaría que profundizara también en esto porque lo que he echado en falta en toda esta crisis, yo ya sé que de todo, como del fútbol, habla todo el mundo, y todo el mundo tiene derecho a hablar, pero yo creo que se ha profundizado muy poco en la parte legislativa, y usted en esa doble condición que tiene de médico y de jurista, de cómo han sido los reales decretos de alarma, y luego el desarrollo. Y es que me encuentro con que se han hecho protocolos, se ha hablado de los de sociosanitario, pero me voy a referir a la parte asistencial y la parte clínica: me encuentro con que no se han hecho, por ejemplo en materia farmacológica o en materia de seguimiento de esta patología, o de efectos secundarios de fármacos, etc., no he visto ningún tipo de protocolo. ¿Qué le parece a usted este aspecto?

Hay otro tema importantísimo, que es el tema de la tecnología, de la tecnología en el sistema sanitario. Usted lo ha tocado, el tema del I+D+i, los ensayos clínicos, y ha hablado de un plan de renovación de toda la tecnología. Hay, como usted sabe, tecnología que todavía, estamos hablando mucho de fármacos, pero hay tecnología diagnóstica que no se ha incorporado al sistema sanitario público todavía; y creo que todos los pacientes, cuando hay una

tecnología que tiene una mayor precisión terapéutica o diagnóstica, hay que ponerla en el Sistema Nacional de Salud. ¿Por qué? ¿Qué es lo que está pasando para que no haya esa renovación de la tecnología?

Y después ha hablado de un mapa: es la primera vez que alguien lo dice en esta comisión, y me parece muy acertado, es decir, que hagamos una revisión de lo que tenemos, de cómo está distribuido y de qué tenemos que incorporar al sistema, al conjunto del sistema.

También ustedes en su red de hospitales tienen una visión de conjunto de todo el tema oncológico. Usted, en la parte de prevención de las patologías, ¿le parecería oportuno –sabe que se aprobó el plan oncológico nacional, ya allá por el año 2003, que luego se le cambió el nombre y se le llamó estrategia, porque sabe que los políticos tenemos tendencia a poner nuestro propio sello y le cambiamos a las cosas de nombre, pero lo importante es que se hagan las cosas bien–, usted incluiría algún tipo de patología oncológica en este momento en un *screening* para la población general? Esto se lo pregunto como médico ya, no como lo que usted representa hoy aquí, pero, bueno, me gustaría que nos dé su opinión, sobre todo porque ustedes tienen algún centro oncológico que es fantástico.

Y termino ya, señora presidenta. Por último le quiero preguntar por el tema de que ustedes asesoraron al Ministerio de Sanidad sobre el baremo de daños sanitarios. ¿Qué nos puede decir al respecto y por qué cree usted que no ha salido adelante el baremo de daños sanitarios?

Muchísimas gracias. Tendría muchas más preguntas que hacerle, y solamente termino diciéndole de nuevo que transmita de verdad a todos los profesionales que ejercen sus funciones en toda la red sanitaria privada de nuestro país, también lo hemos hecho a toda la red sanitaria pública, faltaría más, a todos nuestros compañeros médicos, enfermeros y todos los sanitarios,

el reconocimiento; y dígales que, además de los aplausos, que hemos contribuido todos a ellos, desde luego tenemos una deuda con ellos. Y por eso la política de recursos humanos debería ser lo primero que deberíamos pactar en este grupo de trabajo, que es qué reconocimiento vamos a hacer y cómo vamos a contribuir al profesionalismo de nuestros magníficos sanitarios.

Muchas gracias.

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

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias. Bienvenido, doctor Abarca, a esta Comisión de Reconstrucción Social y Económica de España, y nominadamente en este Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública. En su nombre me gustaría agradecer a todo el conjunto de profesionales sanitarios que en esta pandemia que estamos sufriendo y de la que aún no conocemos el impacto real y final su trabajo y su compromiso en el cuidado y la atención a los pacientes, y también expresar nuestras condolencias a todos aquellos que han sufrido la enfermedad y nuestro profundo pesar a todos los que lamentablemente han fallecido, como hacen todos los profesionales sanitarios, por poner antes el interés del paciente y el cuidado del paciente antes que su propia salud y su propia vida.

Le voy a hacer tres preguntas nada más, para ser muy concisa y muy clara. Primero, si nos puede contar cómo está gestionando su proyecto de poner a disposición de la comunidad científica la información anonimizada sobre los pacientes atendidos en su grupo hospitalario, y qué enseñanzas se están obteniendo de eso.

La segunda pregunta es cuál es el rol que cree que debe tener la sanidad privada en su relación con el Sistema Nacional de Salud.

Y la última se refiere a salarios: ¿los salarios de los profesionales del sector sanitario privado tienen cuantías menores o mayores que los del Sistema Nacional de Salud? ¿Cómo se retribuye el cumplimiento de objetivos? ¿Hay retribución variable, y qué porcentaje tiene?

Y con esta finalizo. Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Señor Abarca, por favor.

El señor **PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN IDIS** (Abarca Cidón): Muchas gracias a todos por su amabilidad, ante todo, y por sus palabras de agradecimiento hacia los profesionales del sector sanitario privado, que como he dicho antes y ustedes saben, desde el primer momento se han dejado la piel, los pobres, por intentar en la medida de lo posible y donde hacía falta llegar a atender a los pacientes. Voy por orden, porque creo que me va a dar tiempo a contestar a todo.

Primero a la representante de Ciudadanos sobre las preguntas que me ha hecho: mire, yo tengo hospitales en varias comunidades autónomas y tengo hospitales en las comunidades autónomas que han sufrido más la pandemia, en Madrid y Barcelona fundamentalmente, y en Castilla y León. Yo creo que aquí el problema, creo de verdad que tanto en la Generalitat como en la Comunidad Autónoma de Madrid como en Castilla y León, he podido hablar con todos, la interlocución con las entidades sanitarias ha sido totalmente efectiva, fundamentalmente en Madrid y en Cataluña, donde habitualmente, en Madrid por ejemplo, el 40 % de la actividad sanitaria va por el sector privado y va de una manera totalmente paralela, es decir, habitualmente no nos hablamos prácticamente, y en un día, en un solo día la Consejería consiguió que todo se gestionara de manera auténticamente unificada; y en Barcelona

exactamente igual; en Madrid fue a través de un comité donde había gente del sector público y del sector privado, y en Barcelona se hizo por áreas, los hospitales allí estaban perfectamente conectados, en este caso con el Vall d'Hebron. Por tanto, yo creo que la interlocución en la gestión de la crisis del día a día con las autoridades autonómicas ha sido buenísima. Lo que ha sido un desastre ha sido la coordinación entre el Estado y las comunidades autónomas, que es a lo que yo me refería antes fundamentalmente con el tema de los protocolos. Yo creo que tiene que haber un protocolo, y durante muchas semanas no sabíamos dónde comprar, qué no comprar, cómo hacerlo, dónde teníamos que ir; sabíamos que a lo mejor no había crisis, no iba a llegar a Andalucía, o en Galicia no nos dejaban traer los respiradores. O sea, yo creo que todo eso hay que coordinarlo mucho más desde el Estado central.

¿Estábamos preparados? Pues claramente no estábamos preparados. Es que, por ejemplo, para lo que pasó en Madrid nadie estaba preparado, hubiera sido imposible prepararse, es que nadie se puede esperar lo que pasó en Madrid, ¿no? Y digo Madrid particularmente porque en Madrid se vivió una semana antes, y una semana después Barcelona, pero ya estaban más preavisados, yo creo que en Madrid claramente –eso, no hay que ser muy listo para saber que hubo un retraso en la toma de medidas del confinamiento, había que haberlas tomado posiblemente no un fin de semana, una semana antes probablemente–, y de repente en menos de diez días sufrimos 3000 ingresos diarios, ampliamos en dos semanas las camas de UVI de 700, que son las que tienen normalmente, a 1800. Particularmente, por contar una experiencia, no estoy aquí para hablar de HM, del grupo nuestro, pero como todo el sector sanitario privado duplicamos las camas de UVI, aumentamos un 30 % las camas de hospitalización, duplicamos todas las habitaciones. Yo, ha habido días que teníamos 200 pacientes al día, y obviamente nadie estaba

preparado para lo que pasó. En Galicia, por ejemplo, nunca llegó a utilizarse la sanidad privada, porque la propia sanidad pública era suficiente como para absorber a los pacientes, y salvo algunos pacientes que nos mandaban de residencias en Santiago. Pero en otras comunidades como la Comunidad Autónoma Valenciana o Andalucía, directamente, pues prácticamente no se trabajó mucho con la privada porque no hacía falta, primero lo asumía la sanidad pública y el sector privado estaba a disposición de las autoridades en función de lo que se podía necesitar.

Yo creo que hemos estado igual de protegidos más o menos que el personal sanitario público, lo hemos pasado igual de mal con el tema de los EPI. Nosotros y otros grupos hemos hecho todos los estudios de anticuerpos a sus trabajadores y estamos todos aproximadamente en un 10 % de inmunizados, o sea que yo creo que el sector sanitario privado está más o menos igual. Y por supuesto que habría que hacer un fondo de reserva de material, y lo he dicho en mi intervención; habría que producir nosotros mismos este tipo de productos, es una cosa elemental.

Nosotros hemos atendido aproximadamente unos 25 000 pacientes de COVID en planta, de los 90 000, y unos 2000 más o menos en UCI. Con eso aprovecho para contestar una pregunta que me ha hecho el representante de Vox: todavía no hemos publicado los datos porque la pandemia no se ha acabado, hasta hoy seguimos en estado de alarma, vamos, yo sigo teniendo pacientes ingresados en las UVI todavía, pocos, pero algunos tenemos. Entonces, yo creo que hay que esperar a acabar, que pase toda la pandemia para sacar datos. Obviamente, cada grupo tenemos nuestros datos pero todavía no los hemos sacado de una manera acumulada, solo hemos sacado datos del número total de pacientes que hemos tratado. Y creo que más o menos he contestado a todas las preguntas de Ciudadanos.

Con respecto a las preguntas de la representante de Unidas Podemos, Fresenius: mire, yo tengo un grupo hospitalario y no me siento amenazado por el oligopolio. Entonces, yo creo que en España la sanidad privada ha estado muy atomizada y se está concentrando, lo cual es una cuestión de competitividad. Y yo creo que el grupo Fresenius, de hecho dentro de la sanidad está diversificado, porque tiene parte de sanidad privada, parte de colaboración público-privada, parte de prevención, es decir, que yo no creo que en ningún caso haya una situación de monopolio. Puedo tener yo más monopolio que tengo los dos únicos hospitales de Santiago, por ejemplo. Porque la sanidad se gestiona mucho por comunidades autónomas, por regiones.

Y luego, lo de la selección adversa de pacientes, mire, partimos, y también lo he dicho en la exposición, de que aquí el que tiene que dar la cobertura sanitaria, el que tiene que garantizar de alguna manera la sanidad es el sistema sanitario público, y estamos todos de acuerdo en potenciarlo y en financiarlo y todo. La colaboración público-privada, todo lo que es colaboración público-privada se produce por modelo de mutualismo administrativo, que no hay ningún tipo de selección adversa, no la hay, o en función de lo que necesite la sanidad pública para las listas de espera. Todo lo que es en el fondo asistencia sanitaria a través de un seguro de salud, yo la selección adversa, es que eso es una cuestión absolutamente libre entre el paciente y la aseguradora que le asegure. Entonces, por eso digo lo de que todo el que en un momento determinado se hace un seguro de salud le deja un espacio en la cola al que no tiene opción; pues como si uno se quiere... o sea, la gente se paga el seguro de salud en función de lo que quiere asegurarse. Entonces, usted imagínese que yo me quiero hacer un seguro para las hernias, y solo me cubre las hernias el seguro. Pues por lo menos las hernias me las

habré descontado. Lo que le quiero decir es que no tiene... Yo soy de los que creo que la mejor colaboración con el sistema sanitario público es que la gente se haga un seguro de salud, lo tengo clarísimo, porque nunca va a poder sustituirse, jamás, y además no queremos. Pero la cuestión es que el seguro de salud y la selección adversa dependen de la libertad que tenga el paciente, el asegurado con la aseguradora. Por tanto, eso no puede ser un problema para la colaboración público-privada, porque a través del seguro de salud no se produce una colaboración directa con el sistema sanitario público. ¿Vale?, espero haberle contestado.

Al representante de Vox le diría, al doctor Steegmann, bueno, ya le he contestado con respecto al tema de los datos de mortalidad, y luego no sé qué parte de mi intervención no ha entendido, pero yo no he dicho en ningún caso que queramos una integración, yo quiero atender a mis pacientes privados, yo no quiero atender de una manera libre pacientes del sistema sanitario público. El sistema alemán, el Bismarck, que es un sistema que no se financia con impuestos sino que se financia a través de las cotizaciones sociales, se basa en una división entre la financiación y la provisión, en donde la gran mayoría de los hospitales son hospitales privados que trabajan... Es como el modelo de los funcionarios pero a lo bestia, para todo el mundo. Entonces, nosotros no estamos pidiendo eso: nosotros queremos un sistema sanitario público lo más fuerte posible y que dé cobertura a toda la población.

Mire, la diferencia entre el sector público y el privado ya no es una cuestión de complejidad. Nosotros hacemos procesos tan complejos como el sistema público. Es una cuestión de excepcionalidad, de número de pacientes, de masa, de N, de la N de pacientes que necesitas para poder con éxito, con resultados sanitarios óptimos determinadas patologías. Entonces, la gran diferencia es que obviamente hay 9 millones de usuarios del sistema sanitario

privado pero 47 millones potenciales del sistema sanitario público, igual que hay 500 millones en Europa. Entonces, hay determinadas patologías que se deben hacer, se pueden hacer el 99 % en el sistema sanitario privado, el 99,5 % en el sistema sanitario público, y para hacer el 100 % necesitarías posiblemente la masa, la N de todos los ciudadanos europeos. Y de hecho hay referentes, hay unidades europeas que son referencia por el número de... Porque todo lo que sea tener que ver con la salud tendría que gestionarse según resultados sanitarios, no según motivos políticos.

Entonces, nosotros no queremos una integración, nosotros queremos tener la posibilidad de atender (porque entendemos que es bueno, que descarga) sin ningún tipo de problema a los pacientes que quieran tener un seguro, una alternativa distinta, porque quieran una atención más personalizada, porque quieran un proceso diferente, no pretendemos integrarnos y modificar el sistema. Obviamente, lo he dicho, el sistema de los funcionarios está clarísimamente infrafinanciado. Hombre, que se mantenga, pero ya que se mantenga porque se han creado estructuras, hospitales en provincias, porque fundamentalmente afectaría a provincias, no nos olvidemos que los hospitales muchas veces en provincias son la primera o la segunda empresa más importante de esa provincia, de esa capital; entonces, obviamente nos gustaría que se mantuviera porque de él dependen muchísimos puestos de trabajo y muchísima parte del sector. Pero no hay un empeño por parte de... Yo no vengo aquí a decirle desde IDIS cómo tienen ustedes que gestionar la sanidad pública, yo quiero que haya una sanidad pública que funcione bien, que no haya lista de espera, que priorice lo grave de lo leve, que los pacientes no tengan que esperar quinientos días a que se autoricen los medicamentos. Eso es lo que queremos, una sanidad pública que funcione bien. Y en ese entorno es donde la sanidad privada encuentra su

espacio perfectamente para las personas que en un momento determinado quieren un tratamiento diferente.

No me entiendo ni mi letra, pero, bueno, lo siento. Peligros desde el punto de vista de la financiación, es que no sé muy bien cuál era esta pregunta, no me acuerdo.

A la representante del Partido Popular, a Ana: vamos a ver, si tenemos una ley que es la Ley General de Sanidad del año 1986 que dice –es que yo eso no lo acabo de entender– que tenemos que tener un sistema equitativo, con las mismas condiciones, que tiene que dar un acceso universal, me resulta totalmente incomprensible el tema de la cartera de servicios de mínimos. Porque si se supone que tenemos que dar los mismos servicios a toda la población, es lo que he dicho antes, si no nos gusta, lo cambiamos y que cada comunidad autónoma haga lo que le dé la gana, pero mientras esté vigente la Ley General de Sanidad del año 1986 y ese artículo, pues habrá que cumplirla, es lo que yo entiendo, ¿no?

Yo, por tanto, en este entorno entiendo, por supuesto, que la financiación debería ser finalista, porque creo que lo más importante es la sanidad y los servicios sociosanitarios, los servicios sociales, y debe llegar de una manera ecuánime a todo el mundo, a todo el mundo en función, como ha dicho antes Julio Sánchez Fierro, de criterios de envejecimiento, de criterios de dispersión geográfica, habrá que hacer las modificaciones que correspondan, pero creo claramente que tendría que haber una financiación finalista. Y me parece que una de las posibles vías, y no soy un experto, puede ser un sistema de cápita, teniendo en cuenta que hemos elegido el modelo territorial de las comunidades autónomas: tú tienes un millón de habitantes, pues en función de tus características te asignan 1,3 %, 1300 y no sé cuánto, pues son 1300 millones, y con eso lo gestionas dentro del marco de igualdad

que dice la Ley General de Sanidad, pues lo gestionas como tú creas que tienes que gestionarlo.

Luego, lo de la cartera de servicio ya lo he... O sea, ¿qué hacemos? Pues que, como ha dicho antes la representante del Partido Nacionalista Vasco, que en este momento no ha estado, es que los partidos políticos lo han aprovechado como una venta desde el punto de vista político: y yo doy la vacuna del no sé cuánto, y yo doy la... Pues yo creo que eso políticamente puede estar muy bien pero va en contra de la Ley General de Sanidad.

Protocolos: yo me refería específicamente a protocolos en la coordinación entre el Estado y las comunidades autónomas, específicamente a protocolos de funcionamiento. Esto es una enfermedad nueva, ha sido una enfermedad nueva, es decir, cuando llegamos prácticamente no se sabía nada, empezamos con Kaletra a tratar a los pacientes, que a las dos semanas se quitó. Hasta ahora no hemos podido, no empezamos a saber realmente cuáles son las fórmulas mejores que hay para de alguna manera tratar a los pacientes. Yo creo que el problema es que no ha habido una... Vamos, nosotros en nuestro grupo, que además hemos ido desde Madrid avanzando, gestionando protocolos para el resto de nuestros hospitales de otras comunidades autónomas, hemos ido cambiando semanalmente el protocolo, los protocolos médicos. Yo creo que eso ahora tocará; ahora es cuando yo creo que habría que centrarse de verdad en... Porque, claro, yo soy el primer optimista patológico que pienso que no va a haber un rebrote. Pero, claro, tampoco pensábamos que no iba a pasar nada, y lo que ha pasado ha sido horrible, ha sido espantoso. Yo creo que ahora habría que empezar a sentarse realmente para valorar las posibilidades de que haya un rebrote y que además se junte con la gripe y tengamos la mundial en otoño. Y deberíamos centrarnos en eso, de verdad en eso fundamentalmente y no en otras diatribas desde el punto de

vista político (no pretendo meterme en lo que tienen que hacer ustedes) y en intentar conseguir la vacuna. O sea, creo que para mí –que he estado dos meses en los hospitales viendo lo que hemos visto–, eso para mí es lo fundamental; y obviamente, hay que ponerse a trabajar para hacer protocolos médicos que sean lo más aprovechables posible.

La tecnología: pues mire, es lo que también he comentado; del año 2008 al año 2018 prácticamente el sector sanitario público no ha tenido financiación y no solamente no ha invertido, sino que no se ha renovado. Nosotros, el sector sanitario privado trabaja según lo que nos demandan los clientes. Y eso ha hecho que hayamos ido compitiendo entre nosotros mismos para obtener más tecnología. Entonces, la cirugía robótica mayormente está en la sanidad privada. Las dos únicas instalaciones de protonterapia están en la sanidad privada, el HIFU está en la sanidad privada, el (?) de resonancia está en la sanidad privada, es decir, nuestro ánimo o nuestro ADN de competición hace que necesariamente tengamos que ir incorporando tecnología. Entonces, en un momento determinado lo único que digo es: aparte de la cartera de servicios, de las listas de espera, vamos a ver, si nosotros tenemos la única protonterapia, el único HIFU que hay en este país, ¿por qué no se le puede dar el acceso a eso a través de un concierto especial? Nosotros siempre hemos abogado por intentar firmar un pacto por la innovación entre el sector público y el sector privado. Si por el motivo que sea al sector público no le interesa contratarlo, pero obviamente tiene sus indicaciones, ¿por qué no se puede llegar a hacer ese mapa de recursos sanitarios y donde en un momento determinado haya una instalación y el sector público no pueda hacer la inversión, porque tiene que priorizar otras cosas, porque obviamente tiene que priorizarlas, por qué no se puede llegar? Si al final a quien se lo restas es a la sociedad.

Y con respecto al tema del baremo sanitario y la resolución extrajudicial de conflictos, pues esto es un tema que lleva coleando desde hace muchísimos años. Ya ha habido varios intentos de hacer un baremo sanitario. Esto es una de las grandes lacras que tiene el sistema sanitario, que genera la medicina defensiva, que genera un auténtico... muchísima frustración en los pacientes, para los jueces les supone un problema tremendo. Lo que pasa es que en este país el único baremo que existe, y si sirve como orientativo, es el baremo de tráfico. El baremo de tráfico en el año 2015 sufrió una reforma, claro, que iba sobre todo adaptada a los baremos de tráfico, en donde la mayor parte de los pacientes son pacientes leves. Entonces, ¿qué es lo que hizo? Mantuvo más o menos la siniestralidad, las indemnizaciones del paciente leve pero subió mucho la de los graves. ¿Cuál es el problema con el sistema sanitario? Pues que obviamente el sistema sanitario trabaja sobre el individuo, sobre la salud; entonces, la mayoría de las veces contiene un siniestro grave. Entonces, lo que ha producido es que donde antes había indemnizaciones de 500 000 euros o 600 000 euros ahora, sin tener en cuenta el estado previo del paciente, sin tener en cuenta que hay determinadas especialidades como la ginecología o la neurocirugía, que son imposibles de aplicar al baremo de tráfico, y sobre todo teniendo en cuenta que se hace en base a una N de siniestros diferentes porque el 99 % o el 95 % de los siniestros del tráfico son leves, lo que ha producido es un incremento de la siniestralidad en el seguro de salud que es insoportable, hasta tal punto que hay varias comunidades autónomas donde no tienen seguro de responsabilidad profesional, directamente no tienen seguro de responsabilidad profesional y los asumen ellos en directo.

Entonces, el poder establecer un baremo de daño sanitario y un mecanismo extrajudicial de conflictos, vamos, clarísimamente aligeraría la demanda de los Juzgados, quitaría un problema a los profesionales, sería de

satisfacción (en la Comunidad Autónoma de Madrid ya han puesto un sistema de resolución extrajudicial), aumentaría clarísimamente la satisfacción y la frustración de los pacientes que en un momento dado tienen que ser compensados, porque por supuesto que se producen errores en el sistema médico. Entonces, esto es un tema que se ha hecho varias veces, y no sé yo por qué nunca acaba de salir, pero esto es una cosa que es de Perogrullo.

Bueno, le voy a contestar a la primera pregunta, aunque no debo porque estoy aquí como IDIS, la pregunta de la comunidad científica: es verdad, mire, esto es una política personal nuestra, yo creo que hoy por hoy la gran diferencia entre la medicina de ahora y la de hace veinte años es la tecnología, es la posibilidad de gestionar los datos. Yo digo: mi dato le puede salvar a usted y su dato me puede salvar a mí. Por eso yo creo que sería obligatorio el hecho de que se compartieran de alguna forma las bases de datos, y eso es lo que hemos hecho desde nuestro grupo: hemos sacado todos los pacientes que teníamos ingresados por COVID, que son más de 2000, y hemos publicado a la comunidad científica todos los datos y hemos obtenido más de 300 solicitudes por parte de todo tipo de universidades, laboratorios, a nivel de más de 35 países. Yo no entiendo por qué el Estado no hace lo mismo, e igual que creo que nos tendría que obligar a todos a digitalizarnos y a integrarnos obligatoriamente, debería... Y espero que con el tiempo, y teniendo en cuenta que eso es lo que va a dar mayor equidad a la población. Porque hoy por hoy el dato generará, la gestión del dato y de los resultados será tan buena para la gente que pueda permitírselo como para la gente que no se lo pueda permitir. O sea, creo que será un elemento clarísimamente equitativo para toda la población. Entonces, lo hemos hecho con la intención de que haya más gente que vaya detrás. Lo que pasa es que para eso también hay que controlar, hay que tener sistemas de control, y yo creo que hoy por hoy uno de los grandes

problemas que tiene el sector público es que en general no tiene esos sistemas de control.

¿El rol de la sanidad privada? Pues ya lo he dicho: nosotros queremos que nos dejen trabajar tranquilamente con los pacientes que nos quieran asegurar, que quieran tener un seguro y que quieren una atención diferente. Y si entre tanto en un momento determinado podemos echar una mano, colaborar con una lista de espera, con no sé cuánto, pues fenomenal. El equilibrio que se produce en un momento determinado entre el sector sanitario público y el sector sanitario privado, sobre todo en provincias, claramente es un equilibrio donde tienen que ganar ambas partes y donde el empresario en una provincia en un momento determinado hace una inversión muy importante para obtener éxitos. Por eso digo que de alguna forma se necesitaría una estabilidad del servicio.

Y luego, los salarios del sector privado, pues mire, va por comunidades autónomas también en función de los convenios que tenga cada comunidad autónoma. Habitualmente nuestros salarios, de las enfermeras suelen ser más bajos que el salario del sistema sanitario público, pero con los médicos... Intentamos tener mecanismos de compensación por medio de variables, en función de resultados de actividad o en función de determinados indicadores. Y con respecto a los profesionales, los cuales o trabajan a nivel laboral o trabajan a través de sociedades profesionales, es que muchos trabajan por acto, directamente es una actividad por acto. Pero, vamos, que también depende un poco del modelo en el cual te puedas mover.

Y yo creo que básicamente estas son todas las preguntas. A mí me gustaría simplemente acabar de verdad animándoles a que, creo que esta crisis sanitaria ha sacado a la luz muchas cosas. Yo creo que esto ha sido una oportunidad para el sector privado, desde el punto de vista de la reputación.

Creo que en España hay muy buena gente, y también hay mala gente, en el sector público y en el sector privado: hay que intentar juntar a la buena gente, e intentar en la medida de lo posible avanzar para que esto vaya lo mejor posible, y dejarse, de alguna manera, de crispaciones y de problemas, porque lo importante es lo que puede venir en octubre, lo importante es lo que puede venir en octubre, y lo importante es intentar conseguir la vacuna.

Y creo que he acabado y no me he pasado mucho, ¿no? [**Aplausos**]

La señora **PRESIDENTA**: Ha sido perfecto. Muchísimas gracias, señor Abarca.

Muchas gracias por su presencia y por todas sus aportaciones. Muchísimas gracias.

COMPARACENCIA DE DON MANUEL GIMENO ROMERO, LICENCIADO EN MEDICINA CIRUGÍA, FUNCIONARIO DE CARRERA DEL CUERPO DE MÉDICOS TITULARES DEL ESTADO, MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

La señora **PRESIDENTA**: Continuamos con la sesión con la comparecencia de don Manuel Gimeno Romero, licenciado en Medicina y Cirugía, funcionario de carrera del Cuerpo de Médicos Titulares del Estado, médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, al que le damos las gracias por haber acudido a la llamada de este grupo de trabajo de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica. Muchísimas gracias por haber venido. Tiene usted la palabra.

El señor **LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA, FUNCIONARIO DE CARRERA DEL CUERPO DE MÉDICOS TITULARES DEL ESTADO, MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** (Gimeno Romero): Buenas tardes a todos, aunque en la cultura mediterránea el estar a estas horas sin descansar, yo creo que esto es bastante malo para la salud. Pero, bueno, yo entiendo, como nosotros en Teruel hemos vivido una época, hemos hecho un trabajo muy potente de recuperación, de reestructuración del pacto por la provincia de Teruel, lo hemos hecho en un mes, sabemos de qué va el tema e intentamos adaptarnos.

Y quiero agradecer, en primer lugar, la oportunidad de estar con todos ustedes. Aquí realmente ha habido comparecientes de muy elevada capacitación y profundos conocimientos sobre sanidad y la salud pública. Yo, como comentaba ahora con Ana Pastor, que la he saludado porque para mí es un referente de lo que un ministro puede hacer incluso en poquito tiempo, digo que yo soy un médico de fonendo. Supongo que conocen lo que significa médico de fonendo: yo he estado 47 años en la medicina, sigo estando con el fonendo puesto, siempre, 47 años, al otro lado de la mesa siempre he tenido pacientes. Y 47 años, acabé en el año 1973, pues dan de sí mucho para ver la evolución de lo que ha sido la medicina, de lo que ha sido el desarrollo tecnológico, de lo que ha sido la atención primaria, de lo que es la medicina rural, que es la que yo admiro tanto, y yo me jubilé en el Maestrazgo puro y duro de Teruel haciendo medicina rural, medicina de atención primaria.

Bien, como digo, soy médico de fonendo, 47 años de profesión, y he estado tanto en medicina rural como en especializada; en la especializada he estado, dije al final “soy un poco burro, tengo que aprender”, hice el MIR en cuidados intensivos y estuve 25 años en una unidad de cuidados intensivos.

Quiero decir que cualquiera dirá “eres un poco burro porque estar en un sitio y en otro y acabar en otro”, bueno, yo creo que cada persona al final lleva una dinámica y acaba donde se considera útil.

Creíamos que teníamos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, y realmente estábamos más o menos convencidos, aunque de alguna manera ya se venía diciendo desde ámbitos muy serios que la sanidad pública se encontraba en una situación bastante crítica. 2008 nos dejó bastante tocados; 2012, yo creo que nos remató; el presupuesto sanitario, en torno a 74 000 millones de euros por año, es el mismo que hace diez años. ¿Y qué ha ocurrido en diez años? Pues en diez años, lo que ha ocurrido es que ha aumentado mucho la demanda asistencial, hay más pacientes, los tratamientos son mucho más caros, y con el mismo dinero, el mismo presupuesto, realmente tienes que recortar de todos los sitios. Entonces al final ha habido una sensación sobre todo del paciente como de que la sanidad pública no está funcionando adecuadamente.

Lo que sí podemos decir que esta pandemia nos ha puesto en primera línea es que en el sistema se ha producido un auténtico caos sanitario, no achacable en sí al sistema que tenemos, ha ocurrido en otros sitios, pero aquí yo creo que ha sido un caos que nos ha desbordado, nos ha saturado y en algunos sitios ha llegado a estar totalmente colapsado. Bien, esto ya lo sabemos. Pero una cosa en la que yo quiero aquí incidir mucho: yo creo que tenemos los sanitarios tan buenos como los mejores del mundo, y esto lo afirmo pero con rotundidad. Yo creo que esta pandemia ha venido a demostrar que esto es así: sanitarios que no son héroes, no son héroes, son profesionales, es gente que sabía lo que tenía que hacer, asumía el riesgo, sabían el riesgo que tenían. Todos los que hemos estado en la medicina, sobre todo en la hospitalaria, conocemos lo que es un aislamiento respiratorio; todos hemos

estado con pacientes en aislamiento respiratorio, sabíamos perfectamente qué es lo que necesitábamos. Y tú, cuando ves que lo que necesitas no lo tienes, el riesgo que asumes lo tienes muy claro, a partir de ahí esto tiene un valor añadido de estos profesionales. Y estos profesionales, con una vocación inquebrantable hacia la salud han dado un ejemplo, yo creo que maravilloso, reconocido incluso por el propio director general de la OMS haciendo referencia a los sanitarios españoles, pero yo creo que estos sanitarios nuestros que tenemos... Cuando digo sanitarios no solo me refiero a médicos y enfermería, me refiero a auxiliares, me refiero a celadores, me refiero a personal auxiliar y me refiero a administrativos, y me refiero, y quiero hacer una especial mención, a los farmacéuticos y los veterinarios, que han hecho un papel, sobre todo los farmacéuticos, sobre todo en la medicina rural, un papel espectacular de asistencia sanitaria; y los veterinarios, yo creo que han quedado un poquito relegados ahí, porque ellos sí que saben de pandemias, y de pandemias animales, y de virus, ellos han estado controlando pandemias desde la lengua azul, Badiola en Zaragoza referente a nivel nacional, han estado con la lengua de las vacas, con la lengua azul, han estado también con virasis importantes, es decir, ellos tienen mucha experiencia en problemas pandémicos, virásicos, y de alguna manera ellos tienen también tecnología suficiente para poder ayudar. Es decir, quiero ponerlos en valor ahí.

Y entonces, como digo, estos sanitarios nuestros no tienen al final que quedar solo con una sensación de decir “pues mira, nos han concedido un premio importante o nos aplauden a las ocho de la tarde”; yo creo que hay que hacer aquí un esfuerzo tremendo, porque la verdadera potencia que tiene nuestro sistema sanitario son nuestros profesionales. Podemos tener más respiradores, menos, crear más camas de UVI, menos, más camas hospitalarias, menos, pero un profesional necesita un mínimo de once años

para ser formado, esto no se improvisa de la noche a la mañana. Yo creo que esto es lo que tenemos que hacer.

Con relación a la pandemia yo diría mi mensaje: en cuanto a lo que se necesita, yo creo que ya todo el mundo sabe lo que necesita para controlar una pandemia, ya no nos va a pillar desprevenidos, y se está haciendo el esfuerzo por tenerlo. Ahora, nuestros profesionales están muy mal, están muy mal, están en una situación muy crítica. Y yo he traído aquí unas cartas que están por ahí para que puedan ustedes leerlas tranquilamente. Una es de un médico del centro de salud donde yo me jubilé, de Cedrillas, que él con su experiencia, tres semanas antes del estado de alarma tomó una serie de medidas. Están escritas como me las han pasado, no he cambiado una sola coma, si hay faltas, las he mantenido, lo siento, eso es su trabajo, ahí está; merece la pena leerlo, cómo un médico de pueblo ha sido capaz de que en toda la zona que depende de su territorio no haya habido un solo caso de coronavirus, incluida una residencia de personas mayores con 72 internos en ese momento.

Luego también hay una carta de una enfermera muy joven, recién acabada, que fue a una residencia que estaba cerrada de personas mayores, entonces la habilitaron en Aragón para llevar personas contaminadas de todo Aragón, llevarlas a esta residencia. Merece la pena la experiencia que ha sufrido ahí. Y luego, la tercera persona, que era una enfermera veterana de la unidad de cuidados intensivos donde he estado veinticinco años trabajando, una enfermera bragada, o sea, no... Le dije “mira, me tienes que escribir tu experiencia, qué ha sido tu estancia con los pacientes COVID”, porque allí se descentralizaron en tres unidades diferentes, entre comillas, y una solo con COVID. Y entonces me dijo: “No sé si podré hacerlo”. Digo: “Inténtalo”. Y

en un momento dado me dijo: “Manolo, lo siento, cada vez que me siento a escribir empiezo a llorar, no puedo”.

Quiero decir que esto es un poco, lo que quiero con esto es transmitir que aquí nosotros podemos decir, podemos contar, nos podemos imaginar, vemos imágenes, pero yo aquí querría transmitir lo de la experiencia vivencial; la experiencia vivencial es que, si no lo han hecho ustedes, yo les animaría a que fueran un día al hospital que quieran, sin decir quiénes son o diciendo quiénes son, pero sin hablar ni con el director del hospital ni con el jefe de servicio ni con nadie, llegar a urgencias y con las medidas que te digan, dices “bueno, pues yo me pongo aquí”, y entonces, hablando con unos, con otros, con enfermos, con médicos, con enfermería... Luego uno se va a una planta de hospitalización donde haya un enfermo aislado, luego uno se mete en la UVI y se pone el famoso buzo, ahora, con la condición de llevarlo dos horas puesto, no ocho ni diez horas, no, dos horas solo; luego nos vamos también a un centro de atención primaria, vamos a un domicilio de un paciente, donde esté aislado, vamos a una residencia de personas mayores y hablamos con los cuidadores, sobre todo con las limpiadoras (suelen ser mujeres), con las limpiadoras; tienen mucha más información de lo que pensamos nosotros. Y también, por qué no, nos metemos en una ambulancia, en una UVI móvil de soporte vital avanzado, si es de COVID especialmente, y si no, me da igual, y nos metemos dentro cuando haya una salida urgente, nos metemos dentro para conocer. Yo garantizo (en dos días se puede hacer eso perfectamente) que la vivencia que van a tener ustedes supera los cientos y cientos de papeles, de informes y de historias que podamos contar sobre esta pandemia.

Yo sé que esto puede parecer un poco duro, pero de alguna manera yo creo que es una forma también de intentar, a través de la experiencia

vivencial, sentir, y cuando uno siente una emoción es capaz luego de que las decisiones que vaya a tomar se ajusten a esa emoción vivida, no contada, no tiene nada que ver lo que podamos contar con lo que podamos vivir.

Dicho esto, yo me voy a centrar en cuatro cosas muy rápidas, o cinco cosas. Aquí está claro que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no ha funcionado como estaba previsto que funcionara: 17 autonomías, dos ciudades autónomas, se reúnen, pero se reúnen a veces cuatro veces al año, tienen cuatro plenos, pero a alguno de los plenos faltan seis comunidades autónomas y algunas se permiten no aparecer en todo un año. No entro a juzgar ni quiénes son ni cómo ni de qué manera, pero si ahí es donde hay que tomar decisiones importantes, en los plenos, pues esto no funciona, y si no funciona pues tenemos que habilitar la forma de que esto funcione. Porque si no, estableceremos, como decimos, diecisiete reinos de taifas, cada uno vamos a ir de una determinada manera, cada uno va a dar un determinado tipo de servicios, unos protocolos, se van a establecer agravios comparativos, y cuando más tiempo pasemos en tomar la decisión de coger el toro por los cuernos más fácil será llegar a un consenso.

En segundo lugar creo que es importantísimo, vamos a ver, yo, como soy médico fisiopatólogo, decimos los intensivistas, la consecuencia la vemos, pero tenemos que ver la causa y el mecanismo fisiopatológico que desencadena la consecuencia; entonces, ¿qué ocurre? Pues que hay que profesionalizar la gestión sanitaria. En Teruel, el hospital de Teruel es la mayor empresa de la provincia de Teruel, 827 trabajadores. Y la dirige al menos alguien a lo mejor con muy poquita capacidad, o sea, un médico que llega y le ponen. Pero es que la empresa sanitaria española de sanidad pública es una empresa que tiene 331 000 trabajadores de altísima cualificación, de los cuales son 150 000 médicos, que yo digo que son ingenieros de altísima

cualificación, con muchos másteres, y que están en la cadena de montaje, 150 000 superiores en la cadena de montaje tienen que estar dirigidos por gente muy cualificada. Yo no voy a entrar ahora de una manera ni de otra, ni quién, ni cómo ni cuanto, ni digo que tiene que ser ministro de Sanidad un médico, no; hay médicos que son muy, muy buenos gestores, yo he tenido la suerte de ser diez años coordinador de trasplantes con Rafa Matesanz en los inicios y sé, conozco desde dentro lo que es la realidad de un excelentísimo gestor sanitario, además de buen profesional. Es decir, que opte a esta gestión sanitaria quien sea, pueden ser médicos, pueden ser ingenieros, pueden ser abogados, quien sea, pero nosotros proponemos el sistema MIR. ¿El sistema MIR funciona en España? Sí. ¿Quién lo inventó? Un político. Es que hay que hacer justicia también a los políticos, porque siempre les damos por todos los lados (“los políticos...”). No, mire usted, si tenemos posiblemente uno de los mejores sistemas sanitarios de formación del mundo, a nivel sanitario médico, luego están ya los farmacéuticos, es porque un presidente de la Diputación de Asturias dijo: “¡oh!, voy a hacer un hospital nuevo, pero yo no quiero pasar al hospital nuevo los defectos del viejo”. Esto es una cosa que siempre los hospitales provinciales dependían de las diputaciones, y entonces dijo: “no, no, no, yo hago un hospital nuevo, quiero que lo que haya dentro sea nuevo”. Entonces había un responsable médico espabilado y dijo: “pues yo creo que tengo la solución; yo conozco gente que se está formando en Estados Unidos, gente muy buena”; y entonces les fueron llamando, y entonces montaron el Hospital General de Asturias, en aquel momento el mejor hospital de España con diferencia. Y había un médico, por cierto aragonés, zaragozano, Alonso-Lej, un cirujano cardiaco que dijo: “¡ah!, ¿y por qué no montamos este sistema de formación que hay en Estados Unidos, pero aquí lo podemos adaptar?”. Y de ahí surgió el sistema MIR. Y luego otro político también, este médico,

Segovia de Arana, en la clínica Puerta de Hierro, cogió ese modelo del Hospital General de Asturias, lo metió en la clínica Puerta de Hierro, y a partir de ahí cuando fue secretario general del Insalud, de Sanidad, lo lanzó para todas España y fue el que creó además la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Es decir, que si tenemos algo muy, muy bueno, vamos a lanzarlo y potenciarlo. ¿Y por qué no un sistema MIR o parecido para la gestión sanitaria?

En tercer lugar, la instauración de la historia clínica electrónica: se ha hablado aquí; esto, yo creo, fue Ana Pastor en el año 2002, creo, o sea han pasado solo dieciocho años, que dijo que había que hacerla. En 2006 hubo una nueva ley que se dijo de agilizarla; llevamos dieciocho y dieciséis años. Es impensable que en un sistema como el que tenemos nosotros, nacional de salud no exista una interconexión de las comunidades, que tú, vayas donde vayas de este país, que tú vayas, que esta es otra de las peticiones, la tarjeta, me da igual si es la misma o de distinto color, nosotros la llamamos tarjeta la visa sanitaria, es decir, que cada uno vaya con su tarjeta, vaya donde vaya a la comunidad autónoma de este país, con esa tarjeta se identifica y tengan acceso a su diagnóstico, a sus tratamientos, sus pruebas complementarias, sus alergias, a todo. Es decir, eso no es imposible de hacer, es querer hacerlo. Y cuando hablamos de que el sistema este en el que estamos es insostenible porque con un mismo presupuesto diez años tenemos que mantenerlo, pues vamos a ahorrar, esto va a ahorrar y puede ahorrar muchísimo dinero; y sobre todo la sensación de los propios pacientes, que dicen “hombre, ya era hora de que mi historial clínico, si voy a San Sebastián o voy a Huelva, tengan acceso en un Sistema Nacional de Salud”. Petición que creo que es muy importante.

Y luego, finalmente, yo creo que hay que potenciar la salud pública y sobre todo la atención primaria. Vamos a ver, si tenemos una fibrilación

ventricular por un infarto de miocardio tenemos que ir rápidamente, en diez minutos, a dar un choque eléctrico, una desfibrilación; luego tenemos que disponer de equipamiento, de un desfibrilador, el sistema de acceder a él, personas formadas, vale. Pero esta persona, ¿a dónde va? Pues va a al hospital más próximo, ingresa en una unidad de cuidados intensivos, se realiza un tratamiento fibrinolítico para desobstruir las arterias coronarias (carísimo, por cierto), y si hay opción también se lleva una unidad de hemodinámica, si puede ser antes de una hora, para meter unos catéteres, intentar en las arterias que están obstruidas romper los coágulos y meter como unas espirales para desobstruir las coronarias. Y luego además hay que meterlo en una unidad de cuidados intensivos, y a partir de ahí luego la recuperación, rehabilitación, y si encima el corazón entra que el gasto cardiaco se viene abajo, pues hay que hacer un trasplante cardiaco también. Pero esta es la consecuencia.

Y si echamos marca atrás decimos: vamos a ver, ¿y por qué se produce tanto infarto de miocardio cada vez más? Pues porque las arterias coronarias se obstruyen. ¿Y por qué se obstruyen? Hombre, pues es tema del colesterol, influye la hipertensión, influye la diabetes, influye el tabaco, influye la dislipemia... Y dices: bueno, vamos a hacer una cosa, ¿por qué no vamos hacer atrás y atacamos a las causas del problema? Pues yo creo que aquí está el quid de la cuestión. Es decir, el dinero tremendo que tenemos que gastar en los ACV, en los infartos de miocardio, en la insuficiencia renal crónica, en todo esto, y cada vez va a más, dinero tremendo... Yo he intentado sacar, no lo he conseguido, lo siento, el costo, digamos, de los posibles tratamientos que se podrían quitar de esos 74 000 millones de euros y hasta donde he podido llegar es imposible; pero más de 30 000 millones de gasto de lo que en estos momentos estamos gastando se podría prevenir. Y a eso hay que decir: hombre, pues el tabaco fuera, el alcohol fuera, que no tengamos sobrepeso ni

obesidad, no es fácil. Pero eso, ¿cómo lo podemos conseguir? Pues lo podemos conseguir solo mediante salud pública, y ahí tiene que estar el médico de atención primaria, lo siento.

El médico de atención primaria, yo creo que tiene que ser, no porque haya venido la COVID ahora, hay unos que llevamos convencidos muchos años, hay que potenciarlo; pero no lo podemos tener en las condiciones en que está. O sea, no puede ser que no tenga expectativa de carrera profesional, no puede ser que no tenga formación continuada, no puede ser que esté abandonado, que los recursos humanos... Bueno, ya sabéis, todo esto que además lo tenemos, digamos, dentro del documento que entregamos de la estructuración de la provincia de Teruel, está ahí, una serie de aspectos. No hay posibilidad, o sea, no tienes telecomunicaciones, o sea... Yo estuve en un pueblo, Miravete de la Sierra, que no es que tuviera, no había telefonía móvil, pero solo hay en una tapia que los abuelos se tienen que subir a ella para tener cobertura y poder hablar; es que cuando las hojas de los chopos crecían no llegaba señal. Entonces, tú no puedes hoy día ejercer nada serio (estamos hablando de serio, educación y sanidad fundamentalmente) si no tienes una cobertura de una banda ancha de fibra. Pero es que paradójicamente hay colegios que sí que tienen la fibra óptica metida pero no hay forma de que llegue al consultorio ni de que llegue tampoco a los ayuntamientos. Entonces, yo creo que las telecomunicaciones, la digitalización es algo fundamental. La interrelación de la atención primaria con la especializada, con los hospitales, yo creo que es un aspecto básico y fundamental que creo que está pendiente en todas las situaciones.

Bien, con esto creo que es suficiente. Pueden preguntar lo que quieran. Yo, si sé, contestaré; si no, diré “mire, lo siento, yo no soy experto, yo vengo a contar aquí lo que yo he vivido”. Pero lo he vivido muy intensamente, quiero

decir, han sido muchos años, bendita profesión, o sea, esto es una profesión... Yo, cuando estaba en la medicina rural iba con una moto de trial monte a través para llegar antes de un pueblo a otro. Aun así la he restaurado, y es una Montesa 247. O sea, yo aún circulo con ella. Quiero decir que la ilusión es lo más importante, y la motivación lo más importante de nuestra profesión. Cuidado, cuidado: los profesionales sanitarios están muy desilusionados y muy desmotivados; cuidado, que nos estamos jugando algo muy importante, que es lo más sagrado que tenemos de nuestra sanidad.

Y aquí sí que, si hay algo inmediato, yo diría: lo inmediato pos-COVID son nuestros profesionales.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias, doctor Gimeno. Muchísimas gracias por toda su intervención y todas sus aportaciones. A continuación tienen la palabra los grupos parlamentarios, y comenzamos por Teruel Existe, el representante de Teruel Existe. Gracias.

El señor **GUITARTE GIMENO**: Buenas tardes. Muchas gracias al compareciente por su personalísima intervención y ejemplo vital. Yo quería hacer hincapié precisamente en el último aspecto que se ha estado mencionando, que es la importancia de la atención primaria en los territorios que nosotros vivimos más cercanos, los territorios en proceso de despoblación y demás.

La atención primaria realmente es casi el único contacto que tiene el ciudadano con el sistema de salud; el médico de familia es su médico, es quien conoce todos sus antecedentes, es una parte sustancial de la credibilidad en el sistema. Y sin embargo observamos, por ejemplo, que hay un escaso arraigo o cada vez más difícil entre los profesionales que llegan a los centros de salud;

no hay, como bien decía, una potenciación de la carrera académica o de la carrera profesional de los que allí acuden, que debería estar claramente incentivada.

Por otro lado, las infraestructuras, digamos, físicas de los consultorios o de los centros de salud dejan muchísimo que desear, se nota, de hecho los consultorios locales son responsabilidad directa, no ya del sistema de salud, sino de los propios ayuntamientos, que tienen que hacer lo que pueden para cubrir esa asistencia. Creemos que ahí debe llegar más inversión, que se debe, por supuesto, digitalizar la atención, no puede consentirse que un centro de salud no tenga, no ya fibra óptica, sino que no tienen ni telefonía muchos de ellos. A veces no se pueden ni emitir las recetas por el sistema previsto. Entonces, ese elemento es para nosotros el primero sobre el que hay que actuar, donde con más fuerza hay que poner en primer plano la atención primaria, porque es realmente donde se previene, donde se da tratamiento, y donde luego se acompaña la recuperación. O sea, es tan importante o más, como bien decía, que el sistema hospitalario.

Y luego, nada, hacer hincapié en las carencias ya de sobra conocidas: o sea, una provincia como la nuestra con 15 000 kilómetro cuadrados de extensión que tiene solo tres UVI móviles, eso es antidiluviano. Es decir, la sensación de seguridad sanitaria que puede tener nuestra población con unos servicios tan escasos deja mucho que desear. Si no mejora ese servicio, difícilmente podemos aspirar a mantener la población o a recuperar parte de ella.

Simplemente era eso, era incidir o si puede aclarar algunas cuestiones sobre la importancia en estos territorios de la atención primaria.

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

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta; gracias, señor Gimeno, y también brevemente una cuestión: se ha referido usted a la visa sanitaria, la ha llamado así, bien. ¿No considera que si tiene que ser una dimensión que supere el ámbito como tenemos ahora en las comunidades autónomas, que en todo caso también podría ser planteable que la visa sanitaria, que la tarjeta sanitaria fuera a nivel europeo? Cada vez estamos viviendo en un contexto en el que la gente circula mucho, el Estado recibe gente de muchos sitios y también exporta mucha, por tanto tal vez fuera esa la dimensión.

Y una pregunta: ahora, las urgencias, todo lo que se ha planteado es muy importante, el refuerzo de la atención primaria indudablemente sí, en Euskadi se está trabajando ya esa línea también, pero en este momento en el contexto de la pandemia, usted ha dicho “todo el mundo sabe ya lo que hay que hacer”, pero tal vez vaya evolucionando de una forma distinta y haya algunos aspectos que sean urgencias; hay cosas muy importantes pero además hay urgencias. ¿Cuáles son las urgencias en el contexto de la pandemia desde el ámbito competencial del Estado que deberían abordarse con carácter urgente? Porque tal vez, si empezamos a hacer una reflexión de todos los aspectos que aquí se están abordando, todos ellos muy importantes, nos perdamos un poco en el camino.

Por eso me gustaría saber en concreto cuál sería una urgencia en ese contexto. Gracias.

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

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Gracias, presidenta. Muchas gracias, doctor Gimeno, por su comparecencia en este grupo de trabajo, su diagnóstico y sus propuestas a nivel central y también provincializadas. Le pido disculpas porque no he estado al principio de su exposición, pero creo que el tenor lo he ido cogiendo conforme he ido escuchándole.

Es muy interesante la visión de la despoblación, también quiero darle las gracias por la documentación que nos ha facilitado, que la verdad, echándole un rápido vistazo es muy interesante y sobre todo nos aporta mucha luz acerca de cuál es su propuesta real para una atención sanitaria de calidad. Se lo agradecemos.

Yo soy de un pueblo de 700 habitantes en plena España vaciada, o sea, conozco muy bien la problemática de lo que usted ha dicho cuando usted ha puesto el ejemplo del infarto, sin ir más lejos; yo sé que en mi pueblo, por ejemplo, no hay ambulancias, no hay atención sanitaria primaria real a determinadas horas tampoco. Y por lo tanto, hay una auténtica desatención sanitaria, y eso cuesta vidas. Por lo tanto, entiendo también cuando usted decía que iba con su moto, porque también el médico hasta hace no tanto iba en moto a mi pueblo, es un paralelismo, la verdad, que me ha resultado muy curioso.

Le voy a plantear solo tres cuestiones muy rápidas para no quitarle mucho tiempo, sé que hay muchos comparecientes también. El plan contra la despoblación y la desatención sanitaria que usted ha expuesto, ¿sería compatible con el mantenimiento y la mejora del sistema sanitario descentralizado y organizado en torno a las comunidades autónomas?

¿Qué papel, bajo su criterio, deberían jugar los ayuntamientos y mancomunidades en la recepción de demandas y el traslado a las autoridades sanitarias? ¿Debería potenciarse, en su opinión? Y qué figuras potenciaría usted como más efectivas para la atención sanitaria en zonas despobladas.

Sin más, le agradezco su exposición y sus aportaciones, que aunque las ha provincializado en la zona de Teruel, las hacemos nuestras en muchas otras provincias. Muchas gracias.

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

El señor **ERITJA CUIRÓ**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias, doctor Gimeno, da gusto hablar o escuchar de esa experiencia vivencial del día a día, porque muchas veces nos extrapolamos siempre a teorías y a planteamientos genéricos, políticos incluso o de gestión, pero ver el día a día realmente te permite aterrizar y tocar sobre territorio.

Hay algunos temas que me han interesado muchísimo. Desde esa proximidad que usted ha hablado ha insistido en dos agentes relacionados con el mundo sanitario que son fundamentales: por un lado, el mundo veterinario, del mundo veterinario al que no se le ha tenido mucho en cuenta, y son gente que están acostumbrados a trabajar en pandemias, y además tienen experiencia, precisamente gente del territorio que han trabajado en la peste porcina o en otros elementos que tienen experiencia, y además tienen equipos detrás, tienen experiencia y equipos. Y en todo caso, quizás es un elemento que debería tenerse en cuenta a la hora de plantear cómo gestionamos esto.

Y otro tema que es importantísimo, que es el tema de los farmacéuticos; de hecho estos días, y no solo en el ámbito rural, en las mismas ciudades, en los barrios, el primer contacto de asesoramiento eran las farmacias o los

farmacéuticos. Y por tanto, antes incluso que la atención primaria, el primer contacto era en la farmacia. Eso es un elemento importante porque esta vez sí que han funcionado como centros de asesoramiento, de asesores.

Son elementos que vale la pena que hayan salido y que vale la pena tenerlos en cuenta porque son eslabones de toda esa cadena sanitaria que hay detrás y muchas veces ni se tienen en cuenta ni se han tenido en cuenta. Son eslabones que vale la pena tenerlos en cuenta teniendo presente esto, la proximidad con el ciudadano, ese primer contacto, esa primera proximidad.

Por otro lado, en el tema de atención primaria compartimos plenamente el papel que debe tener la atención primaria, clarísimamente, en ese elemento de proximidad, de primer contacto. Y en todo caso quería preguntarle: en el modelo sociosanitario de residencias, que se está planteando estos días una reforma profunda, se habla de que por un lado está la atención primaria, que debe pivotar alrededor de la atención primaria por un lado, y todo lo que serían trabajadores sociales dentro del ámbito municipal, por el otro. ¿Qué experiencias, o cómo vería que debería ser la coordinación entre estos dos ámbitos, teniendo presente que en los centros de atención primaria sé que hay trabajo ya comunitario de atención primaria y de trabajadores sociales? Pero en todo caso, me gustaría escuchar de su boca realmente cómo gestionaría esa coordinación de ese espacio que estamos debatiendo estos días.

Muchas gracias.

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

La señora **MEDEL PÉREZ**: Hola, buenas tardes, bienvenido. Yo, hasta hace cinco meses estaba pasando consulta, ¿sabes?, y mi marido es anestesista

del Hospital Peset de Valencia, coordinador del quirófano. Te digo porque imagínate el follón.

Pues quiero resaltar las cosas que me parecen fundamentales que has dicho, que no es un problema de salud pública lo que hemos tenido, es un problema de salud pública añadido a un problema estructural del sistema sanitario, que eso es lo que parece que algunas personas se resisten a comprender, no es lo mismo tener un Sistema Nacional de Salud que ha funcionado muy bien en cierta época pero que, si lo vas castigando y no lo cuidas, se convierte en lo que se ha acabado por convertir el nuestro, es decir, un problema de financiación muy grande.

Y la otra cuestión que creo que es también muy importante es que, cuando relata los factores socioeconómicos y que el estilo de vida juntos son más determinantes que otros. Es decir, la prevención es fundamental. Y en la prevención, ahí es donde juega la atención primaria. Aquí han venido comparecientes de enfermería, de medicina de atención primaria en la que están diciendo: a un paciente no se le cambian los hábitos de vida, si es lo que queremos hacer, diciéndole no fume o no beba; hay que hacer un seguimiento, convencerle, hacer que cambie realmente el estilo. Y la función de todo eso en parte es de primaria, porque el médico de primaria está para eso, para tratarlo, para hablar con él, tratarlo cuando lo tiene que tratar. Pero si el tratamiento consiste en prevenir, tienes que utilizar otro tipo de relación con el paciente, ¿no?

Quiero destacar una cosa: fíjese que en la comparecencia anterior el presidente de IDIS, ante la pregunta de mi compañera Ana, la portavoz del PSOE, de los ratios de personal ha reconocido que la enfermería en los hospitales privados es menor, efectivamente. Claro, y tú estás planteando que ahí es crucial la enfermería, en atención primaria y en todos los niveles. Fíjate

la diferencia entre lo que hace la privada en un hospital y lo que hace la pública, y considerando que los ratios de la pública son para morirse, quiero decir que son malos en comparación con el resto de Europa. Imagínate cómo se pueden ir comparando los niveles. Y además de una información de primera mano, que era el presidente de IDIS; si él lo dice será cierto, que tienen pocas enfermeras en comparación con la pública, incluso con el deterioro.

Me parece también muy importante lo del Consejo Interterritorial como integrador. Yo creo que es una función que tiene que no se le da, el Consejo Interterritorial y la Alta Inspección, que debe vigilar eso, que no hay que tocar nada, está en la ley, que se le dé, que se le dote y que haga su función.

Y quiero comentarte una cosa: viniendo de la España vaciada, como tú dices, que tiene una densidad de población, claro, muy baja, de 9 personas por kilómetro cuadrado, los servicios se encarecen pero tú tienes que dar la asistencia, es que tiene que ser así, no es un problema economicista, me refiero; pero quiero decirte: ¿piensas que se debe valorar el factor de dispersión con respecto a cuando viene una financiación autonómica? ¿El hecho de que la población esté dispersa es un dato más, un factor más a sumar en eso? ¿Y cree que se debía incentivar a los médicos que atiendan en la España vaciada? Y no solo me refiero a incentivos con dinero, ¿otra forma de incentivos?

Y otra cuestión sería: ¿cómo desarrollaría la conexión de atención primaria con residencias, con la atención domiciliaria, con los hospitales?

Y gracias.

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

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Con la venia, señora presidenta. Buenos días, doctor Gimeno. Me llamo Juan Luis Steegmann Olmedilla, soy médico hematólogo, y mi mujer es intensivista. Bien, mire, he estado tentado porque usted nos ha dicho que leyésemos la experiencia de Cedrillas. He estado tentado de leer lo que usted nos ha puesto aquí en homenaje a este alcalde que, dice aquí, ante la inoperancia... No vamos a seguir. Pero ya desconfiados, dicen, iba aumentando en casos y países afectados. Sabíamos que el colectivo más vulnerable eran los ancianos, sabíamos que se transmitía a través de gotas respiratorias. Es decir, se había informado, y extremaron medidas higiénicas, aislaron la residencia, pusieron mascarillas, hicieron circuitos independientes, educaron a los trabajadores, educaron a la población, les educaron en lavarse las manos, les educaron diciendo que contra el virus no teníamos defensas, implantaron una distancia social de dos metros, lo mismo hicieron con las empresas, y todo esto a finales de febrero. Cero casos. No quiero patrimonializar ni mucho menos esta perspicacia y esta sabiduría del alcalde de Cedrillas, que por cierto ya había puesto como ejemplo al ministro de Sanidad, al señor Illa, otro alcalde de Teruel, el señor Boné de Valderrobles, que había adquirido PCR para todos los ancianos, ¿verdad?, y había hecho test con oposición a error. Con esto estaba tentado a hacerle muchas preguntas sobre la España rural, sobre todo porque ahora posiblemente va a ser un refugio de personas provenientes de otras zonas más castigadas, y ver cómo planean ustedes o cómo recomendaría usted una red de alerta microbiológica, que veo que en el documento que han hecho ustedes de muchas páginas contemplan. Entonces, sirva esta intervención mía sobre todo como homenaje al alcalde de Cedrillas, como

homenaje a los médicos como usted con tanta vocación que lo han dado todo, y vaya mi admiración y mi gratitud.

Y también preguntándole esa pequeña pregunta, sobre ahora que existe el peligro, como acaba de surgir de nuevo otro brote en Lombardía, en Italia, de que el flujo migratorio o flujo vacacional pueda poner en riesgo a esa población de la España rural que a todos nos preocupa tanto.

Con esto yo termino, y muchísimas gracias.

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

La señora **RILOBOS REGADERA**: Muchas gracias, señora presidenta. Doctor Gimeno, quiero, en primer lugar, mostrarle el reconocimiento a todos los sanitarios que se han contagiado en esta pandemia, los más de 52 000 sanitarios, y también esos 77 que entendemos que han fallecido, y que es sin ninguna duda fruto del trabajo y del esfuerzo y de la dedicación que han hecho curando a sus pacientes cada uno en su ámbito, en la atención primaria o en la atención hospitalaria.

Quiero darle las gracias por su intervención, por las aportaciones, por la amplia documentación que nos ha remitido, y sobre todo por algo muy novedoso, que es esos testimonios que nos ha dejado por escrito (luego lo leeré más en detalle), pero la verdad es que son ejemplares y que son un ejemplo de cómo un alcalde o una enfermera o un profesional de la atención primaria en un pueblo recóndito puede hacer por la salud de sus vecinos más que grandes especialistas, a lo mejor, en grandes hospitales.

Me ha parecido muy interesante que un médico de fonendo venga aquí y además haga dos temas importantísimos, que es poner en valor el trabajo

que han hecho los farmacéuticos en la farmacia comunitaria, y decir que los veterinarios probablemente, que es un colectivo superpreparado en pandemias y en epidemias, pues a lo mejor han sido infrautilizados.

Tengo que decirle que en esta comisión para lo que estamos es para escuchar, para aprender de todas las personas que han comparecido, porque el objetivo es, una vez que tengamos un diagnóstico preciso de qué es lo que ha pasado, entre todas las fuerzas políticas conseguir ese pacto que nosotros llamamos el “pacto Cajal” que dé soluciones urgentes a corto, a medio y a largo plazo y que serían importantes, yo creo, para el futuro de la salud de todos los españoles, y sobre todo para el sistema sanitario y para los profesionales.

Nos ha pedido que hiciéramos el ejercicio de ir a una UVI, de ir a un hospital y tal. Como usted comprenderá, todos tenemos en nuestro ámbito algún sanitario, alguna persona, y hemos estado durante toda esta pandemia hablando con ellos, y la verdad es que nos han ido contando desde personas que trabajan en residencias de mayores y nos han contado la vivencia que han tenido, que ha sido terrible, hasta el clásico neumólogo que ve cómo le llevan veinte pacientes para meterlos a todos en la UVI y solo tiene cinco, en fin, que hemos estado en contacto directo, o mi médico de cabecera, que fue de los primeros que enfermó por COVID y tuvo que estar cuarenta días en cuarentena; en fin, que tenemos esa experiencia pero es verdad que probablemente lo que usted nos ha recomendado tendríamos que hacerlo.

Quiero decirle que casi, casi usted el mismo diagnóstico que la mayor parte de los especialistas y de los expertos que han pasado hasta ahora: esto ha sido un gravísimo problema de salud pública, porque no se ha trabajado en lo que hay que trabajar, que es en la prevención y a través de los sistemas de vigilancia epidemiológica o de los médicos centinelas haber detectado lo que

estaba ocurriendo, o haber tenido en cuenta lo que estaba pasando en China o lo que estaba pasando en Italia y haber hecho medidas de prevención y aplicar el principio de precaución. Usted ha dicho que probablemente hayamos llegado una semana tarde al confinamiento y por eso ha tenido que ser tan potente.

Pero de lo que usted nos ha contado aquí, prácticamente coincide con lo que se nos ha dicho por parte de otros especialistas: que hay que potenciar la atención primaria, que es fundamental; e incluso nos han dicho que probablemente se haya infrautilizado porque se ha puesto toda la carga en el hospital y en la asistencia hospitalaria y probablemente se podría haber utilizado mejor; que hay que potenciar la salud pública y especialmente la vigilancia epidemiológica y toda la parte de prevención, y que hay que potenciar la atención hospitalaria, y especialmente lo que tiene que ver con todos los recursos humanos del sistema.

Pero fíjese, hay algo también que ha quedado muy claro en las comparencias, y es que a pesar de la presión y de ese tsunami asistencial que llegó de una forma brutal en apenas dos semanas y que hizo que lo que era un problema de salud pública se transformara en un problema de colapsar el sistema sanitario y los centros de salud, sobre todo los centros hospitalarios, pero que sin embargo el personal sanitario y los propios centros han tenido una respuesta buena, han sabido adaptarse, han sabido flexibilizarse, en atención primaria han empezado a hacer de una forma espectacular telemedicina, teleasistencia, y que eso ha sido absolutamente bueno.

De los cuatro temas que usted nos ha dejado al final, que el sistema interterritorial no ha funcionado, que hay que profesionalizar la gestión sanitaria, que la tarjeta única que promovía ya la doctora Pastor cuando era ministra, que es fundamental y que hay que desarrollarla, y todo el tema de

apoyo a los profesionales de la atención primaria, estamos completamente de acuerdo, pero yo creo que todos los profesionales que han pasado por aquí están en lo mismo.

Y yo ya solamente le quería formular unas cuantas preguntas. Y la primera es, lo ha dicho casi, pero, bueno, ¿cree que el protagonismo que ha tenido la atención primaria era el adecuado o debería haber tenido más protagonismo?

¿Cuáles considera usted que deberían ser los incentivos para los profesionales de atención primaria, especialmente los que desarrollan su trabajo en el medio rural?

¿Cree que están activados y funcionando a pleno rendimiento los médicos centinela, que probablemente a lo mejor en unas condiciones óptimas podían haber hecho una detección precoz y temprana de lo que estaba pasando?

Le tenía una pregunta sobre si la atención farmacéutica en el medio rural, que usted conoce muy bien, ha sido tan potente como la del medio urbano, pero lo ha dicho usted así que me alegro de haber coincidido con usted, yo también soy de una ciudad pequeñita de casi 100 000 habitantes, con tres comarcas del medio rural muy pequeñas, muy pequeñas, conozco muy bien lo que pasa en el medio rural; y en ese sentido, ¿cree usted que ha habido diferencias en cuanto a los recursos de prevención y de atención entre el medio rural y el medio urbano en esta pandemia, cree usted que en el medio rural han dispuesto los profesionales sanitarios de los EPI y de los test suficientes para hacer diagnósticos de los pacientes? Porque, claro, aunque ellos, la mayor parte...

La señora **PRESIDENTA**: Por favor, tiene que ir acabando.

La señora **RIOLOBOS REGADERA**: Sí, estoy terminando. La mayor parte de la asistencia la han hecho de forma telemática pero también han tenido que...

Y luego ya solamente, para terminar, si considera que las mascarillas deberían ser gratuitas para los mayores de 65 años y los más vulnerables, y si considera que los productos sanitarios como las mascarillas, los guantes y los hidrogeles pueden seguir teniendo el 21 % de IVA.

Muchas gracias.

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

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

En primer lugar, en su nombre, ya que usted es médico y especialista en medicina familiar y comunitaria, quiero felicitar a todos sus compañeros y compañeras que han estado al frente de guardar la salud de todos, de cuidarnos, de curarnos durante esta pandemia, y también expresar nuestro dolor por todos aquellos que han fallecido.

Tengo la suerte de pertenecer a una de esas profesiones que se han considerado esenciales, y sé el esfuerzo que han tenido todos y todas en todas las profesiones esenciales durante esta pandemia. Voy a ser muy breve, porque quiero escuchar sus respuestas.

Entonces, me gustaría que me ilustrase sobre qué papel debe jugar la farmacia comunitaria en el sistema sanitario.

Yendo a la profesión de enfermera, pues lo mismo: qué papel cree usted que debe jugar la profesión de enfermera en el sistema sanitario.

Y después, y ya que yo también soy diputada por una provincia eminentemente rural, aunque soy la portavoz de Sanidad de mi grupo, quisiera que me diese una visión, su visión sobre qué hay que hacer en la España rural.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias. Doctor Gimeno, tiene usted la palabra. Le aviso de que luego le diré el tiempo.

El señor **LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA, FUNCIONARIO DE CARRERA DEL CUERPO DE MÉDICOS TITULARES DEL ESTADO, MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** (Gimeno Romero): ¿De cuánto disponemos, de quince minutos? ¡Madre mía!

Vamos a ver, en primer lugar el doctor Guitarte, de Teruel Existe: pues sobre todo en relación al arraigo, el problema viene porque en estos momentos yo creo que la concepción que tenemos a nivel general, creo, me puedo equivocar, ya digo, yo soy parcial, médico de fonendo, no voy a entrar en ciertas cosas que desconozco, y hay muchas preguntas que desconozco, con lo cual diré “lo siento, no tengo capacidad de contestar”. Pero yo creo que el arraigo pasa por el concepto de que si no vives en una ciudad no tienes las posibilidades; que si tienes una estructura familiar con unos hijos condiciona muchísimo el arraigo en el medio rural, y más en lo que denominamos la

España vaciada, porque todo son problemas añadidos, los que sí que lo hemos vivido...

Luego, por otra parte el tema de la vivienda es un problema tremendo en el medio rural, el tema de las condiciones de la conectividad, de la digitalización, es decir, ya no solo el aspecto económico, el que tú no tengas compañeros prácticamente porque están haciendo todo el día una labor asistencial, o sea, eres un machaca puro. Pero es que cuando llega el verano vas loco, y vas loco doblemente, porque de alguna manera tienes que desplazarte a muchos pueblos, tienes muchísimos pacientes que te vienen de otras comunidades sin informes clínicos actualizados, sin posibilidad de nada, es decir, tienes que empezar de cero. Con lo cual, pues todo esto condiciona que al final digas: mira, yo en el siguiente concurso me voy de aquí porque esto no me compensa de ninguna manera. Y no es un problema de decir de costo ni es un problema de decir estoy peor o mejor; hay que valorar muchas cosas, como he dicho: carrera profesional... La carrera profesional se bloqueó totalmente en 2008, yo estuve preparando tres meses el currículum, y luego de repente no sirve para nada. O sea, tú empiezas de adjunto y acabas de adjunto.

Y luego hay un problema, que lo voy a decir aquí, lo siento: en este sistema que tenemos el trabajo del buen médico se premia con más trabajo. Es decir, que el que es bueno, dices... Mira, yo he tenido una compañera neumóloga buenísima, Mari Luz Mateo; pues, ¿qué pasaba? Ella es neumóloga, estamos en la UCI, tú llegabas y ella decía “oye, pam, pam”, tú le decías “bájame una broncoscopia”, bajaba, pam, pam... y al que no es, digamos, ágil, comunicativo, eficaz, pues no le llamas. Los pacientes, ¿lo saben? Pues, ¿a quién van? Pues a quien lo gestiona bien. Y al final de mes prácticamente todos lo mismo. En fin, yo creo que eso es un tema que es importante a la hora de la valoración también de estos temas.

Y luego, lo que sí está muy claro es que 15 000 kilómetros cuadrados es el doble del País Vasco, es la mitad de Bélgica, y se consiguieron estas tres UVI móviles (le digo al doctor Guitarte) porque se constituyó, que formamos una plataforma pro helicóptero y transporte sanitario porque estábamos rodeados de comunidades que tenían UVI móviles y a los politraumatizados en nuestra provincia venían a buscarlos dos soldadicos de la Cruz Roja vestidos con traje de estos de camuflaje. Y cuando te traían a urgencias un paciente que se les había muerto durante el trayecto, ¿qué le vas a decir a un chaval de dieciocho años? Le decías: no, no te preocupes, que es que estaba muy malico y entonces, oye, no has podido hacer nada. Les temblaban las piernas. Y entonces, claro, y se consiguió a base de una presión brutal de la ciudadanía, conseguir esas UVI móviles gracias a la presión de la plataforma que se montó en aquel momento.

En segundo lugar, al Grupo Parlamentario Vasco, pues lo de la visa europea fantástico; hombre, yo no he querido llegar tan lejos, pero hoy día la visa, por eso decimos “visa sanitaria”, no es que yo tenga nada con el tema de la visa; sí que hablé con un responsable muy alto de Visa, que es amigo, y le dije: oye, ¿esto lo ves tú factible? Y dice: eso no tiene ningún problema, es querer hacerlo. Y hoy día, como están las telecomunicaciones, tú vas con la Visa, la Visa de hace veinticinco años, ya ibas a cualquier sitio y te la pasaban. Yo creo que eso es fundamental, el ahorro que podría suponer, me alegro que esté Ana Pastor aquí porque la he citado, cuando en 2002 dijo lo que dijo, y no solo de la tarjeta sanitaria, dijo de la historia clínica. Eso es fundamental. Yo creo que si de esto no sale la historia clínica electrónica para todo el mundo que tenga acceso esté donde esté, que luego la tarjeta tenga el color que quiera, que le pongan el color que dé la gana, pero que la banda magnética dé acceso a esos datos. Eso supondría un ahorro brutal, brutal de tiempo y de

dinero. Y no creo que sea, no ha dificultad; no es fácil, supongo, pero no es imposible. Y si de aquí hay un compromiso de verdad, porque los ciudadanos, yo me considero un ciudadano de a pie, ¿qué es lo que queremos ver? No queremos ver broncas, yo me alegro de ver la sensación que tengo de que estamos aquí hablando, nos estamos contando cosas de muy buenas maneras, cada uno dice su opinión, dice... Esto es lo que quieren ver los ciudadanos. ¡Jo!, es que los políticos están juntos reunidos, dialogan, se entienden, consenso. Y al final el ADN que tenemos todos los españoles, que es el ADN de la sanidad pública, que no se convierta en ARN; el ARN es el que está en el virus, son parecidos pero no son iguales.

Bien, por lo tanto, muy bien lo de, por supuesto, estamos, en Europa, visa europea.

Luego una reflexión sobre los sanitarios y la pandemia: vamos a ver, yo he hablado con algunos sanitarios; la sensación es que están muy mal. Un estudio que se ha hecho en Wuhan, que se ha publicado en *JAMA*, creo que eran dos mil y pico encuestas de médicos y de enfermeras es demoledor: más del 70 % tienen sintomatología de cuadros depresivos, de ansiedad, de insomnio. Eso es tremendo. Vale, que dicen: aquí también en el Doce de Octubre ha habido un trabajo importante del Servicio de Psiquiatría y de psicólogos analizando la situación. Por eso digo que nuestros profesionales... venían ya tocados, ¿eh? O sea, que esto no es, como muy bien ha dicho mi compañera de Valencia, porque los valencianos con nosotros somos primos hermanos, entonces, yo por eso insisto tanto en nuestros profesionales. Porque esto los ha dejado muy tocados. Un compañero mío, intensivista, decía: yo no tengo miedo en caer. Vale, pero es que yo voy a casa y tengo dos hijos. Y al final decidió meterse en un hotel, estar dos meses en el hotel por el miedo que tenía de transmitir, o sea, la sensación de que tú estás allí, o gente que cae de

los tuyos dentro del servicio; quiero decir, eso es una situación muy importante que tenemos que valorar.

Vamos a ver, el Grupo de Ciudadanos, claro, es que las preguntas son ya más de un índice un poco más político: figuras para potenciar las zonas despobladas; esto entra a formar parte de lo que sería el equilibrio o la cohesión territorial. Yo creo que una cosa también que el 31 de mayo quedó claro aquí en Madrid es que hay otra España, la queramos ver o no, que es un problema importantísimo que tenemos en este país y que hay que resolverlo, porque si no, la superpoblación de determinadas áreas va a sufrir efectos también de esta otra España. Y como decimos nosotros, ser pocos no nos libra de obligaciones, pero que tampoco nos reste derechos. Es decir, yo creo que al final esto es un consenso en el cual todos nos vamos a beneficiar: es decir, si el medio rural funciona. Yo tenía aquí un trabajo, la verdad es que he metido muchas horas, no sé si ha servido de mucho o poco, pero muchas horas he metido, porque no he conseguido sacar el costo. Yo defiendo que el costo en la atención primaria en el medio rural es más barato que en el medio urbano; a boto pronto, no tengo datos. He intentado conseguir, pero tengo la relación de enfermedades que son más propias en porcentaje en el medio urbano respecto al medio rural, el costo que tiene cada una; el cáncer, de costo directo tiene 9000 millones de euros; los indirectos son otros 9000 millones. Pero 9000 millones y se puede evitar del 30 % al 50 %. ¿Quién lo puede evitar? Primaria. Y en la ciudad el porcentaje aumenta muchísimo, sobre todo los cánceres de pulmón. Es decir, yo, eso es un tema que lo dejaría aquí como decir: vamos a estudiar de verdad el costo. Es que el medio rural es muy caro, es que mantener una escuela es muy caro, es que mantener el consultorio es muy caro. Yo creo que no, como dato.

Entonces, ¿el papel de las comunidades y los ayuntamientos? Yo creo que cada uno tiene que asumir lo que tiene que asumir y no duplicar. Me comentaba un secretario de un ayuntamiento: es que tenemos tres servicios jurídicos que nos hacen lo mismo, a nivel nacional, la comunidad autónoma, de Teruel, cuatro, y de la comarca. Pues yo, lo que creo que tiene que haber es una coordinación, como para la fibra óptica. Si tú montas una fibra óptica y dices solo a los núcleos porque lo monta Educación, hombre, si lo llevas a un medio rural, a un pueblo, pues que tenga acceso todo el mundo. Es decir, yo creo que lo fundamental es la comunicación.

Desgraciadamente lo que ocurre es que a veces, según la marca política que tiene cada cosa, ya creo que sabemos todos cómo funciona esto. Entonces, ponerse de acuerdo a veces no es nada fácil.

Esquerra Republicana: pues yo creo que muy bien lo de veterinarios y farmacéuticos porque para mí eso ha sido un descubrimiento, yo hace tiempo que lo veía, sobre todo de los veterinarios; la diferencia, decíamos hace muchos años, entre medicina y veterinaria es que en veterinaria no estudian psicología, pero es que ahora estudian psicología también de los bichos, entonces ya somos prácticamente iguales. Pero es que las pandemias las tratan ellos, nosotros, pandemias hemos visto pocas; yo en mi vida he estado, en la epidemia del tifus en el río Jalón en 1971, eso lo he vivido vacunando en Zaragoza colas enormes en la calle; lo del sida, cuando no sabíamos nada de qué iba aquello; y la gripe A, que nos asustamos todos mucho. Pero ellos, sí que ven con frecuencia.

Y los farmacéuticos, ha sido un descubrimiento. Cuando estás trabajando con ellos sabes cómo es la gente. Vamos a ver, la definición, dicen que son instituciones privadas con función pública, por la que no les pagan, salvo aquellas farmacias que no llevan un cupo, serían totalmente rentables de

ninguna manera, y entonces si no llegan a ese cupo el Estado tiene prevista una cantidad que muchas veces no sufre casi para mantenerse. Pero la labor que hacen las farmacias, porque a veces el farmacéutico es el único que está en el pueblo viviendo, haciendo guardias por un tubo que no ganan un duro, porque un abuelo, ¡qué va a comprar!, ¿cremas, pañales?, ¡qué va! El abuelo no compra nada, los medicamentos que recetan. Entonces, yo creo que incorporar la figura del farmacéutico, además es muy próximo, a la gente le llega mucho. En el medio urbano también es así, pero en el medio rural es especialmente. Yo creo que hay que integrarlo al farmacéutico como al veterinario. El veterinario cumple una función, control de los alimentos, etc., pero yo creo que hay que incorporarlos también ahí.

A Unidas Podemos, me alegro también de que coincidamos en muchas cosas. Dice que el Consejo Interterritorial cumpla la ley. Claro, pero lo que decíamos: yo es que he metido horas en esto, y en el último pleno del año 2018 faltaron seis comunidades autónomas, seis; y entonces dices, vamos a ver el anterior, pues había tres que habían faltado en el anterior y en el anterior, y eran muy potentes. Si faltas a una interterritorial de estas, como he dicho, que se supone que es lo más importante que tenemos, y no pasa nada, da igual, eso no funciona. Yo no sé cuál será el sistema. Si la ley dice que si faltas... como los usuarios que no van a las consultas y no avisan, del 8 % al 10 %, el sistema sanitario pierde la eficacia. Pues que se establezca un sistema sancionador, no sé cuál, pero que se establezca. Igual que a esto, hombre, llegar a sancionar no, pero yo creo que habría que articular algo, y si no, se prepara un pacto de Estado de la sanidad, lo siento, aquí tenemos que ir todos en la misma dirección, no puede ser que según quién esté vamos en una dirección o en otra, ahora lo público-privado, que si un fondo portorriqueño,

¿un fondo portorriqueño, qué interés puede tener en un hospital español? No lo sé, yo personalmente tengo mi opinión.

Luego, incentivar a los médicos no solo es una incentivación económica, sino es de carrera profesional, creo que esto lo hemos dicho ya suficientemente, desde pasando por la vivienda, etc.

El diputado de Vox, hablando del tema de Cedrillas, es que allí hubo una suerte, y es que hay cuatro secaderos de jamones, y entonces los jamoneros tenían mascarillas. Por cierto, también me he estudiado el tema: hemos estado pagando las mascarillas quirúrgicas estas de doble y triple capa, pues yo que tengo catálogos y guardo, 50 mascarillas, 3 euros; hemos llegado a pagar las mascarillas a cincuenta veces su valor, cincuenta veces su valor, las quirúrgicas, las sencillitas, no entro en la FFP2. Entonces, ¿qué significa? Pues una conclusión que tenemos que sacar aquí; yo no sé el dinero, pero se tendría que sacar. Si hay 40, 80 o 100 millones de mascarillas compradas (incluso creo que Sanidad estableció un precio en torno a 0,90, no llegaba al euro), pero eso está a doce veces su valor de catálogo. Pues habrá que ver aquí quién se ha llevado miles de millones de las antiguas pesetas, en euros no sé cuántos serán ahora, con relación a la especulación pura de intermediarios y fabricantes. Yo creo que esta es una conclusión que tenemos que sacar. No entro en respiradores, no, no, en la simple mascarilla esta que tenemos ahora.

Bien, ¿que la España rural sea refugio de? Pues bueno, eso es un riesgo que se corre, evidentemente, pero sí que los médicos de atención primaria, cuando yo digo que saben lo que tienen que hacer, es que como están muy apegados al territorio conocen, se les respeta. O sea, el médico de cabecera, yo creo que es el único al que el paciente le conoce con nombre y apellidos. Y conoce de su vida. Tú te ganas la empatía del paciente y el paciente va donde tú le digas. En Cedrillas les dijo a los jamoneros: todas las mascarillas que

tengáis allí, calzas y todo, venga, para acá. El alcalde fue receptivo, que podría no haber sido receptivo, que esta es otra. O sea, que tú con el alcalde te puedes llevar bien o medio bien. Allí coincidieron muchas cosas, y que el centro de salud –contesto también a otra pregunta o dos que me han hecho por ahí–, el centro de salud estaba junto, en el mismo edificio de la residencia de ancianos, y hay una muy buena relación. Ahí se ha venido haciendo educación de salud desde hace más de veinte años. ¿Y qué pasa? Pues que Eduardo Comas dice: “¡ch!”. Y todo, pom, pom, pom... Pero es una labor continua, es la educación sanitaria. Yo creo que el ejemplo que tenemos que sacar del alcalde, evidentemente, porque si el alcalde dice que no, es todo mucho más difícil, pero ahí yo creo que se ha conjugado todo y es un ejemplo de lo que puede ser. La unión, y luego también las personas sociosanitarias están integradas también, hay muy buena relación. Yo me jubilé allí porque había muy buen ambiente de trabajo, y es Maestrazgo puro y duro, de nevadas de más de medio metro. Yo fui a acabar mi vida profesional allí, a ese centro de salud, por la buena gente que había, no me arrepiento, lo volvería a hacer. Y esto, al final en cosas de estas dices: ¿eso es casualidad? No, no es casualidad, es el trabajo bien hecho por profesionales, bien hecho durante mucho tiempo.

A la diputada popular, pues realmente el pacto de Cajal, llamémoslo como nos dé la gana, bueno, Cajal es de casa, yo creo que es un ejemplo de lo que un médico en aquellas épocas fue capaz de hacer, el prestigio que dio, la calidad, y yo creo que llámese como se quiera, me da igual, de la Moncloa, de la Cibeles, de la plaza de Cataluña, de la plaza del Pilar, que me da igual, pero que se haga, que se haga; que se haga que todo el mundo, si estamos... Una cosa que me dio muy buena sensación es que dice que todo el mundo que ha pasado dice lo mismo: estupendo. Yo, lo que he intentado decir son cosas que creo que están documentadas, no es que vengas a aquí a contar ninguna cosa.

Oiga, hágase. Posibilidades tienen ustedes, no nosotros. Si al final, y he sacado el ejemplo del sistema MIR maravilloso que tenemos en este país, no estaba Ana Pastor, pero he dicho: fueron dos políticos, uno el presidente de la Diputación de Asturias, y otro Segovia de Arana, era médico y político, y gracias a esos dos políticos tenemos el sistema de formación que tenemos aquí.

En cuanto a la infrautilización de la primaria, seguro; ¿pero por qué? Vamos a ver, cuando vino el tema ya de la pandemia en condiciones, ¿qué pasó? Pues que la gente estaba asustada en sus casas. Yo creo que cada uno tiene su percepción, y aquello yo creo que nos desbordó a todo el mundo. Entonces tú, cuando tienes mucho miedo, mucho miedo, mucho miedo, ¿en la Edad Media a dónde se iba la gente a refugiar? Al castillo. ¿Y aquí qué ha ocurrido? ¡Uy!, y los respiradores y la UVI, que tengo... Y entonces, bum, avalancha directamente a los hospitales, yo creo que fue precisamente por la improvisación, la premura.

Otra cosa, que además el diputado Tomás Guitarte lo dijo, el exceso de información: yo creo que no ha sido bueno tantísima información. En este país todos somos epidemiólogos. Yo creo que al final, yo creo que hemos aprendido también a decir pocas cosas, las justas, priorizando, no alarmar. Y luego, una cosa muy triste, y lo tengo que decir aquí, ha sido el uso que se ha dado a la pandemia por los diferentes partidos políticos, por todos, yo no voy a entrar aquí en detalles, ni otros ni otros, yo he escuchado los plenos que ha habido, y yo creo que ha sido bastante, digamos, poco gratificante el presenciar utilizar la pandemia con una actitud partidista.

En cuanto a la diputada del PSOE, el papel de la farmacia en el sistema sanitario: vamos, yo soy un convencido absoluto, pero que esté integrada dentro, porque es un eslabón fundamental, y a veces la farmacia, como he

dicho, es el único estamento sanitario que está dentro del pueblo y no tiene nada que ver una farmacia de ciudad (yo le llamo de registradora, que allí cada metro tienes un mancebo), y allí no, allí sale la persona que está en la farmacia, la que hace la guardia, la que te asesora, la que te dice, la que te controla. Hay pacientes que llevan veinte fármacos. Tú vas a la farmacia, te ponen los veinte, pa, pa, pa, y hay quien te dice “oiga, ¿y esto?”. Porque ocurre que muchas veces –y ya contesto la interrogación primaria-especializada–, a veces hay un... Y ocurre: aquí hay una pantalla de ordenador. Y yo digo que malo es si la pantalla de ordenador sirve de barrera entre el médico y el paciente. Y digo otra cosa, igual alguien se susceptibiliza, no es que vaya en contra de la tecnología, pero yo creo que si miramos más a la pantalla de un ordenador que a la cara de un paciente estamos perdidos, estamos perdidos.

Entonces, he dicho, la farmacia, fundamental; la enfermera en el sistema sanitario, básico, básico. Yo, por suerte, he estado, como he dicho, veintiocho años de profesor en la Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel y las profesionales que han salido de allí están reconocidas a nivel nacional. Pero porque ha habido una interrelación muy directa, es una escuela que depende todavía del hospital, unas prácticas fantásticas. Entonces, para mí la enfermera, ya en cuidados intensivos, no la enfermera, la auxiliar, son compañeras de trabajo. Cuando trabajas de verdad en unión, juntos, cada uno lo que tiene que hacer, yo creo que las cosas funcionan mucho mejor.

¿Qué hacer con la España rural? Pues yo creo que eso es su asignatura pendiente, no lo sé. Tengo ahí una cinta de la virgen del Pilar, la tengo en la maleta, la sacaría, la sacaría porque eso es que necesitamos un milagro. O sea, yo creo que aquí... Pero un milagro, que si de alguna manera esto ha servido para ver que en el medio rural tenemos unas posibilidades, unas capacidades,

un medio fantástico que lo echamos en falta ahora, yo creo que es el momento de recuperar, digamos, este medio que lo tenemos ahí con desigualdad de condiciones.

Y con esto yo acabo. No sé si me he ceñido al tiempo o no. [**Aplausos**]

La señora **PRESIDENTA**: Perfecto en el tiempo y muchísimas gracias por todas sus aportaciones, por su presencia hoy aquí, doctor Gimeno. Y esperamos volver a verle. Muchas gracias.

COMPARECENCIA DE DON DANIEL LÓPEZ ACUÑA, EPIDEMIÓLOGO. EXDIRECTIVO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

La señora **PRESIDENTA**: Continuamos con la sesión, con la comparecencia de don Daniel López Acuña, epidemiólogo y exdirectivo de la Organización Mundial de la Salud.

Muchísimas gracias, doctor López, por acompañarnos esta tarde aquí en el Grupo de Trabajo Sanidad de la Comisión de Reconstrucción. Muchísimas gracias por haber acudido a nuestra invitación.

Tiene usted la palabra.

El señor **EPIDEMIÓLOGO EXDIRECTIVO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)** (López Acuña): Muchas gracias y buenas tardes a todas y todos los presentes. Quiero comenzar por agradecer la invitación que me ha hecho el Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados. Es para mí un honor y un deber

intelectual, profesional y social presentarme ante sus señorías para ofrecer mis puntos de vista sobre las tareas que tenemos enfrente, a fin de consolidar y mejorar el Sistema Nacional de Salud en España.

Empiezo expresando mis más sentidas condolencias a los familiares y amigos de los miles de personas fallecidas a consecuencia de la COVID-19 durante los últimos cuatro meses. Debo decir que en esto me embarga un dolor personal, ya que entre quienes se han ido para siempre estaba mi padre de 94 años.

Considero que tras vivir una crisis de la envergadura de la pandemia de la COVID-19 hay que hacer una reflexión propositiva, hacerlo con la mirada hacia adelante y con la convicción de que en momentos difíciles como este las sociedades deben cerrar filas, emprender esfuerzos comunes y no abrir flancos que dividan y atomicen la energía que se requiere para salir airoso ante los desafíos.

Comparezco como médico, epidemiólogo y consultor independiente en salud pública y gestión sanitaria. Lo hago además con el conocimiento y la experiencia que me da haber servido treinta años como funcionario internacional de carrera de la Organización Mundial de la Salud, periodo dentro del cual he ocupado diversos cargos directivos, entre ellos el de director de Acción Sanitaria en situaciones de crisis.

Tras haber trabajado muchos años en distintos continentes en tareas de reconstrucción de los sistemas sanitarios, tras apoyar los esfuerzos de muchos países que han enfrentado desastres naturales, conflictos y guerras, crisis económicas o efectos de emergencias de salud pública como esta pandemia he aprendido una lección muy importante: los acontecimientos adversos presentes en situaciones de crisis deben ser aprovechados como una ventana

de oportunidad y vistos como un acicate para mejorar el desempeño que tenían los sistemas antes de la crisis.

Hay que abocarse a ello con una lógica de Estado, con la colaboración de todos los agentes sociales y todas las fuerzas políticas. Se trata de corregir los problemas estructurales con visión de largo aliento. Hay que ir más allá de las soluciones puntuales, que suelen ser coyunturales, y hay que reconstruir mejorando lo que existía antes. Como decía el presidente Clinton: *building back better*.

Considero que esta comisión tiene una responsabilidad trascendental, ya que le corresponde formular recomendaciones para el corto y el mediano plazo, estructurar una agenda para la acción que sea muy pragmática, lo más concreta posible, que se traduzca en políticas, planes, programas y recursos presupuestarios tangibles para que el país emprenda una reconstrucción inteligente, solidaria, eficaz y con alto grado de cohesión social que haga posible retomar el paso de la mejor forma posible.

La pandemia de la COVID-19 ha evidenciado algunos problemas que venía arrastrando ya el Sistema Nacional de Salud, y por ello es importante tener un abordaje integral que nos permita reconstruir a fondo.

Paso ahora a referirme a algunas consideraciones que no agotan todas las posibles propuestas para fortalecer nuestro Sistema Nacional de Salud abordando seis de las diez materias del temario que ha sido establecido por este grupo de trabajo de la comisión.

Uno, gobernanza: el Sistema Nacional de Salud requiere de algunas modificaciones en su arquitectura y en su funcionamiento para reforzar el carácter federativo de sus actividades, lo cual no está reñido con la distribución competencial existente. En primer lugar, es importante tomar en cuenta que el estado de alarma, con su correspondiente limitación de

movimiento, y el mando único han funcionado, más allá de los debates políticos que su duración o ciertos detalles de su aplicación han suscitado; los datos demuestran que han servido para frenar la propagación de la pandemia, han conjurado el riesgo del colapso asistencial y han evitado un número muy superior de fallecimientos. Además, la cogobernanza establecida durante este periodo se ha revelado como un mecanismo fructífero para tomar decisiones que afectan a la salud y a la economía.

Por lo que se refiere a la gobernanza del Sistema Nacional de Salud conviene recordar que el Consejo Interterritorial, como el resto de las conferencias sectoriales, es un órgano meramente deliberativo sin capacidad ejecutiva alguna. No puede adoptar decisiones vinculantes. Los consejeros que lo integran se deben a sus gobiernos respectivos. Por tanto, convendrá reflexionar si en condiciones excepcionales, por ejemplo en las establecidas en la Ley de medidas urgentes de salud pública de 1986, el Consejo Interterritorial, previo informe de la Comisión de Salud Pública, debería contar con la capacidad de adoptar decisiones que vinculen a todas las comunidades o al menos con la posibilidad de elevar propuestas a la Conferencia de Presidentes.

Sin perjuicio de ello, debería considerarse la pertinencia de tramitar una nueva normativa que permita una respuesta específica a cualquier amenaza de salud pública y que asegure el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia de la salud pública que cuente con un amplio apoyo del arco político parlamentario.

En segundo lugar, debe establecerse un fondo de cohesión de carácter finalista y dotación suficiente para que el ministerio, previo conocimiento del Consejo Interterritorial, pueda intervenir de urgencia en determinadas circunstancias, por ejemplo para hacer frente a riesgos para la salud de la

población que afecten o puedan afectar a dos o más comunidades autónomas, contratando personal, adquiriendo insumos o realizando determinadas inversiones en tecnología.

En tercer lugar, se ha comprobado que disponer de una reserva estratégica para responder con rapidez al suministro de determinados insumos de calidad confiable puede ser un elemento determinante para hacer frente de forma adecuada a ciertos riesgos para la salud.

El Sistema Nacional de Salud debería poder extender mucho más sus incipientes y poco desarrollados mecanismos de compra y distribución conjunta de medicamentos y productos sanitarios, un asunto en el que el Consejo Interterritorial debería jugar un papel mucho más proactivo.

Finalmente, en cuarto término cabe apuntar que una de las tareas fundamentales de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud es la de garantizar la reducción de las inequidades en la situación de salud y en el acceso a los servicios sanitarios y sociales fundamentales, la construcción de una mayor cohesión social en materia sanitaria. Pero para ello se requiere de una capacidad de evaluación oportuna, fiable y transparente del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

No dejar a nadie atrás, como lo plantea la Agenda de Desarrollo de 2030 aprobada por todos los países miembros de las Naciones Unidas, requiere un esfuerzo continuado por transparentar y analizar las inequidades en salud y por reforzar la equidad. Un verdadero enfoque de equidad debe ser universalista. El universalismo efectivo evita entrar en una lógica de políticas de reparación y de sistemas de salud focalizados para los diferentes grupos en situaciones de vulnerabilidad, pues eso conduce a la fragmentación de los sistemas y a una marcada ineficiencia en el empleo de los recursos. El universalismo inclusivo no está reñido con desarrollar actuaciones específicas

en favor de los colectivos más vulnerables. Debe haber un piso básico lo más amplio posible de universalismo y protección social, y al propio tiempo acciones específicas orientadas a corregir aquellas inequidades en la situación de salud y en el acceso y el uso de servicios de salud que se vayan detectando.

La lógica del mercado no puede garantizar nada de esto; solo sistemas de salud de financiación y provisión mayoritariamente públicas, organizados de acuerdo con los principios de universalidad y equidad, pueden hacerlo.

Segundo punto, atención primaria y comunitaria: un pilar fundamental de la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud deberá ser el reforzamiento de la atención primaria de salud. En los equipos de atención primaria y en los centros de salud convergen muchas de las labores de salud pública, de promoción de la salud, de prevención de enfermedades, de tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, de trabajo conjunto con los servicios sociales, sobre todo con las residencias de mayores, y con el sistema educativo. Junto con la salud pública, ha sido uno de los aspectos de nuestro sistema de salud más afectados por los recortes de la pasada década. Urge revertir esta situación, detectar pronto los riesgos y los daños para la salud y prevenirlos y tratarlos de forma efectiva y personalizada, y esto depende en gran medida de la atención primaria.

La apuesta realizada en los años ochenta del pasado siglo por reformar e impulsar la atención primaria fue uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyó el Sistema Nacional de Salud español. Si la sanidad española ocupa un destacado lugar mundial por su cobertura y por los resultados en salud, a pesar de estar por debajo de la media europea en inversión per cápita en salud, se debe en buena medida a ello.

Sin embargo, a raíz de los recortes efectuados durante la crisis económica la descapitalización de la atención primaria en España fue una

realidad en el conjunto de comunidades autónomas; a lo que se sumó el insuficiente liderazgo para reorientar y reforzar este nivel asistencial, pese a algunas iniciativas valiosas como los proyectos de AP-21 de 2006 o el marco estratégico aprobado en 2019, que contienen propuestas que deberían ser consideradas.

Una de las medidas más importantes para fortalecer la atención primaria sería reorientar la cartera de servicios de modo que dé respuesta a la carga de enfermedad de la población española, desde la promoción de la salud y la prevención de riesgos de pandemias, hasta los problemas de salud de carácter crónico y los relativos a procesos de envejecimiento y dependencia. Esto implica un refuerzo de las acciones encaminadas a promover el envejecimiento activo, la rehabilitación, el control de la efectividad de los tratamientos con fármacos, especialmente en pacientes polimedicados, y otras similares; y ello tanto en el domicilio como en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad.

Estas medidas deberían llevar aparejado un incremento sustancial del número de profesionales de salud pública, por una parte, y seguramente del número de médicos de familia y de enfermeras comunitarias, por otra, así como el personal administrativo y de gestión capaz de establecer los necesarios vínculos, entre otros, con los servicios sociales y educativos de cada territorio. También sería necesario incorporar a otras profesiones, como son los farmacéuticos comunitarios, los psicólogos, los fisioterapeutas, los trabajadores sociales o los dentistas. En otras palabras, se requieren más profesionales, más competencias profesionales, más colaboración interprofesional en el marco de equipos reforzados y renovados, así como una mejor coordinación entre la atención primaria, la atención hospitalaria y los servicios sociales y el sistema educativo.

Otro de los aspectos fundamentales es garantizar la continuidad de la atención entre la atención primaria y el resto de los dispositivos asistenciales, en particular con la atención hospitalaria. La continuidad de la atención se ha convertido en uno de los mayores desafíos de los sistemas de salud. Tiene que ver con la calidad, con la efectividad y con la eficiencia de los sistemas, también con su humanización. Algunas modalidades de teleconsulta, de teleformación y de dispensación a domicilio de medicamentos para pacientes crónicos que han sido desarrolladas durante la pandemia deberían evaluarse y, en su caso, perfeccionarse y generalizarse.

En resumen, creemos necesaria una apuesta por reforzar la atención primaria que cuente con una nueva definición de criterios comunes para todo el Sistema Nacional de Salud, orientada a la planificación de necesidades de recursos humanos, con una nueva política de personal que acabe con la precariedad y reconozca el trabajo bien hecho, con una nueva propuesta organizativa que favorezca la autonomía y la coordinación con la atención hospitalaria y la atención sociosanitaria, y una nueva relación entre la atención primaria y las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad.

Tercero, salud pública: la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto una debilidad estructural del sistema de salud español que viene arrastrándose desde hace varios años y que se ha recrudecido durante la última década: la insuficiente capacidad central y autonómica en materia de salud pública. Ha sido puesta de manifiesto la necesidad de disponer de un sistema solvente de vigilancia epidemiológica y control de casos y rastreo y seguimiento de contactos para asegurar la menor transmisión posible de la infección a nivel comunitario. Pero la insuficiencia en materia de salud pública no está solo referida a la vigilancia epidemiológica y prevención y

control de enfermedades infecciosas, sino también a ámbitos más amplios de la salud pública que incluyen la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, la lucha contra factores de riesgo (como la obesidad, el tabaquismo, el uso de alcohol y drogas), las intervenciones sobre los determinantes ambientales y sociales de los problemas de salud que más nos afectan, y por último, pero no en último término, el monitoreo y el diseño de políticas y programas para reducir las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios de salud.

Desde hace más de dos décadas la Organización Mundial de la Salud viene preconizando la importancia de que las autoridades sanitarias desarrollen sus capacidades para poder desempeñar un conjunto de funciones esenciales en materia de salud pública. A ello se le suman las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado en 2005 en la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, en donde se estipula un conjunto de capacidades básicas para que los Estados miembros de la organización garanticen la posibilidad de cumplir con obligaciones a que da lugar dicho reglamento, especialmente en situaciones en las que la seguridad sanitaria mundial se ve amenazada, como es el caso de una pandemia como la que estamos enfrentando.

A lo anterior debe sumarse una revisión exhaustiva del ordenamiento jurídico en materia de salud pública para garantizar que más allá del estado de alarma se cuente con las herramientas para la protección de la salud de todos los ciudadanos. La Ley de Salud Pública de 2011 necesita ser profundizada y perfeccionada, hay que llevarla hasta sus últimas consecuencias e integrar en ella elementos que permitan una cogobernanza en materia de salud pública que nos lleve a un modelo de cooperación horizontal entre comunidades

autónomas, orquestado por el Estado central, en el que exista unicidad territorial para las grandes cuestiones en materia de salud pública.

Hay que desarrollar una importante capacidad de inteligencia sanitaria. La seguridad sanitaria se ha ido convirtiendo en un componente cada vez más importante de la seguridad de las sociedades y de la seguridad mundial. Es necesario contar con sistemas de información epidemiológica y de respuesta asistencial que sean fiables, rápidos, sensibles y transparentes. Por otra parte, los dispositivos de sanidad exterior, así como los servicios de salud pública de las comunidades autónomas, están descapitalizados y son en la actualidad muy débiles.

Para afrontar estos desafíos, además de contar con una nueva normativa como la señalada anteriormente, sería muy conveniente crear, en desarrollo de lo establecido en la Ley de Salud Pública de 2011, una agencia estatal de salud pública dependiente del Ministerio de Sanidad. Esta agencia debería contar con personalidad jurídica y presupuesto propios; su director debería ser un experto de reconocido prestigio propuesto por el Ministerio de Sanidad y ratificado por el Congreso con un mandato de duración limitada renovable por una sola vez; su personal estaría formado por profesionales y técnicos de reconocido prestigio. La agencia agruparía algunos organismos actualmente dispersos de la Administración General del Estado, por ejemplo, el CAES, el Centro Nacional de Epidemiología y los servicios de Sanidad Exterior. Su consejo de dirección debería estar conformado por expertos propuestos por las comunidades autónomas, sociedades científicas y universidades. Su misión fundamental sería producir información relevante, análisis de determinantes y riesgos, criterios técnicos y propuestas útiles para el diseño de las políticas de salud. Trabajaría con grupos nacionales e internacionales y produciría información útil para los tomadores de decisiones y para el conjunto de la

sociedad. Sería un instrumento horizontal a disposición del Sistema Nacional de Salud que funcionaría en red como una suerte de inteligencia colectiva capaz de alertar sobre los efectos de riesgos identificados y potenciales, de anticiparlos y evaluarlos adecuadamente, y de proponer soluciones basadas en la ciencia y en la mejor evidencia disponible.

Su puesta en marcha, su creación fortalecería al mismo tiempo al Gobierno y a las comunidades autónomas y enviaría una señal muy potente para dinamizar y fortalecer el conjunto de las actividades de salud pública. Este modelo existe ya en otros países, en Estados modernos que han hecho una apuesta decidida por la salud pública y que han priorizado la inversión y la organización en esta materia. Y basta citar el caso de Canadá o el caso de Inglaterra como ejemplos. En suma, se necesita una apuesta renovada y decidida por la salud pública, y ello implica fortalecer las capacidades y los dispositivos de salud pública en los niveles territoriales, autonómicos y estatales.

Cuarto, coordinación de servicios sanitarios y sociales: tal y como ha señalado la OMS y hemos evidenciado en España, las residencias de mayores están siendo uno de los protagonistas más trágicos de la pandemia de COVID-19 en toda Europa. Ello se debe a que el virus encuentra en esas instituciones un caldo de cultivo conformado por poblaciones, espacios confinados y prácticas de convivencia y de cuidados muy vulnerables. Desafortunadamente, no ha habido la suficiente claridad ni determinación mundiales para actuar de manera anticipatoria. En gran medida estas instituciones han ido por detrás de los brotes, cuando ya resultaba demasiado tarde y una proporción importante de residentes se había visto afectada. Por si fuera poco, el blindaje o sellado de estas residencias es muy difícil ante la masiva transmisión silenciosa de la COVID-19 por personas asintomáticas, especialmente los propios trabajadores

que asisten a mayores altamente dependientes con una cercanía física grande e inevitable.

Los mecanismos de garantía de calidad de la atención brindada en las residencias tanto públicas como privadas adolecen de grandes deficiencias. Por si fuera poco, una gran mayoría de las residencias de mayores carecen de una adecuada coordinación con el sistema público de asistencia sanitaria. No se ha logrado anticipar el elemento fundamental de protección frente a la tragedia que hemos presenciado: impedir la entrada del virus a las residencias y la importancia que para ello tiene el cribado periódico de quienes salen y entran en ellas, a fin de que ningún positivo asintomático sea un transmisor silencioso. Aún sigue siendo necesario blindarlas extremando las medidas de higiene, el rápido aislamiento de los casos sospechosos y sus contactos, así como suprimiendo las visitas, entradas y salidas de los residentes y siguiendo estrictos protocolos de medidas higiénicas y distanciamiento físico del personal que trabaja en ellas.

Quisiera insistir en que las residencias de mayores no son un foco de contagio, el virus les llega desde afuera. Una adecuada organización interna y el entrenamiento y protección de su personal han de constituir una tarea prioritaria de sus directivos y de las autoridades sanitarias. Y los servicios de salud pública de las comunidades autónomas tendrán que controlar sanitariamente todas y cada una de las residencias de su territorio con el apoyo de las autoridades locales y de los profesionales de atención primaria. Esto no quiere decir convertirlas en hospitales; hay que garantizar que las personas ingresadas en ellas tengan también los mismos derechos a recibir atención sanitaria que cualquier otro ciudadano español que resida en su domicilio. Y más adelante, cuando esta pandemia haya sido vencida, habrá que revisar un

modelo de atención a la vejez que incluso en las mejores instituciones se ha demostrado extraordinariamente vulnerable.

Quinto, adecuar la financiación sanitaria a las necesidades reales: si algo ha dejado claro esta pandemia es que las políticas de recortes del gasto social, incluido el gasto sanitario público, externalizaciones y privatizaciones desarrolladas en España y otros países europeos como parte de las políticas de ajuste durante la pasada crisis económica, aumentaron las inequidades y debilitaron nuestra capacidad de respuesta para hacer frente a desafíos como este y otros que pueden venir. Conviene recordar que nuestro gasto público per cápita en salud se encuentra por debajo de la media de los países de la Unión Europea con quienes solemos compararnos, y que tras los recortes sufridos durante el periodo 2010-2015 se encuentra prácticamente estancado desde hace varios años. Sin un incremento neto de este gasto per cápita mucho de lo anterior no podrá hacerse. Si algo ha quedado claro en esta pandemia es que gastar en salud no es un gasto, sino una inversión fundamental.

Los recortes experimentados en el gasto sanitario en salud pública en particular, agudizados durante la crisis financiera o tras la crisis financiera de 2008, han redundado en el debilitamiento de los recursos humanos, la infraestructura y la capacidad operativa tanto de equipos de salud pública de las estructuras centrales del Gobierno del Estado como de los departamentos de salud pública de las comunidades autónomas. Basta ver la evolución que ha tenido el gasto en salud pública del sistema sanitario español en los últimos años. Durante el periodo 2010-2014, el periodo más duro del ajuste derivado de la crisis de 2008, el gasto en salud pública pasó de 2,94 % del total del gasto a 1,95 % del total del gasto. Ha sido la función del gasto sanitario que ha experimentado la mayor tasa anual de reducción en ese periodo, de alrededor del 20 %.

Cabe subrayar que, además del descenso experimentado en los niveles de gasto, estamos ante cantidades absolutas y proporciones muy pequeñas del total del gasto del Sistema Nacional de Salud y que, en otras palabras, los recursos que hoy se destinan a la salud pública resultan a todas luces insuficientes. El sistema sanitario debería contar con recursos específicos para afrontar también la reducción de las desigualdades en salud, ubicados en un potente y renovado fondo de cohesión, como mencioné, para afrontar con recursos las estrategias que se consideren necesarias. Es necesario, por tanto, un nuevo marco de financiación que asegure la equidad y la suficiencia financiera que el Sistema Nacional de Salud no tiene ahora y que se nos ofrece como una causa esencial de sus inequidades.

Por último, sexto, el modelo de atención sanitaria: es imprescindible repensar tanto el modelo de atención como los modelos de gestión de la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud. A la contracción del gasto en salud pública a la que he hecho referencia se suma el hecho de que en el desarrollo de los sistemas sanitarios de las comunidades autónomas se ha priorizado el crecimiento del gasto en las infraestructuras hospitalarias y de alta complejidad tecnológica, pero ha sido en detrimento del gasto en salud pública.

Respecto al modelo de atención, la atención y el cuidado de las patologías crónicas seguirán siendo el factor dominante, pero los hospitales y centros de especialidades y los servicios de urgencia y emergencia tienen que estar también preparados para situaciones derivadas de la propagación de enfermedades infecciosas y altamente contagiosas. Ello implicará revisar ciertos elementos arquitectónicos, disponer de reservas e insumos críticos, contar con circuitos diferenciados, con protocolos específicos y con entrenamientos y simulacros periódicos.

Respecto al modelo de gestión, hay que garantizar un Sistema Nacional de Salud con una gestión pública ágil y transparente en la que haya opciones para la autonomía profesional y para el adecuado reconocimiento del desempeño, fomentando la calidad asistencial. Los sistemas de salud de las comunidades autónomas deberán aumentar su número de trabajadores, motivarles más, eliminar la precariedad laboral y gestionarlos y retribuirlos mejor. A ellos se suma el que hay que profesionalizar en mucha mayor medida los cargos de dirección y gestión sanitaria mediante concursos centrados en competencias, y promocionar mujeres a puestos de dirección y gestión.

Pero también habrá que acometer los desafíos que supone la gobernanza de los establecimientos de salud, la necesidad de reducir las listas de espera, el potenciar la humanización de la atención sanitaria, dar adecuada respuesta a la formación de profesionales, resolver la escasez de determinadas profesiones sanitarias, superar la práctica imposibilidad de mover personas e insumos entre los diferentes servicios autonómicos de salud, el papel de las oficinas de farmacia, la redefinición de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, la digitalización y la articulación de políticas de equidad y cohesión, entre otras.

Por su parte, la relación con la asistencia sanitaria privada debe reubicarse, tal como estableció la Ley General de Sanidad, como un complemento de la asistencia pública con criterios de calidad y transparencia.

Termino con estas consideraciones finales: estamos a punto de iniciar un proceso de reconstrucción de mediano y largo aliento para mejorar nuestro Sistema Nacional de Salud. Pero no debemos olvidarnos de que aún no hemos terminado con los esfuerzos necesarios para controlar este ciclo de la pandemia de COVID-19. Hay todavía algunas batallas cruciales que hay que

librar para consolidar lo que hasta ahora hemos venido construyendo, y tenemos que darlas de la mejor manera posible.

A corto plazo tenemos que reducir el riesgo de rebrotes de COVID-19. Y en un futuro no lejano garantizar el acceso equitativo a los tratamientos específicos y a la vacuna frente a la COVID-19 cuando estén disponibles.

Las consideraciones a las que me he referido, muchas de las cuales he suscrito junto con José Martínez Olmos y Alberto Infante Campos en diversas tribunas públicas, que os he hecho llegar con anterioridad a esta comparecencia, no agotan la lista de actuaciones que se pueden desarrollar para fortalecer y mejorar el Sistema Nacional de Salud. Son aportaciones hechas con el máximo espíritu constructivo y seguramente durante las comparecencias y los debates de este grupo de trabajo se han abordado y se seguirán abordando estas y algunas otras.

Me gustaría señalar, por último, que muchas de las ideas anteriores se han propuesto desde distintos foros durante muchos años sin que ello haya tenido suficiente eco. Pareciera como si desde hace ya bastante tiempo las políticas de salud y de atención sanitaria no hubieran tenido una alta prioridad en las agendas públicas, al darse por supuesto que el sistema de salud estaba bien y funcionaba por sí solo. Convendría no repetir ese error en lo sucesivo.

El Sistema Nacional de Salud es uno de los mayores activos del Estado moderno en España. Además de ser un buque insignia del estado de bienestar, es una de las fuentes más importantes de cohesión social y un pilar fundamental del salario social. A menudo lo damos por descontado, pero es una de las construcciones contemporáneas que más nos enaltece como sociedad y que más necesitamos preservar y poner al día.

Muchas gracias por su atención.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, doctor López Acuña. A continuación tienen la palabra los grupos parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Vasco.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Gracias, señor López, por las explicaciones dadas. En primer lugar, nuestras condolencias, las condolencias de nuestro grupo por la situación personal que a veces... El interviniente anterior hablaba de que teníamos que hablar desde las emociones y saber interpretar también esta tragedia desde las emociones saber empatizar. Y le puedo decir que aparte de este grupo de trabajo, en este Congreso hay también una Comisión de Sanidad que todas las semanas se viene reuniendo y todas y cada una de las semanas empezamos mostrando nuestro dolor por cada uno de los fallecidos, dando el pésame y las condolencias a las familias, aplaudiendo a los profesionales y mostrando nuestra enorme gratitud a la sociedad en general, que ha tenido un comportamiento ejemplar. Por lo tanto, quería empezar también por su situación personal haciendo un recuerdo a esta situación.

El documento que nos han presentado, todos los documentos son enormemente valiosos para nosotros, compartamos o no las reflexiones que se hacen. Nosotros somos el Partido Nacionalista Vasco, un partido nacionalista que apuesta fuertemente, porque considera que además los resultados son una garantía de que el Estado descentralizado ha funcionado muy bien, un Estado compuesto que ha tenido buenos resultados. De todas formas entiendo que todos ustedes han seguido el guion que desde el grupo de trabajo se les facilitó con los puntos, y tal vez sea por eso, pero a mí me da la sensación de que la dimensión europea en el contexto de una pandemia global, porque no se nos puede en ningún caso olvidar que este grupo de trabajo surge en el contexto y

está dentro de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica precisamente para dar salida, y con un periodo de tiempo de trabajo muy corto, muy corto, para dar salida y respuesta a las urgencias en ese contexto.

Entonces, quisiera pedirle si podría hacer una reflexión en cuanto a la respuesta que desde Europa debería darse. Tal vez no merezca la pena ni siquiera hacer una lectura de lo que tenía que haber sido y no ha sido. Pero qué soluciones desde la dimensión europea, porque estamos en una pandemia global. Y yo haría una pequeña reflexión: parece que las únicas *mugas*, fronteras que parece que trabajan o fortalecen, profundizan las desigualdades son las fronteras que están en el Ebro. Y hay otras fronteras que a la gente no le molesta, porque nuestro planteamiento sería: ¿por qué a la gente le parece que hay inequidades entre las comunidades autónomas y no le parece que las inequidades entre Estados de Europa también deberían salvarse? Esa dimensión.

Y por otra parte, volviendo a lo que le comentaba antes, hay muy poco tiempo para trabajar. El contexto en el que se crea este grupo de trabajo es el de la pandemia. ¿Cuál sería, si usted pudiera hacer de todas estas propuestas, insisto, comparta o no, interesantes, el cronograma o la periodificación que haría de diferenciar urgencias para responder a futuras situaciones que puedan surgir? Usted dice aquí “iniciar un proceso... no debemos olvidar que aún no hemos terminado con los esfuerzos necesarios para controlar el ciclo de la pandemia de la COVID-19”. ¿Cuáles serían las urgencias? Luego las importantes. ¿Qué deberíamos abordar a corto plazo de forma inmediata para responder a los problemas que se han detectado?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias. Por el Grupo Parlamentario Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Gracias, presidenta. Muchas gracias por sus aportaciones y la abundante y valiosa documentación, señor López.

Primero, quiero acompañarle en el sentimiento por su pérdida personal, como a otros miles de españoles que están pasando por este terrible trago.

Usted, junto al siguiente compareciente, también lo ha dicho, nos ha facilitado también abundante documentación en ese sentido. Ha desarrollado al detalle lo que tienen que ser los trabajos de esta comisión o de este grupo de trabajo para aportarlos finalmente a la comisión. Por ello le agradezco que pongan hoy su abundante y gran experiencia profesional al servicio de los trabajos de esta comisión.

El primer aspecto que destaca de sus aportaciones es poner en valor la sanidad pública. Es cierto que coincidimos con ustedes. En ese sentido abogan por la creación de una agencia española de salud pública. Nosotros coincidimos en esa propuesta. Pero, ¿qué funciones concretas? Algo ha mencionado, es cierto, de forma genérica, pero me gustaría que ahondara un poquito, no mucho porque no hay mucho tiempo, en las funciones concretas que cree que debería realizar.

Como otros muchos comparecientes, ha destacado usted que la Ley General de Salud Pública de 2011 se encuentra sin desarrollar también. Por eso le pregunto: ¿qué aspectos consideran ustedes más urgentes para desarrollar de esta Ley General de Salud Pública?

Se ha referido también al refuerzo de la atención primaria, como creo que casi todos los comparecientes que estamos teniendo en este grupo de

trabajo, por eso yo le digo: ha mencionado también algunas profesiones que deberían añadirse a este marco de atención primaria. ¿Cuáles cree más necesarias, a la luz de lo que ha acontecido en esta pandemia?

En cuanto a la dotación presupuestaria de la atención primaria, ¿en qué porcentaje del PIB actual, vamos a decirlo así, cree que debería aumentarse? ¿Qué medidas concretas también habría que adoptar en los centros de salud y en los centros hospitalarios para que estén mejor preparados ante eventuales amenazas, llámese rebrote o llámese cualquier otro tipo de amenaza sanitaria?

Sin más, no le hago más preguntas porque no hay mucho tiempo, así que gracias por sus aportaciones y su presencia hoy en el grupo de trabajo. Muchas gracias.

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

La señora **MEDEL PÉREZ**: Buenas tardes y bienvenido. Espere a ver, cómo se lo digo yo esto: mire, ha hablado de un problema de salud pública con la pandemia, ha añadido un fallo estructural que tenemos antiguo por una falta de financiación. Ese sería más o menos una parte del asunto. Mire, el problema de la financiación, yo estoy completamente de acuerdo con esto, el problema de la financiación es importante porque si no, un sistema que era bueno, un Sistema Nacional de Salud público bueno se convierte en algo inservible, en algo que no es capaz de soportar, aunque una pandemia así es difícil de soportar independientemente de la situación del sistema. Lo que yo le quiero decir es: usted dice “se necesita financiación, sin eso nada”. Pero el problema de esa financiación es que, si eso se consigue, si conseguimos esa

financiación, ¿esa financiación que vaya solamente a la gestión pública, al sistema público de gestión pública o que vaya también al sistema público, que aunque sea de titularidad pública sea de gestión privada? Porque aquí se niega, por ejemplo. Usted ha dicho “externalización y privatización aumenta la inequidad”, creo que ha dicho más o menos. Aquí es que se niega que la colaboración público-privada sea una privatización. Y me están hasta convenciendo. Efectivamente, puede que no sea una privatización, es que creo que es un fraude, porque quitar dinero público y dárselo a una empresa privada para que gestione pacientes públicos, financiados con dinero público y que si fracasa tu empresa, te rescatan, eso es un negocio redondo. Eso no es una privatización, eso es sacar dinero de un sitio para dárselo a unos señores o señoras que se lleven un beneficio a costa del dinero de todos.

Creo que el riesgo que hay es no abordar precisamente esos cambios que necesitamos, esos cambios estructurales. Porque si nos limitamos a decir “necesitamos más financiación” y no cambiamos todas estas maneras de privatización que hemos llevado hasta ahora, estas y otros problemas, nos vamos a quedar como estábamos.

Mire usted, las empresas privadas le llaman a la pública el tractor de la privada. Y tanto que es un tractor, como que sin la pública ellos no tienen absolutamente nada que hacer. Pero eso no es una privatización, eso es una desviación de dinero, pero con todas las palabras. Quería preguntarle su opinión sobre esto.

Y una pregunta que es la que le iba a hacer, pero que la he cambiado, perdonen: ¿qué opina usted del precio de la vacuna de la COVID? ¿Qué va a pasar con eso?

Gracias.

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

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Buenos días, doctor López Acuña. Me llamo Juan Luis Steegmann Olmedillas, soy médico hematólogo y he trabajado en clínica en biología molecular de la leucemia. Lo primero, reciba usted el pésame. Todos tenemos alguien que ha fallecido, pero no obstante eso no disminuye el dolor.

Nosotros creemos que la epidemia sigue. Y de hecho, el último real decreto dice que hasta que no lo diga el doctor Simón que se ha acabado la crisis sanitaria, esto sigue así. O sea que todos los comparecientes más o menos convocados por la izquierda, que son como usted, grandes profesionales... **[La señora Medel Pérez: [sin micrófono] Yo quiero hacer una protesta. No lo sé, ¿puedo?]**

La señora **PRESIDENTA**: No, no puede.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Bueno, prosigo, ¿verdad? Pues tienen una propuesta que es “miremos hacia el futuro”. Pero sin embargo, yo creo que, como digo Santayana, ¿verdad?, no se lo tengo que repetir. Y cita a Clinton diciendo *building back better*, pero *knowing back better, probably as the best*, lo mejor. Y mire, yo he aprendido mucho de usted porque yo soy hematólogo, y entonces yo he seguido sus comparencias.

La OMS ya alertó el 14 de enero a las redes hospitalarias del mundo que se preparasen para planes de contingencia. El 26 de enero de 2020 hizo unas recomendaciones sobre protección del personal sanitario. Nuestro grupo parlamentario preguntó al Gobierno por qué no las trasponía. El 6 de febrero

propusimos el cierre de fronteras con China. Y lo hacíamos porque desconfiábamos mucho de la información de China. Y de hecho, el doctor Martín Moreno, compareciente también aquí, tiene escrito que tanto la OMS como China son censurables por haber manejado con opacidad la información.

El alcalde de Cedrillas posiblemente tenía que ser nombrado consejero de la OMS, porque él lo tenía más claro. Usted ha dicho “se bajó la guardia y no se tenían planes de contingencia”, y usted recomienda reforzar la vigilancia epidemiológica, como es lógico. Y yo seguí aprendiendo con usted, porque el 31 de enero de 2020 dice “siempre hay un margen de interpretación”. Esto lo dijo en Telemadrid. Pero es evidentemente que desde hace una o dos semanas, 16 de enero de 2020, se cumplen los requisitos para considerar el brote una amenaza global de salud pública. Solamente diez días después se declaró la ESPI. “El hecho de no definir la emergencia sanitaria –dice usted, y yo lo aprendí– creó un vacío sanitario en el que los países fueron por su cuenta”. Eso lo dijo usted.

También dijo usted que el Reglamento Sanitario Internacional desde 2005 no tiene ni dientes ni músculo. Y dijo “la Organización Mundial de la Salud dio claras instrucciones en cuanto a la contabilización de casos”. Todavía aquí no sabemos conocerlo. En cuanto a los test usted tiene ideas, nosotros también, y coincidimos, pero no se mojó ni en confinamiento, movilidad, ni en medidas sociales. Y eso dijo usted. Y dijo también que mucho peor en la Unión Europea. Por lo tanto, esto de la OMS y la Unión Europea que tanta confianza... ¿No sería mejor que tuviésemos confianza con nosotros mismos? Porque usted el 13 de febrero advertía en el Centro Médico Asturiano que este virus tiene menos letalidad que otros coronavirus. No parece, pero menos que MERS sí es, ¿verdad? Pero no por ello deja de ser una amenaza verdadera, dijo usted. Y no debe menospreciarse la letalidad.

También dijo que el cierre de fronteras nunca es totalmente eficaz ante patógenos con alta infectividad, pero ayuda a contener la diseminación del virus. Y eso es lo que nosotros proponíamos. Entonces, me gustaría saber si usted sigue pensando esto.

También nosotros estábamos preocupados por ver cuándo se declara un brote epidémico, porque como he dicho antes, no nos podemos confiar, parece, de la OMS y de la Unión Europea. Y usted decía, y yo lo aprendí: “cuando empieza a transmitirse persona a persona y se va duplicando los casos prácticamente en siete días o menos”. Pues bien, antes del 5 de marzo en Madrid eran 1,3 días, en Cataluña 2 y pico. Y además había casos locales. El 5 de marzo un 53 % de casos locales.

Esto lo ha dicho usted, no yo. Y yo lo he aprendido de usted y por eso se lo he dicho también al ministro de Sanidad, he aprendido de otros. Pero a mí me gustaría saber si usted piensa todavía esto o no.

Y termino porque en lo que coincidimos absolutamente con usted – termino enseguida, señora presidenta– es en que hay que dar un gran salto en la capacidad de hacer pruebas diagnósticas, hasta alcanzar, decía usted, en marzo, en abril, 2 o 3 millones en el curso de un mes. Y usted decía que había que establecer círculos concéntricos, primer millón de pruebas a enfermos sospechosos, como se le dijo desde Vox, personal sanitario.

La señora **PRESIDENTA**: Señoría, tiene que acabar.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Termino. Personal sanitario y sociosanitario y luego, por último, terminando en las residencias. Con esto le quiero hacer solamente una pregunta: si cree usted que los expertos y la OMS han fallado tanto a nivel internacional como nacional, bueno, ¿qué me va a

decir usted! Y si cree usted que la estrategia de test, extendiéndola, como usted sugiere, que eso no está mencionado en su documento, no sé por qué, ahora me lo explicará, si usted quiere, por supuesto, si la estrategia de hacer más test en estos momentos tiene que ser la estrategia. Y con esto termino.

Muchísimas gracias, señora presidenta. Muchas gracias, doctor López Acuña.

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

El señor **ECHÁNIZ SALGADO**: Muchas gracias, coordinadora. Muchas gracias al compareciente, don Daniel López Acuña.

Doctor López Acuña, el 13 de febrero, en esa misma comparecencia en Asturias usted ponía de manifiesto que usar mascarillas no tiene ningún sentido, que no se debe entrar en una espiral de pánico infundado.

Yo creo que los países que mejor lo han hecho han sido los que, como decía mi compañero de Vox, más test han hecho y más medidas preventivas han ido adoptando a lo largo de los meses.

También usted decía sobre el Mobile que no había riesgo sanitario ni moderado ni alto para celebrar en Barcelona ese evento, un evento que hubiera agrupado en la ciudad condal a más de 6000 personas viajando en metro, comiendo en los restaurantes, conviviendo en hoteles, muchos de ellos, una parte muy importante de esas 6000 personas, procedentes de Asia en aquellos momentos, estamos hablando de mediados de febrero. Y decía también que no había que suprimirlo porque era llevar las cosas demasiado lejos.

Y la pregunta que se le ocurre hacer a alguien que también es médico y que conoce de epidemiología y que ha tenido responsabilidades de gobierno es: ¿usted mantiene todas esas palabras hoy como responsable de la OMS?

Porque claro, lo que usted ha contado hoy aquí está muy bien. Al final es un relato de las distintas reformas que en España están sin hacer desde hace treinta años, casi desde el informe Abril. Y todo esto está fenomenal. La pregunta es: desde el punto de vista sanitario, epidemiológico, ¿hemos acertado? Porque si no hacemos un buen diagnóstico en este momento, podemos hacer un mal tratamiento. Y estamos en un momento en esta comisión donde precisamente de lo que se trata es de hacer un buen diagnóstico.

Y me gustaría, aprovechando su experiencia como epidemiólogo y experto de la OMS, saber su opinión sobre el virus. ¿Este es un virus de transmisión animal-humano, de murciélago a pangolín, o es una mutación? ¿O es un virus generado en un laboratorio? Me gustaría conocer su opinión. Y también cuál ha sido la labor de la OMS, tan criticada estos días quizás por su falta de diligencia en alertar suficientemente fuerte a los gobiernos, especialmente al español, sobre lo que venía. Es curioso que no se produjeran contagios en el resto del continente asiático, especialmente en China, desde Wuhan a otras regiones del propio país, y sin embargo sí a occidente. Me gustaría conocer sus consideraciones sobre este extremo, que me parece extraordinariamente importante.

El otro día en esta misma comisión el doctor Bouza nos decía que los microbiólogos italianos llamaban en febrero para alertar de que la COVID era horrible y que la gente se moría como chinches. ¿Usted cree sinceramente que el Gobierno, a tenor de los resultados que tenemos en este momento en

fallecidos, en contagiados, en profesionales sanitarios infectados, actuó suficientemente de forma diligente y apropiada?

A raíz de cómo se han efectuado las compras aquí y en otros países, luego lo haré, si me da tiempo, de Italia, de cómo está aprovechando los nuevos instrumentos financieros de la Unión Europea desde ya para sus empresas y cómo lo está haciendo el Reino de España, ¿cree que esas compras fueron adecuadas, hechas de una forma diligente? Cuando la Fenin presenta al ministerio una lista de empresas serias, responsables, con todas las certificaciones, con la capacidad necesaria y suficiente para hacer esto y no se tiene en cuenta y se compra a empresas intermediarias, chiringuitos todos relacionados con el área de Cataluña, de donde procede el ministro de Sanidad, ¿le parece esto razonable?

¿Le parece razonable que todos los laboratorios veterinarios y de otras especialidades sanitarias de nuestro país no hayan realizado PCR, no hayan trabajado en red para aumentar la capacidad diagnóstica en los momentos críticos de la materia?

¿Le parece razonable que durante el confinamiento los laboratorios cerraran, los investigadores no pudieran ir a sus laboratorios, como denunció el doctor Barbacid, para poder seguir investigando en las líneas necesarias para el abordaje de esta cuestión?

En cuestión de gobernanza me gustaría conocer cómo cree usted que en un Estado tan descentralizado como es España, con competencias sanitarias en comunidades autónomas, cómo se deben de cara al futuro reforzar las capacidades del ministerio, y también cómo ha funcionado el mando único, a su juicio.

También su opinión sobre la situación en la Unión Europea: como sabe usted, la Unión Europea no tiene competencias en salud pública, pero la Unión

Europea tiene un Tratado de Funcionamiento en cuyo título 14, el artículo 168.5 dice que el Parlamento Europeo y el Consejo pueden adoptar medidas de fomento destinadas a proteger y mantener la salud humana, y en particular a luchar contra las pandemias transfronterizas. ¿Cuál o cómo considera que ha sido la actuación de la Unión Europea también en esta materia en relación con lo que han hecho otros organismos multilaterales, como la Organización Mundial de la Salud?

¿Qué le parece la dimisión del presidente del Consejo Científico de la Unión Europea en un momento tan crítico? Parece una cosa extraña que en el momento máximo del pico de la epidemia el máximo responsable de la ciencia en Europa dimitiese.

Me gustaría también conocer su opinión respecto de las ayudas necesarias en la sanidad de esta triple red de seguridad y del proyecto *New Generation*, que sin contar lo que aportará el Banco Europeo de Inversiones supone 180 000 millones de euros para España.

Las autoridades europeas apuntan a una agenda...

La señora **PRESIDENTA**: Señor Echániz, tendría que finalizar.

El señor **ECHÁNIZ SALGADO**: Termino, coordinadora. A una agenda compartida del sector público con el sector empresarial. ¿Cómo casa esto con algunos discursos antiempresariales que se están escuchando en esta comisión respecto a la recuperación?

Y por último, me gustaría también conocer su opinión respecto a la implicación de la situación económica, una caída del 15 % del PIB apunta una caída del empleo hasta un 25 % de paro y tres años de salida de la crisis para

que la recaudación no vuelva a caer como en el año 2008 y volvamos a tener un problema de ingresos que dificulte la financiación de la sanidad.

En el año 2008 hasta el año 2011 se cayeron 16 000 millones de euros y por tanto hubo mucho menos dinero para dedicar a la sanidad a partir del año 2011. Me gustaría saber cuál cree, a su juicio, que es la implicación fiscal y de recaudación que en este momento puede tener las arcas del Estado para poder tener dinero suficiente para la sanidad.

Muchas gracias y nada más.

La señora **PRESIDENTA**: Gracia. Es el turno de la representante del Grupo Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias, presidenta. Doctor López Acuña, bienvenido a este Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública. Bienvenido a esta Comisión para la Reconstrucción Social y Económica de España. Quería agradecerle que ponga a nuestra disposición su experiencia y su conocimiento, como han hecho el resto de los comparecientes. Desde luego que nosotros se lo agradecemos porque vamos a utilizar esta comisión para intentar acordar entre todos construir unos pilares para mejorar la sanidad. No vamos a utilizar esta comisión ni vamos a caer en la confrontación ni para juzgar las actuaciones de nadie. Nosotros estamos aquí precisamente para buscar acuerdos en bien de la sanidad pública de nuestro país y de todos sus profesionales y de toda la ciudadanía.

Me gustaría hacerle brevemente tres preguntas. La primera es: ¿qué aspectos piensa usted que han condicionado en las primeras semanas la respuesta de la OMS en su relación con el Gobierno de China? Y si hay aspectos que hayan podido influir en la repuesta de la propia OMS.

Ha mencionado usted las residencias de mayores: ¿podría profundizar un poco más en qué hay que hacer para reforzarlas, para reforzar nuestras residencias de mayores?

Y la última pregunta es: ¿cómo cree usted que hay que abordar el tema del acceso a la vacuna si finalmente se puede disponer de ella y cuál sería el papel de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea en este sentido?

Muchísimas gracias, doctor López Acuña.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias. Doctor López Acuña, tiene usted la palabra. Gracias.

El señor **EPIDEMIÓLOGO EXDIRECTIVO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)** (López Acuña): Muchas gracias a sus señorías por sus preguntas, y a tratar de responder de una manera muy rápida porque tenemos poco tiempo y el número de preguntas es tal que si me detuviese en el detalle de todas y cada una de ellas, pues podríamos estar aquí hasta la media noche, y ciertamente no es mi intención trasnocharles de esa manera.

Primero, agradezco a todos aquellos que lo expresaron, a todas aquellas que lo expresaron las condolencias con respecto a mi pérdida personal, y las valoro altamente. Muchas gracias.

Segundo, quisiera, porque esta fue una pregunta que surgió ciertamente por el Grupo Parlamentario Vasco, pero también se repitió después por parte de otros grupos, hablar un poco de la dimensión europea en la respuesta y en la reacción ante la crisis y en los procesos de reconstrucción. Yo creo que nos queda muy claro a todos que hace falta mucha mayor capacidad de acción

colectiva de parte de la Unión Europea en materias que tienen que ver con la seguridad sanitaria europea, en el marco de lo que tenga que acontecer, con relación a la seguridad sanitaria mundial, en el marco de la Organización Mundial de la Salud.

Yo creo que el freno para actuar ante la ausencia de mandatos explícitos de intervención en materia sanitaria es algo que tiene que ser revisado y que lo está diciendo mucha gente, muchos europeístas y muchas personas que creen que la Unión Europea tiene que estar en un permanente perfeccionamiento de sus acciones y sus instrumentos. Yo creo personalmente que la acción colectiva de la Unión Europea en la fase de respuesta inicial en Europa a la pandemia se quedó corta. En parte fueron elementos de infravaloración y en parte fueron elementos de excesiva cautela con las soberanías nacionales. Ahí podemos entrar en una discusión de los mandatos, de los tratados, de hasta dónde se llega, de hasta dónde no se llega. Yo creo, y lo digo para propósitos mundiales y para propósitos europeos, que uno tiene que medir la efectividad de los instrumentos por las acciones que acontecen. Y yo creo que se podía haber ido más lejos en la toma de decisiones comunes con respecto a las medidas de restricción de la movilidad, de la respuesta conjunta, de los protocolos más implicados desde más tempranamente, y que es algo que a futuro España es importante que plantee en el marco de la Unión Europea y que apoye la construcción de una mayor efectividad en materia de seguridad sanitaria.

Creo que también algunos de los mecanismos de compra consolidada o de compra conjunta pueden ser utilizados y pueden ser perfeccionados en el ámbito europeo, y que hay que jugar esa baza, que hay que apostar por ese propósito. Y esto implica tener una actitud muy vigilante de los desarrollos que a la luz de la pandemia se produzcan en el quehacer europeo, no

únicamente en el quehacer nacional, sino también en el quehacer europeo, y yo diría en el quehacer mundial con respecto a la Organización Mundial de la Salud.

La Unión Europea tuvo una acción un poco más concertada, a mi modo de ver, en la elaboración de un marco común para la desescalada o para el desconfinamiento que buscaba tener un poco más de armonía o unicidad en las medidas de los distintos Estados miembros. Yo creo que eso es un buen signo, una buena reacción que todavía puede ser profundizada, y creo que debe proseguir así el tema, sobre todo de cara, ya no solo a la lucha ante este ciclo epidémico, sino de preparativos para un eventual futuro ciclo epidémico o el surgimiento de una nueva pandemia. Yo creo que toca a la Unión Europea, como toca a la Organización Mundial de la Salud, plantarse a profundidad en una revisión estratégica de cara hacia el futuro, el tener instrumentos más acordes con la complejidad que suponen pandemias que no respetan soberanías nacionales ni territorios específicos.

En cuanto a una pregunta que también surge en varios grupos, del cronograma de las medidas urgentes: me gustaría ponerlo en términos muy..., también el Grupo Parlamentario de Vox hizo algunas preguntas a este respecto, en fin, trato de dar una respuesta unificada a estas preguntas; a ver, definitivamente como epidemiólogo y como no responsable actual en la OMS, yo me jubile en la OMS hace cinco años, yo soy un consultor independiente y doy mi punto de vista, pero como epidemiólogo y con la experiencia propia de la Organización Mundial de la Salud que he tenido, sí diría que es más que evidente que el virus no ha desaparecido, que el virus está ahí, que no podemos pensar que porque llegemos a una fase equis de desescalada o a la nueva normalidad, o incluso al agotamiento de las curvas epidémicas en los países que hoy son epicentro y que no están en Europa, sino que están en

América, en los Estados Unidos, en India, en Irán y posiblemente en África, aunque no lo conozcamos del todo, no podemos pensar que esto ha desaparecido, sería tapar el sol con un dedo. Yo creo que a nadie se le puede ocurrir en su sano juicio tener un discurso triunfalista de desaparición del virus, incluso como en algún momento mencionó un médico italiano de Milán, que decía “*il virus non esiste più*” (ya no existe el virus, ya se acabó el virus). No, el virus está ahí. Por fortuna tenemos un ciclo epidémico en Europa que va en descenso, con muy poca transmisión pero con riesgos de rebrotes.

Entonces, ¿por qué digo esto? Porque el corto plazo debe hacernos, insistiría en lo que he venido diciendo repetidamente, no bajar la guardia, estar muy pendientes de los potenciales rebrotes que pueden producirse por importación de casos ante la apertura de fronteras, que pueden producirse por expresión de transmisión residual que recupera la transmisión comunitaria en la medida en que asintomáticos positivos puedan introducir el virus en residencias geriátricas o en comunidades hospitalarias, quiero decir en establecimientos hospitalarios, de asistencia sanitaria, o simplemente entre personas en núcleos no protegidos.

Entonces, ¿a qué nos lleva esto? A que tenemos que estar muy vigilantes con las acciones de reforzamiento de la vigilancia epidemiológica en estos momentos en todas las comunidades autónomas, en concierto y en unicidad con una posición del Estado para poder (yo lo he dicho en términos muy simplistas) apagar cualquier fuego a la menor chispa que se produzca, detectar los casos, seguir o rastrear los contactos, hacer las pruebas de PCR a las personas que son contactos de los casos, de modo que podamos aislar asintomáticos positivos.

Yo sigo manteniendo lo que se citaba que dije en varias ocasiones de que había que hacer un modo importante de pruebas, que a mi modo de ver en

ese momento rondaba los 3 millones de pruebas, en una estrategia de círculos concéntricos. Me parece que esa era la estrategia, no solo para España, para todos los países de Europa e incluso para otros países del mundo, y que es la manera para poder cortar la cadena de transmisión interrumpiendo la transmisión por asintomáticos positivos. Hago una aclaración: no haciendo test masivos a toda la población, eso no tiene solidez epidemiológica, eso se cae por sí solo ante una seroprevalencia que tenemos, como la hemos visto en la encuesta de seroprevalencia, de 5 %. Todo depende de a qué le llamemos masivo, por supuesto. Pero si pensamos que masivo es hacerle el test a toda la población de España, sería un desperdicio de esfuerzos, recursos y que no reeditaría beneficios. Hacer 3-4 millones de pruebas dirigidas, bien focalizadas a los trabajadores de primera línea, a los trabajadores sanitarios, a los trabajadores sociosanitarios, a los residentes en residencias geriátricas, a las personas que son sospechosas y contactos de los casos, ahí sí que tiene todo el sentido del mundo. Y ojalá que muchos países del mundo hagan esto, porque no lo están haciendo. Y ojalá –y lo digo con toda tranquilidad y franqueza, y lo puedo sostener así en cualquier foro– se impliquen más las recomendaciones de la OMS y del Centro de Control de Enfermedades de Europa para plantear las cosas de esta manera.

Entendamos una cosa, y esto yo creo que hay que entenderlo todos y por eso no vienen al caso las caracterizaciones a toro pasado: hay que juzgar las cosas en el momento de la evidencia. Estamos ante un virus nuevo, ante una enfermedad nueva, ante un proceso inédito, ante procesos de control, como el propio confinamiento y la reducción de la movilidad, que sí se habían usado en la gripe española de principios del siglo XX, pero que son hasta cierto punto inéditos y no hay un manual de procedimientos a seguir de la “a” a la “z” en el mundo. Que los países están revisando evidencias, lo ha hecho la

OMS, lo ha hecho el Centro de Control de Enfermedades Europeo, por ejemplo con relación al uso de mascarillas. Léanse las recomendaciones que planteaba la OMS en enero o febrero y léanse las recomendaciones que revisó en abril, mayo en razón de nueva evidencia científica que se generaba sobre la transmisión. En fin, podríamos abundar mucho más, pero creo que...

Entonces, corto plazo: asegurarnos que tenemos todo para la vigilancia epidemiológica reforzada, que hay una reserva elástica para la infraestructura de asistencia sanitaria, y fortalecer la pedagogía social para la responsabilidad individual, para mantener las distancias y el uso de elementos de protección. E ir construyendo en el mediano plazo y en el largo plazo, a medida que se establezca una agenda clara, las propuestas tales como las que hemos planteado de fortalecimiento de la salud pública, de la atención primaria, de reforzamiento del gasto, de coordinación sociosanitaria, pero con calendarios muy específicos y no solo con consideraciones generales.

Con respecto a una pregunta que me hizo el Grupo de Ciudadanos con respecto a los contenidos que podría tener una agencia española de salud pública, y me agrada saber que lo ve de la misma manera, como un ente que podría ser altamente instrumental al objetivo de desarrollar la salud pública, yo recordaría las funciones esenciales de salud pública que han sido acordadas por la Organización Mundial de la Salud, que son once. Y vamos, *mutatis mutandis* eso es prácticamente lo que hay que darle como cuerpo y contenido a una agencia. No son inventos de nadie ni de ningún grupo en particular, hay todo un conocimiento mundial, una preocupación por los Estados miembros de las organizaciones a este respecto; monitoreo y análisis de la situación de salud de la población; vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; promoción de la salud; participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud; desarrollo de políticas, planes y

capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos de salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria; regulación y fiscalización en salud pública; evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios; desarrollo de recursos humanos en salud pública; garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública; y preparativos para enfrentar emergencias y desastres en salud, y acciones de respuesta para mitigar su impacto.

Con mucho gusto, con posterioridad puedo hacer llegar más documentación a este respecto. Además es un tema que he trabajado por muchos años en distintos país midiendo la capacidad de las administraciones para poder desempeñar estas funciones como una manera de ayudar a reforzar ese desarrollo en materia de salud pública. Y ojalá se pueda dar un desarrollo de esa naturaleza en España.

Bueno, muy rápidamente, con relación al tema del financiamiento: a ver, reconozcamos algunas cuantas cosas que son como muy básicas. Estamos ante una sociedad que ha envejecido notablemente, con una carga de la enfermedad mucho mayor, con una serie de necesidades y demandas de atención sanitaria que han crecido notablemente en razón de esta carga de enfermedad y de esta evolución demográfica. Estamos ante una complejidad tecnológica mayor y estamos ante retos de salud pública que hemos visto que necesitamos estar más preparados para desarrollarlos. La consecuencia es o invertimos como sociedad más en salud, porque no estamos ni siquiera en los niveles de inversión que se está en estos momentos como media europea, porque hemos hecho mucho con el nivel de inversión que tenemos y con el sistema sanitario que tenemos, pero tenemos que *aggiornarlo*, tenemos que actualizarlo y tenemos que ponerle recursos, porque lo que hay que hacer hoy

cuesta más, porque nuestras poblaciones requieren soluciones más complejas, tecnológicas, farmacéuticas, de atención sanitaria, de dispositivos de atención primaria, de salud pública.

Entonces, yo creo que aquí es el tipo de cosas en donde comienza un pacto de Estado. ¿Estamos o no estamos en que necesitamos darle un empuje a la sanidad en España, y que necesitamos o no incrementar el financiamiento y que necesitamos hacer lo necesario para incrementar ese financiamiento? Por supuesto, no es la materia de este grupo de trabajo ni es mi materia, pues esto también requerirá examinar elementos de la fiscalidad para garantizar esos recursos. Pero lo que no podemos es pensar que vamos a hacer más con menos, o con lo mismo que tenemos hoy. Y hoy sí que se impone una solución de esta naturaleza.

Creo que tengo dos minutos más para concluir, y lo trato de hacer.

Yo creo que es también muy importante ponernos en la tesitura y en la comprensión de qué significan los instrumentos internacionales de regulación sanitaria. Yo dije, en efecto, en enero, y lo repetiría hoy, que la OMS se estaba tardando en declarar la emergencia sanitaria de carácter internacional y que me parecía que había ya los elementos. Esto lo dije una semana antes de que se declarara la emergencia, es decir, pasó solo una semana a este respecto. Y esto tiene que ver con la dinámica del Reglamento Sanitario Internacional. Aquellos de ustedes que conocen la gobernanza de la Organización Mundial de la Salud y del Reglamento Sanitario Internacional saben que es un elemento vinculante, pero que es un elemento que depende de la cooperación de los Estados miembros, y que la OMS no es una Interpol sanitaria que pueda intervenir a su libre albedrío. No lo es. Eso está en la constitución. Eso, los Estados miembros así la han hecho. Entonces, emite una declaración de una emergencia sanitaria de carácter internacional y emite recomendaciones. Y

son los países los que lo siguen o no. Desde mi punto de vista, y lo he dicho desde que estoy en la OMS, me parece que hay que darle más fuerza –a eso me refería con más músculos y más dientes– al Reglamento Sanitario Internacional, porque quizás es un instrumento insuficiente para las pandemias de hoy. Pero eso implica una cosa: ceder soberanías nacionales, y no todos los Estados miembros están en esta tesitura.

El mundo de hoy tiene riesgos globales, necesita soluciones globales. Tenemos que entender eso, y sí me parece que en la medida en que se tardaba la decisión de declararla como emergencia de salud pública de trascendencia internacional se perdía la posibilidad de tener un liderazgo, y por eso dije “se crean vacíos de autoridad sanitaria” con relación a otros sectores, desde el transporte aéreo hasta el comercio o hasta el cierre de fronteras. Pero insisto, aquí tenemos que mirarlo todo en un marco muy amplio de gobernanza mundial y transformar esos instrumentos. A mí sí me gustaría ver más definición, decisividad de algunas de esas medidas, de los instrumentos europeos o mundiales para beneficio de los países miembros de carácter individual.

Creo que voy a terminar simplemente diciendo dos cosas muy puntuales. Con las residencias de mayores tenemos que entender bien el problema que hemos tenido para entender bien cómo lo debemos resolver. Ahí seguimos teniendo un talón de Aquiles, pero no por las residencias en sí mismas, sino por la vulnerabilidad de la población de las residencias cuando el virus se introduce. Entonces, ahí está el verdadero corazón del problema: ¿qué hacemos para no introducir el virus en las residencias y para tener los mecanismos en el interior de las residencias y en los cuidados de los residentes que no nos dinamiten una transmisión? Y por eso hemos visto que algunos de los rebrotes que se han producido en algunas comunidades

autónomas son rebrotes que tienen que ver con las residencias sanitarias. No consideremos que es un capítulo cerrado, creo que es un capítulo que debemos empezar a abrir para trabajar.

Y termino con el tema que señalaba el Grupo Parlamentario del PSOE del acceso a la vacuna, la OMS, la Unión Europea. Yo estoy convencido de que la vacuna para un agente infeccioso que genera una pandemia debe ser un bien público global. Y un bien público global se gestiona con un mecanismo de gobernanza de bienes públicos globales que no introducen la lógica de los bienes privativos o de los bienes particulares. Esto no quiere decir que nadie tenga que perder recursos ni qué subsidiar, simplemente que el mecanismo que garantice el acceso a la vacuna o a los tratamientos tiene que ser hecho con una lógica pública de acceso universal; y aquí yo diría que los Estados miembros, España y los demás, tienen que jugársela, mojarse en el debate que se produzca en la Unión Europea y en la Organización Mundial de la Salud para que todo lo que pueda hacerse para encaminar el uso de la vacuna como un bien público global se haga. Yo creo que nos queda muy claro, si ya hemos visto las inequidades en cómo la COVID-19 ha golpeado a las poblaciones, cómo serían las inequidades si se dejasen únicamente a las fuerzas del mercado que permitiesen comprar la vacuna al que tiene recursos. Y eso sería simplemente un delito de lesa humanidad. Creo que hay que garantizar cómo hacer que esta vacuna llegue a todos básicamente.

Muchas gracias y perdón por la extensión.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, doctor López Acuña. Muchísimas gracias por su presencia y por sus aportaciones. Y como le han dicho y trasladado algunos de los portavoces en la sala, le damos nuestro más sentido pésame y muchísimas gracias por su presencia.

**COMPARECENCIA DE DON JOSÉ MARTÍNEZ OLMOS,
PROFESOR DE LA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA Y
EXSECRETARIO GENERAL DE SANIDAD**

La señora **PRESIDENTA**: Continuamos con la sesión con la comparecencia de don José Martínez Olmos, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Muchísimas gracias por haber acudido a esta llamada del Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica.

Muchas gracias, tiene usted la palabra.

El señor **PROFESOR DE LA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA Y EXSECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Muchas gracias, presidenta. Buenas tardes, quiero que mis primeras palabras sean para agradecerles que hayan tenido a bien a convocarme a esta comisión. Para mí es todo un honor y un reto. Y es un honor sobre el que espero estar a la altura para contribuir con mis modestas aportaciones y ayudar en el importante objetivo que se han marcado ustedes de lograr un consenso político sobre la reconstrucción social y económica a partir de las consecuencias derivadas de la crisis de la COVID-19.

También quiero mostrar mi pesar por el fallecimiento de los miles de personas que han perdido la vida a causa de esta infección y mandar un abrazo afectuoso a sus familiares como muestra de mi solidaridad. Sin duda no puedo dejar de mostrar mi pesar por aquellos profesionales sanitarios, pero también por otros muchos servidores públicos que han perdido la vida estando al frente de la lucha contra esta pandemia.

Señorías, dado que aún se está bajo el impacto de la pandemia y que es previsible que aún haya que seguir priorizando, al menos en parte, las actividades del sistema sanitario a los desafíos que ofrece la pandemia por la COVID-19, una parte de las acciones para la reconstrucción social y económica de España en el ámbito de la sanidad y la salud pública se debe orientar hacia una serie de medidas que permitan afrontar de forma solvente las siguientes etapas que la evolución epidemiológica nacional e internacional nos vayan imponiendo.

Así, conviene señalar que aunque el estado de alarma vigente en España tiene fecha de caducidad, en unos pocos días la declaración de pandemia por la OMS sigue vigente y ello obliga al Reino de España, en base al Reglamento Sanitario Internacional, a asegurar ante el resto de países y ante la Organización Mundial de la Salud un conjunto de respuestas coordinadas en el marco de las recomendaciones que en cada momento se vayan estableciendo por dicho organismo. Y en España, aun cuando las competencias de mando sanitario están volviendo al nivel de cada comunidad autónoma, debe tenerse en cuenta que asegurar la igualdad de todos los españoles en la protección a su salud y superar las incertidumbres que la pandemia por la COVID-19 ofrece todavía a los ojos de la ciencia y de los expertos requiere un enorme esfuerzo de coordinación que interpela por igual al Gobierno de España y a los gobiernos de las comunidades autónomas.

En este sentido, considero necesario abordar bajo esos parámetros de coordinación y cooperación institucional una serie de acciones para asegurar las mejores respuestas en aspectos como los siguientes.

Uno, definición de un adecuado y eficaz sistema de vigilancia epidemiológica que permita monitorizar la evolución de la pandemia en los niveles central y autonómico y anticipar las medidas preventivas o responder

con las medidas paliativas necesarias; ahora es clave prevenir y detectar los brotes. Este sistema debe ser capaz de recoger información en tiempo real con variables de análisis alineadas con los requerimientos internacionales, nacionales y autonómicos que en cada momento se necesiten.

Dos, hay que proceder a la definición de los criterios, los contenidos y los procedimientos de gestión y logística para la urgente adquisición por parte del conjunto del Sistema Nacional de Salud de una reserva estratégica de materiales de protección y de los equipamientos médicos necesarios para afrontar una eventual reactivación de la actual pandemia en los próximos meses, como otras alertas sanitarias que pudieran producirse en el futuro, estableciendo también para esos mismos fines los procedimientos necesarios para garantizar el suministro de medicamentos esenciales.

Tres, conviene definir los criterios comunes para la planificación de la vuelta a la actividad académica en los diferentes niveles educativos; planificación con criterios que contemplen diversos escenarios epidemiológicos para garantizar la seguridad sanitaria de los estudiantes de todos los niveles, evitando brechas en la formación que puedan afectar al derecho básico de cualquier alumno o alumna en cualquier lugar del territorio del Estado.

Cuatro, hay que asegurar el establecimiento de unos procedimientos de prevención y de control de la protección a la salud de las personas en situación de vulnerabilidad, y en especial de las que se encuentran institucionalizadas en residencias de mayores o en residencias de personas con discapacidad, cuidar su presente y preparar el otoño y el invierno próximo.

Cinco, hay que proceder a la definición de las estrategias preventivas adecuadas para el conjunto de personas en riesgo ante la tradicional epidemia de gripe común y valorar las necesidades de protección, vacunar con criterios

comunes y con los recursos necesarios para evitar inequidades que perjudiquen el derecho a la aportación de la salud de dichas personas.

Seis, hay que elaborar estrategias para la recuperación de los tiempos de espera en las actividades programadas afectadas por la pandemia, al haber tenido que paralizar la práctica totalidad de dichas actividades en el ámbito asistencial, diagnóstico y quirúrgico, que ha afectado casi en su totalidad a pacientes con enfermedades y dolencias crónicas. Incluso puede ser conveniente definir tiempos máximos de espera orientados a asegurar niveles y criterios de calidad que se puedan aplicar con equidad en todo el territorio. Creo que no nos valen los tiempos máximos acordados hasta ahora.

En este objetivo se debe contar con la sanidad privada. Creo, al igual que ha expresado aquí el doctor Abarca, que se debe promover un marco estable de colaboración entre el sector público y el privado. Debemos recuperar la confianza mutuamente, con transparencia y haciendo realidad el principio de complementariedad establecido en la Ley General de Sanidad.

Y finalmente, en séptimo lugar, hay que elaborar una estrategia coordinada en el conjunto del Sistema Nacional de Salud para la eventual adquisición y aplicación de las dosis necesarias de la vacuna frente a la COVID 19 para que, en caso de disponer de vacuna eficaz, los ciudadanos españoles puedan beneficiarse de la protección de la vacuna. Hay que planificar la organización de los servicios, los criterios para la priorización de las poblaciones en función de sus riesgos. Y hay que trabajar con base a un acuerdo de las administraciones sanitarias para desarrollar un acción eficaz en el ámbito de la Unión Europea y de la Organización Mundial de la Salud, que son los marcos donde nos podemos y donde tenemos que centrar para conseguir el acceso a la vacuna con criterios de equidad respecto a otros países.

La gestión de todos estos aspectos pendientes requiere coordinación y consenso político y técnico. Considero que deben plantearse ustedes la necesidad de recomendar en sus conclusiones la creación de un comité de expertos para asesorar a las administraciones sanitarias en todos estos asuntos en los que el órgano competente tendrá que tomar decisiones. El órgano competente será el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Todavía estamos bajo la pandemia.

Señorías, para abordar el objetivo de reconstruir y reforzar la sanidad y la salud pública desde el consenso político tal como se ha planteado al crear esta comisión se requiere un enorme esfuerzo de generosidad por parte de todos ustedes. Se requiere también un reconocimiento de las muchas fortalezas que tiene nuestra sanidad pública, pero también de las debilidades que hace tiempo que se han puesto de manifiesto, aunque con esta pandemia probablemente se han puesto más a la luz de todos los ciudadanos.

Es necesario el consenso político para hacer factibles las reformas necesarias que deben tener un horizonte temporal de medio y largo plazo en el marco de una nueva planificación estratégica para los próximos veinte años que actualice los objetivos del sistema sanitario público a la luz de las nuevas necesidades que tiene la sociedad española. Los elementos sobre los que puede y debe basarse el eventual consenso político dependen, desde luego, de lo que ustedes consideren prioritario, dado que es un espacio que corresponde a su responsabilidad y a su soberanía.

En aras de generar propuestas que ustedes puedan considerar, me atrevo a trasladarles una serie de reflexiones y consideraciones desde la mayor modestia posible. Buena parte de estas reflexiones y propuestas, las que ha realizado el doctor López Acuña hace unos momentos, son compartidas por mí, y de hecho les hemos trasladado a ustedes documentación relativa a varias

tribunas de opinión que hemos firmado conjuntamente junto al doctor Alberto Infante.

Tengo que señalar que mis propuestas tienen como fundamento el respeto y la convicción de la idoneidad del actual modelo de Sistema Nacional de Salud descentralizado. Se ha mostrado como una de las mejores aportaciones del periodo democrático iniciado con la Constitución de 1978 a la equidad, a la convivencia y a la cohesión social de España. Ha sido una inversión rentable desde todos los puntos de vista. La sanidad pública es una inversión rentable para la sociedad. Y mis propuestas deben entenderse desde el más estricto respeto a las competencias de cada administración, la Administración General del Estado y las administraciones autonómicas.

Las acciones a desarrollar en los próximos años tienen que orientarse todas ellas a asegurar la protección de la salud con equidad, con los más altos estándares de calidad, con adecuados niveles de coordinación institucional y con garantía de eficiencia en el uso de los recursos públicos y de sostenibilidad en las cuentas públicas.

Voy a trasladarles algunos de los retos a los que el sistema de salud tiene que enfrentarse en los próximos años, entre varios, pero yo les quiero señalar al menos los siguientes: en primer lugar y en relación con el fortalecimiento de la salud pública, los desafíos habituales y aquellos que se derivan de situaciones como la pandemia de la COVID-19 y otras eventuales pandemias que puedan ocurrir en el futuro requieren cuando menos el desarrollo de la vigente Ley General de Salud Pública. Aunque yo me atrevería a recomendar ir un paso más allá en relación al centro estatal de salud pública que contempla la ley no desarrollada, y proponerles a ustedes que reflexionen sobre la conveniencia de crear una agencia de salud pública dotada de los recursos adecuados, dirigida en clave de cogobernanza entre el

Ministerio de Sanidad y las consejerías de salud de las comunidades autónomas.

En lo que se refiere al ejercicio de las competencias que le corresponden al Ministerio de Sanidad en este ámbito, creo que ustedes deberían plantearse valorar una mejor dotación de profesionales y medios técnicos y mejorar los mecanismos de cooperación entre ministerio y comunidades autónomas. Me refiero a más profesionales, más medios para el Ministerio de Sanidad, que ha sido descapitalizado en los últimos años.

Hay que plantearse prestigiar la actividad profesional en materia de salud pública. Hoy es evidente la importancia que tienen las actividades profesionales en este campo para buena parte de la población. Y aunque el éxito en salud pública es mayor cuanto mejor funciona la prevención, y por tanto cuanto más invisible es su tarea, hay que poner en valor esta área de conocimiento y de práctica profesional de la salud. En este sentido creo que hay que asegurar también un sistema de vigilancia epidemiológica común para todo el sistema sanitario, que en el caso de las alertas sanitarias de carácter internacional o aquellas que son de carácter nacional, vean el caso del verano pasado con el brote de listeriosis, permita a todas las autoridades sanitarias la medición de la evolución de cualquier alerta en tiempo real, pudiendo nutrirse *online* de los datos clínicos de la historia de los pacientes y de todos aquellos datos y variables que se consideren adecuados en función del problema de salud al que haya que enfrentarse en cada situación.

Apostar por la potenciación de la labor de las escuelas de salud pública también es algo fundamental, porque deben formar parte de la red del Sistema Nacional de Salud para apoyar las estrategias prioritarias e incluso para formar los directivos de nuestros servicios sanitarios.

En segundo lugar, el Sistema Nacional de Salud tiene que redefinir su ruta y su orientación hacia la prevención, hacia la cronicidad y hacia la coordinación sociosanitaria. Dejaré aquí algunos apuntes para la reflexión con sus señorías y para el debate, si les resultan de interés.

Hay que redefinir la atención primaria en España. ¿Para qué? Para que pueda capitanear esta orientación que les señalo, y más que trasladarles yo los contenidos concretos de esa redefinición les señalaré que es muy importante el método a desarrollar, porque creo que ustedes deben considerar que es más importante el proceso que se siga para acordar un nuevo modelo de atención primaria que los contenidos concretos que se apliquen, por supuesto son importantes, pero el proceso es importante. Y por eso yo propondría que, partiendo de la propuesta elaborada en el año 2019 del marco estratégico para la atención primaria y comunitaria, aunque no tiene el consenso total, pero es un punto de partida, las administraciones sanitarias del Estado trabajen con las organizaciones profesionales y con los pacientes para acordar una hoja de ruta que implique un gran acuerdo profesional y político, que aplique sus contenidos con un criterio de planificación estratégica de corto, medio y largo plazo, que contemple indicadores para la definición de necesidades de recursos humanos, acciones y objetivos a desarrollar, e incluso los presupuestos a aplicar para conseguirlo.

En mi opinión, un capítulo esencial debe ser la potenciación de la profesión enfermera. Y en este capítulo considero que habrá que abordar con prioridad la ampliación de las competencias de las enfermeras y enfermeros del Sistema Nacional de Salud. Para ello conviene abordar la definición de la enfermería de práctica avanzada con el respaldo normativo y de formación correspondiente. El mejor ejemplo son las enfermeras gestoras de casos, para mejorar la continuidad asistencial, la coordinación de la atención de los

pacientes crónicos complejos y de otras poblaciones frágiles. Además, en la gestión de casos hay otros roles también con efectividad probada, como las enfermeras de práctica avanzada en cuidados oncológicos o las enfermeras que hacen clasificación avanzada en urgencias y emergencias y gestionan la demanda leve. Y por supuesto, contribuyendo a mejorar la accesibilidad y la gestión de la demanda en primaria, bien como otra puerta de entrada en los centros de salud, además del médico, para según qué procesos (por ejemplo, procesos agudos leves bajo protocolo), o bien apostando por una atención inicial, incluso por las enfermeras. Aquí hay que ser valientes y dar pasos para hacer mejor las cosas en atención primaria.

Hay que fortalecer la atención domiciliaria y comunitaria de las enfermeras. Sería necesario revisar el modelo incorporando, donde no lo haya, la gestión de casos con los rasgos necesarios para intervenir, entre otros, ante la necesidad de un ingreso hospitalario para las personas inmovilizadas y frágiles, pero también hay que aumentar la cobertura e intensidad del servicio.

Otro capítulo esencial en este ámbito de atención primaria se refiere a la incorporación efectiva de la farmacia comunitaria y los profesionales farmacéuticos como parte de la atención primaria para el apoyo y la colaboración con el resto de profesionales de este nivel asistencial en todas las actividades relativas al uso racional de medicamentos, el seguimiento farmacoterapéutico, la adherencia a los tratamientos y otros programas de salud en los que el trabajo en equipo puede ampliar y potenciar el alcance de sus objetivos.

La atención primaria requiere, en definitiva, más profesionales, más profesiones y más competencias profesionales en el marco de una mejora de los espacios de colaboración y cooperación interprofesional.

En relación con la coordinación sociosanitaria, y en especial con las residencias, creo que es evidente que ustedes tendrán que considerar la posibilidad de acordar un nuevo modelo que asegure la protección de la salud de las personas que son atendidas en ellas y que suelen ser poblaciones vulnerables, modelo que debe ser tutelado por Sanidad y monitorizado desde la atención primaria.

Hay que caminar hacia un sistema que ofrezca cuidados seguros en las residencias. No se trata de convertir las residencias en hospitales de crónicos ni de medicalizarlas, sino de ofrecer cuidados de calidad a la vida cotidiana de los ancianos, muchos de ellos dependientes, y de hacer llegar la cartera de servicios del sistema a quienes viven en ella. La incorporación de la enfermería comunitaria, la farmacia comunitaria, la fisioterapia, la rehabilitación, la psicología y otros elementos en una renovada cartera de prestaciones, creo que es el camino a seguir. Las personas que viven en las residencias deben tener garantía de protección de la salud y de atención sanitaria en base a una renovada cartera de servicios y de prestaciones comunes con los profesionales adecuados, cuya cualificación y número debe obedecer a criterios y ratios comunes.

En tercer lugar tendrán ustedes que considerar el reto de la política de recursos humanos. Este es un asunto de enorme relevancia que requiere un amplio acuerdo político, profesional y sindical. Más allá de las lógicas competencias de las comunidades autónomas, hay elementos comunes que requieren una planificación concertada para asegurar calidad y equidad en todo el sistema sanitario. Hay que cambiar la percepción generalizada por parte de muchos profesionales y muchas de sus organizaciones representativas de que la sanidad descentralizada es causa de inequidades sanitarias y de inequidades en el ámbito de los derechos de los profesionales. Esta es una

precepción muy generalizada y tiene que ver con cuestiones como las siguientes: yo creo que tendrán que valorar la necesidad de disponer de forma permanente de una planificación estratégica de necesidades de profesionales sanitarios para asegurar la formación en número y en contenido por parte de la universidad española. No tenemos tiempo que perder al respecto, tenemos detectadas áreas de mejora e insuficiencia en algunas de las especialidades.

También tendrán que definir indicadores para una asignación de profesionales con criterios de necesidad que sean comunes. También criterios para la mejora de las retribuciones, que es necesaria, y para la incorporación de componentes variables que reconozcan la contribución que hacen los profesionales a los objetivos de salud, el desarrollo de una verdadera carrera profesional, el desarrollo de una carrera investigadora, o elementos comunes que permitan asegurar que se acaba con la precariedad laboral y se le da estabilidad a las pantallas acordando los procedimientos adecuados para las ofertas públicas de empleo y los traslados dentro del Sistema Nacional de Salud de una manera periódica y permanente.

Y debe hacerse un enorme esfuerzo por hacer posibles denominadores comunes si no quieren que en momento determinado se pueda producir una ruptura definitiva e irreversible de los profesionales con el Sistema Nacional de Salud público y descentralizado. Es urgente abordar aquí un acuerdo político, sindical e institucional. Y no va en contra de las competencias de las comunidades autónomas, hay elementos comunes que están en toda la mentalidad y las reflexiones que hacen muchísimos profesionales del conjunto del sistema sanitario.

En relación a mejoras tangibles en materia de personal les propongo que, además de considerar la necesidad de una paga específica por la atención a la COVID-19, se planteen eliminar las guardias de 24 horas, comenzando al

menos por la atención en los servicios de urgencias. Los profesionales sanitarios necesitan comprobar que los aplausos en los balcones se traducen en reconocimiento a sus demandas tradicionales.

En cuarto lugar, tendrán que abordar ustedes el reto de la innovación y la investigación. Es imprescindible considerar la necesidad de una renovación tecnológica sostenible en los equipamientos y tecnologías diagnósticas para modernizar con garantías de calidad la disponibilidad de los mejores recursos diagnósticos. La digitalización en el Sistema Nacional de Salud requiere un acuerdo estratégico para asegurar que se evitan brechas que pueden ser fuente de nuevas desigualdades en la calidad asistencial. Una acción decidida hacia la incorporación de todos los avances relevantes derivados de la aplicación de la inteligencia artificial a la organización de los servicios, al diagnóstico y al tratamiento de las patologías es imprescindible y prioritaria; paulatinamente la inteligencia artificial mejora la capacidad diagnóstica, mejora la capacidad de tratamiento y por lo tanto forma parte de las buenas prácticas profesionales. Y esto es un elemento fundamental.

Vinculado a esto, el desarrollo de una estrategia de medicina genómica y de precisión con los criterios que se aprobaron por unanimidad en la ponencia que al efecto tuve el honor de proponer en el Senado se hace imprescindible, para no dejar a España descolgada del acceso a estos importantes avances.

En política farmacéutica es imprescindible adoptar estrategias de medio y largo plazo que permitan una certidumbre regulatoria y ofrecer procedimientos seguros para la rápida, equitativa y sostenible incorporación de las innovaciones, aquellas que aporten valor en un contexto de cooperación con la industria farmacéutica para asegurar al mismo tiempo la sostenibilidad de las cuentas públicas.

Revisar el plan Profarma e incorporar a los diferentes ministerios del Gobierno la búsqueda de fórmulas eficaces para incrementar el atractivo del Sistema Nacional de Salud cara a la realización de cada vez más ensayos clínicos es una tarea posible y necesaria, ya que genera valor para los profesionales, los pacientes y el sistema de salud. Y aquí también hay que incorporar a las comunidades autónomas. Igualmente hay que trabajar en hacer una mayor inversión en proyectos conjuntos de I+D+i con la industria farmacéutica y estimular una mayor presencia de plantas de fabricación que disminuya la dependencia de países asiáticos, incluyendo una iniciativa estratégica que haga viable de una vez instalar una planta de fabricación de vacunas en España.

En quinto lugar, conviene abordar el reto de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud. Ya he hecho referencia a algún aspecto relativo a la gobernanza al hablar del fortalecimiento de la salud pública o a la política común de recursos humanos, que es donde yo ubico las medidas que propongo. Somos un país con una gran descentralización y ello requiere articular el mejor procedimiento posible para cumplir con eficacia las competencias asignadas por la Constitución y los estatutos de autonomía al conjunto de las administraciones. Muchas son en teoría las cuestiones que se podrían proponer, pero ninguna servirá con total eficacia si no se enmarca bajo el paraguas de un gran acuerdo político institucional que implique a los partidos políticos y a los gobiernos central y autonómicos.

Pero al menos ustedes deberían considerar la pertinencia de acordar proponer el fortalecimiento de la gobernanza de lo común con el desarrollo de políticas de cohesión, de calidad y de reducción de desigualdades en un potente fondo de cohesión que sirva para abordar estrategias concretas y aprobadas en el marco del Consejo Interterritorial de Salud. Propongo que se

llegue en el plazo de cinco años a disponer de una cuantía de un 2 % del presupuesto total del Sistema Nacional de Salud, unos 1500 millones de euros. La dirección de este fondo de cohesión correspondería en cogobernanza desde el ministerio con las comunidades autónomas.

Por otra parte, considero que hay que articular un fondo de compensación entre comunidades autónomas con recursos de la administración central y de las comunidades para compensar los costes derivados de la movilidad de las personas. Las personas se mueven de dos formas en sanidad: se mueven cuando van de una ciudad a otra y quieren sacar una receta de su farmacia o necesitan atención sanitaria urgente, y se mueven de manera protocolizada para ir a un servicio de referencia de carácter nacional. Son dos cosas diferentes, pero las dos hay que compensarlas económicamente. Unas corresponderán en exclusiva a las comunidades autónomas, otras pueden corresponder en exclusiva al Gobierno de España o en colaboración con las comunidades autónomas. Y esto es importante porque de alguna manera estaríamos rompiendo barreras que hoy los ciudadanos están describiendo de manera continua.

Y finalmente, en este ámbito de la gobernanza, un fondo para la coinversión en el que se pueda cooperar entre las diferentes administraciones en asuntos de interés común, como pueden ser nuevos tratamientos que cumplan determinados criterios (por ejemplo, innovaciones muy disruptivas o medicamentos huérfanos), nuevos equipamientos que sean necesarios (por ejemplo, la estrategia de digitalización, por decir algo), avances, como decía, en formación para la calidad, y otras que se consideren necesarias.

Par acabar, la nueva financiación del Sistema Nacional de Salud tendría que ser capaz de superar la tradicional insuficiencia presupuestaria y las tradicionales diferencias interterritoriales, que no se derivan de una mejor

gestión o de factores estructurales. Claro que puede haber diferencias en financiación derivadas de gestionar mejor unas que otras o de tener determinadas cuestiones estructurales, como pueden ser poblaciones más envejecidas, mayor dispersión geográfica, etc.

Hace falta un acuerdo global, en mi opinión, que asegure para la sanidad que haya fondos finalistas; fondos finalistas que cubran las necesidades que se determinen en el marco de la financiación autonómica, una cantidad fija por habitante corregida por criterios de dispersión, de cronicidad, de planificación de recursos humanos, otros criterios que se pueden acordar, cuyo destino sea la sanidad, evitando de una vez usar las necesidades de la sanidad transferida para reclamar fondos para las comunidades autónomas que luego no se destinan en su totalidad a los servicios de salud. Obviamente esta reflexión no la considero para las comunidades de régimen foral.

Señorías, el consenso político sobre la sanidad española no será suficiente si solo incorpora a los grupos parlamentarios. Será necesario incorporar al consenso sobre la sanidad pública al Gobierno de España y a los gobiernos de las comunidades autónomas, a la Conferencia de Presidentes. Y con ellas, a los profesionales, organizaciones colegiales, sociedades científicas o sindicatos, a los pacientes y a las empresas y organizaciones que aportan innovación y desarrollo a la sanidad. Es por tanto una operación difícil, pero no es imposible. Creo que sería deseable un acuerdo similar al pacto de Toledo sobre las pensiones.

Desde esta perspectiva, acordadas las claves básicas del sistema sanitario entre las fuerzas políticas e institucionales citadas, el seguimiento de la gestión y de las decisiones sobre la sanidad pública se debería hacer en una comisión. Yo la ubicaría en el Senado de España, con participación ahí también de los agentes profesionales, ciudadanos y empresariales citados.

En esta comisión se deberían buscar los acuerdos necesarios en el futuro para ir haciendo sostenible el modelo de Sistema Nacional de Salud que eventualmente ustedes y la Conferencia de Presidentes hubieran pactado. Así, en un procedimiento similar al establecido para las pensiones públicas en el pacto de Toledo, podría seguir avanzando España en la idea de asegurar una sanidad pública que responda a las aspiraciones y necesidades de la sociedad española. Es verdad que en las pensiones no siempre se llega a acuerdos, pero hay un acuerdo básico sobre querer un modelo de pensiones públicas y sostenibles. Y el Gobierno de turno plantea las reformas, busca el consenso. Casi siempre lo consigue, no pasa nada si no lo hay, porque la función del Gobierno es tratar de cumplir ese mandato acordado en el pacto de Estado de las pensiones.

Finalizo mi intervención haciendo referencia aquí a la necesidad de que ustedes escuchen a los pacientes, aquí y ahora o después, da igual, pero escuchen su voz porque es importante incorporarles en este proceso tan apasionante y tan importante que ustedes han iniciado.

Les agradezco de nuevo su convocatoria, su atención y, por supuesto, quedo a disposición de sus señorías para abordar las cuestiones que ustedes consideren oportunas. Muchísimas gracias. **[Aplausos]**

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Martínez. A continuación tienen la palabra los grupos parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario de Ciudadanos.

El señor **CAMBRONERO PIQUERAS**: Muchas gracias, presidenta. Muchas gracias por su análisis, sus aportaciones y la documentación que nos ha facilitado, señor Martínez.

A mi grupo parlamentario nos interesa, primero, saber qué ha fallado, qué ha fallado también para poder prever y tratar situaciones, como usted ha dicho, con consenso político. Creo que ahora mismo no lo hay. Y creo que este grupo de trabajo y esta Comisión de Reconstrucción es una grandísima oportunidad para lograr ese consenso. En eso estamos desde luego en Ciudadanos, lo hemos demostrado y vamos a seguir haciéndolo.

Dicho esto, tengo que decirle que hemos recibido los artículos que también ha escrito usted junto al anterior compareciente. Muy interesantes, y en gran parte en gran consonancia con lo que nosotros estamos proponiendo también para la reconstrucción. Es cierto que le hemos planteado muchas preguntas al anterior compareciente que no ha podido contestar por el límite de tiempo y la amplitud de las materias a tratar, que creo que le va a pasar exactamente igual a usted. Entonces, voy a ser muy breve, muy conciso, solo tres preguntas para que le dé tiempo más o menos a contestarnos a todos algo.

En varias comparecencias se ha señalado la necesidad de que el Consejo Interterritorial de Salud funcione de manera más ejecutiva, con más funciones, más operativo. ¿Comparte usted esta opinión? ¿Qué reformas cree necesarias para conseguir este objetivo?

En cuanto a la transparencia, de la que tanto se está hablando, también se está hablando mucho de ella por su ausencia, mi grupo parlamentario ha lanzado varias propuestas de reforma, incluida la creación de un portal de transparencia que permita disponer de los indicadores actualizados sobre resultados de los servicios en centros sanitarios. ¿Qué medidas considera que son necesarias para avanzar en transparencia? Creo que es muy esencial ahora mismo la transparencia. ¿Cree que la creación de una agencia española de información, evaluación y calidad del Sistema Nacional de Salud podría hacernos avanzar en este sentido?

Y para acabar, la última pregunta, investigación, importantísima: ¿qué medidas concretas cree que podrían potenciar la investigación biosanitaria en España? ¿Considera fundamental el papel que desempeña el Instituto de Salud Carlos III?

Sin más, le agradezco su comparecencia. Soy escueto. Y unas aportaciones muy valiosas que nos ha dado, tanto en documentos como en la exposición que nos ha hecho. Muchas gracias.

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

La señora **MEDEL PÉREZ**: Hola, buenas tardes. Dada su experiencia en cargos de responsabilidad, ¿cuál su opinión respecto a la financiación finalista para sanidad? Esa es la primera pregunta.

Distintos colectivos solicitan el 25 % de financiación del total de la financiación de sanidad para la atención primaria. ¿Cree usted que está bien valorarlo de esa manera, como un porcentaje, o sería más concreto una cantidad por persona y año para atención primera?

Y la última pregunta: su partido ha defendido la integración progresiva a la asistencia pública, a la Seguridad Social de los regímenes especiales de Muface o Isfas, ¿piensa usted que puede ser ahora el momento? No me refiero a los que están ya en esa situación, sino nuevos funcionarios que ya se incorporaran directamente a la sanidad pública.

Gracias.

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

La señora **TRÍAS GIL**: Buenas tardes. Nuestro grupo reconoce su experiencia y pone en valor el trabajo que hizo usted para afrontar la pandemia de la gripe. Creemos que nos hubiera ido mejor, que eso vaya por delante.

Un compareciente invitado a este Congreso, el señor Martín Moreno, ha publicado recientemente las siguientes afirmaciones: “La OMS alertó ya el 14 de enero a las redes hospitalarias del mundo para que prepararan medidas de contingencia”. El 29 de enero de 2020 el Grupo Parlamentario Vox pregunta al Gobierno por qué no estaba trasponiendo las medidas de protección para el personal sanitario, de salas espera separadas y de uso de test. Sin embargo, usted el 31 de enero de 2020 declara a *Redacción Médica* que el Ministerio de Salud lo estaba haciendo muy bien. Una semana después nuestro grupo propone cerrar las fronteras para viajeros procedentes de China, salvo españoles, proponiendo para ellos medidas de detección y confinamiento, y lo hacíamos porque desconfiábamos del régimen dictatorial chino. De hecho, el doctor Martín Moreno, compareciente también aquí, tiene escrito que tanto la OMS como China son censurables por haber manejado con opacidad la información. Sin embargo, ni usted ni otros expertos alertaron contra ello. Y eso que usted es uno de los responsables del excelente programa contra la pandemia de la gripe que se desarrolló entre 2005 y 2009. Todos los expertos estaban esperando y temiendo la pandemia, y muchos pensaban que iba a ser una zoonosis transmitida por los murciélagos. Además sabían que el primer SARS había venido de China, que entonces se había clausurado Pequín, y que China en esta epidemia había puesto en cuarentena a 60 millones de personas, porque se transmitía de persona a persona. ¿Por qué entonces minimizaron ustedes el riesgo? ¿Cree que pesó en ustedes mantener el comercio con China?

Dicen que esto fue un tsunami, nosotros decimos que lo que pasó es que ni se detectó el terremoto ni se quiso reconocer que Italia ya se estaba derrumbando. Pero nos congratula que coincidamos usted y nuestro grupo en las siguientes afirmaciones que ha ido usted vertiendo por los medios.

Primero: el caos autonómico. Aquí sus declaraciones el pasado 17 de marzo: “La alerta sanitaria por la COVID cuestiona la ortodoxia –en sus declaraciones–, la actual gobernanza de nuestro federal –(sic)– Sistema Nacional de Salud, que hace complejo asegurar coordinación, cohesión y equidad”. Y que ahora en su exposición ha ratificado.

Segundo, la inoperancia de la Unión Europea: también cuestiona de algún modo la ortodoxia actual de los instrumentos institucionales de la Unión Europea para asegurar una respuesta coordinada y solidaria en emergencias de este tipo. Son sus palabras, no las nuestras, el 17 de marzo de 2020. Pero es que además usted afirmaba que “lo pude comprobar como secretario general de Sanidad en el caso de la pandemia por la gripe A, donde fueron imposibles las peticiones que hicimos desde el Gobierno de España a compras comunes de material médico o respuestas comunes”.

Con esos antecedentes, ¿aconsejó usted en algún momento al Ministerio de Sanidad, máxime cuando usted es senador por el PSOE, que hiciese acopio de material de protección o test de PCR? Se lo digo porque a usted ahora le parece muy interesante, lo leemos en sus declaraciones el pasado 4 de junio al *Diario de Sevilla*, la experiencia de Corea del Sur y de Portugal. Pues se lo decimos nosotros, aplican lo que quiere Vox para España: hacer test masivos a los profesionales esenciales, y test a los contactos estrechos. Lo venimos repitiendo desde hace meses. Esperamos que se lo diga al ministro, a ver si le convence.

Para terminar, una cosa común en todos los responsables de sanidad es que ustedes quieren dejar para el final la evaluación de esta terrible desgracia, ese momento en el que los supervivientes se alegren por estar vivos y se empiecen a olvidar de los muertos. Pues bien, nosotros no los olvidaremos y sabemos que ha sido el Gobierno el responsable de la magnitud de esta tragedia.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Grupo Parlamentario Popular.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Muchas gracias. Gracias, presidenta. Gracias, doctor, por su comparecencia. Ha hecho un repaso una persona que conoce muy bien el sistema sanitario y ha abordado, creo que, si no todos, casi todos los elementos necesarios de analizar en este momento y de poner propuestas para el futuro. Le diría más, le diría que coincido con casi todas las observaciones y comentarios que usted ha hecho en todos los ámbitos. Y por eso voy a utilizar el tiempo que tengo para hacerle algunas consideraciones o que pueda profundizar.

Primero de todo, es decirle el consenso, voy a empezar por el final. Soy una partidaria, como sabe, del consenso y de llegar a acuerdos. Y por eso, escuchándole a usted, aunque usted ahora no tiene responsabilidades en el Ministerio de Sanidad, le diría que si yo tuviera que pactar en este momento con usted tendríamos ya el pacto prácticamente firmado, porque usted ha analizado y ha puesto sobre la mesa iniciativas que, como sabe, llevamos defendiendo profesionales sanitarios desde hace muchos años.

Y el consenso, señor Martínez Olmos, tiene que partir del Congreso de los Diputados, de la cámara legislativa. ¿Y por qué? Porque aquí es donde está

la representación popular, aquí están representados todos los ciudadanos, y con nuestras distintas visiones y nuestras distintas opiniones representamos a todos. Si no hay pacto de Estado por la sanidad en el Congreso de los Diputados, en las cámaras legislativas, muy difícilmente va a llegar el pacto a ningún ámbito de los que usted ha señalado, que me parecen estupendos todos. Es decir, creo que tiene que haber, cómo no, acuerdo con los profesionales, tiene que haber acuerdo con los pacientes, con la sociedad civil, en fin, con la sociedades científicas, con todos.

Ha abordado el sistema de vigilancia epidemiológica, y ahí me voy a detener un minuto para decirle qué opinión le merece, repasando la legislación, que sé que usted la conoce bien, repasando el Real Decreto 2210/1995, la Orden Ministerial 445 o la última Orden, la 404/2020, y viendo ahora el RDL, el 21/2020, usted cree que este real decreto ley, abordando lo que aborda con respecto a la gobernanza del sistema, valdrá para muy poco tiempo y tendremos que ir a una ley que regule clarísimamente con la experiencia, por supuesto, de la Ley de cohesión y calidad, que hay un capítulo expreso para el tema de salud pública, con la ley de 2011 que usted impulsó y que aquí apoyamos, con la orden ministerial a la que yo le hacía referencia... pero todavía, a mi juicio, el sistema de vigilancia epidemiológica y el sistema integral de salud pública no es el mejor sistema, y es lo que, a mi juicio, no ha actuado oportunamente. Y no le quiero poner ejemplos porque no tengo tiempo, pero podría decir cosas que dice la orden, la 445, que usted lo conoce mejor que yo, seguramente, o la 404. Y luego lo que dice el RDL en terminología, en contenido, en seguimiento del sistema epidemiológico... En fin, en esa parte me interesaría mucho que me diga su opinión.

En cuanto al sistema de vigilancia epidemiológica, y si este RDL es suficiente para la que nos viene a partir de que el decreto de alarma

desaparezca. Ya sabe que yo soy partidaria de reforzar las leyes en la legislación ordinaria y poner en esa legislación ordinaria elementos importantes. Por ejemplo, no tiene ningún sentido, como usted bien sabe, en estas órdenes ministeriales de las que le hablo poner por un lado el sistema de vigilancia epidemiológica del Carlos III, y ahí remitimos una información, y luego, por otro lado, al Ministerio de Sanidad, a la Dirección General de Salud Pública o al centro de alertas, que como sabe yo creé pero que no se le ha dotado de suficientes recursos, y ahí digo todos, o sea, no crea usted que hablo de un solo Gobierno, sino hablo de todos los gobiernos, para desesperanza de la que le habla.

Siguiente tema importante; por lo tanto, salud pública, totalmente de acuerdo; sistema de vigilancia epidemiológica, repasemos, por Dios, el RDL, porque podemos tener un problema y, por lo tanto, esto no es cuestión de que un partido político dice una cosa y otro otra, sino que tengamos el instrumento útil, y a mi juicio ese RDL se ha cepillado tanto, con perdón de la expresión, que ya no dice casi nada, aparte del 1,5 metros.

En materia de redefinición de atención primaria, de enfermería, atención domiciliaria, farmacia comunitaria, coordinación sociosanitaria, totalmente de acuerdo. En recursos humanos, no ha nombrado todo, de acuerdo a lo que ha dicho; habría que hablar de la especialización, áreas de capacitación específica y troncalidad. En I+D+i, y sé que es un tema que a usted le importa mucho, la medicina de precisión y la genómica, y que hemos compartido muchas reflexiones, ahí hay que profundizar. Y yo le pediría, en la parte en que usted influya, todo lo que es innovación, pero no solo innovación en la parte de innovación de fármacos o de tecnología, innovación en los procesos asistenciales ordinarios y en todo lo que tiene que ver con todo lo que puede hacer un médico de atención primaria o una enfermera de atención primaria.

En la gobernanza del sistema, comparto con usted lo que ha dicho. En el fondo de coinversión y de inversión, el fondo de cohesión sanitaria está infradotado, lo ha estado siempre, como sabe. Recuerda la Conferencia de Presidentes, donde se había dicho, se pusieron 500 millones al sistema. Esta mañana lo recordaba algún ponente, y después se permitía endeudarse más, pero al final el sistema sanitario, si algún día de verdad los que somos sanitarios mandamos un poco en el presupuesto, pues otra cosa, seguro que le iría bien al sistema sanitario. Lo digo en tono de humor, porque llevamos aquí nueve horas, y entonces, bueno, pues eso...

El tema de la financiación de la sanidad, sabe que aunque discrepe de muchas personas de mi partido político, yo como usted, que usted también discrepa, me consta, yo soy partidaria de financiación finalista, después de la separación de fuentes de financiación, y termino ya señora presidenta, después de la separación de fuentes de financiación creo que no hemos avanzado suficientemente, y por lo tanto se dicen algunas cosas, se dice gasto total, gasto per cápita, que no tienen nada que ver con la eficiencia del sistema. Es decir, uno puede estar dando asistencia sanitaria por 1500 euros per cápita y dar un sistema sanitario espectacular y que en una población dispersa con 1500, pues esos 1500 no son suficientes. Por lo tanto, no hace falta que le diga más.

Siguiente tema y el último, el tema, le he leído a usted dos entrevistas bastante... le he leído todo lo que publica, pero una que me divirtió especialmente que dice “¿Sabe usted lo que quiero?”, como lo que preguntan en un programa de televisión. Pues aquí la respuesta es: ¿sabe usted lo que quiero?, un pacto de Estado por la sanidad. Creo que no nos lo perdonaríamos nunca, especialmente las personas que somos del sector, todos, por supuesto, pero las personas que somos de este sector, al que hemos dedicado toda

nuestra vida y que no seamos capaces de encontrar puntos de acuerdo. Y desde luego también le digo que si hablamos, aquí se ha dicho el diagnóstico, seguro que en el diagnóstico, no usted que no está en el sistema en este momento, está en el sistema, pero en otro sitio, seguro que en el diagnóstico no nos ponemos de acuerdo, yo no le voy a recordar, por ejemplo, afirmaciones con respecto a las mascarillas o... le puedo contar tantas cosas, y soy muy generosa, vamos, como me gusta que sean conmigo generosos, pues yo soy generosa con la gente.

La señora **PRESIDENTA**: Señora Pastor, tiene que finalizar.

La señora **PASTOR JULIÁN**: Termino, que en el diagnóstico seguro que no nos ponemos de acuerdo, pero por favor en el tratamiento, es decir, en lo que necesita el sistema sanitario, aprovechemos, mejoremos la financiación del sistema y mejoremos la gobernanza del sistema y seamos generosos. Usted lo ha dicho ahí, y termino: ¿sabe usted lo que quiero?, un pacto por la sanidad.

La señora **PRESIDENTA**: Gracias. Por el Grupo Parlamentario Socialista.

La señora **PRIETO NIETO**: Muchas gracias. Buenas tardes, doctor Martínez Olmos, bienvenido a este Grupo de Trabajo Sanidad y Salud Pública enmarcado en la Comisión de la Reconstrucción Social y Económica de nuestro país. Quería agradecerle el detalle de su exposición y todas las claves que nos ha dado a lo largo de los minutos que nos ha estado comentando todas sus propuestas.

Me surgen muchísimas preguntas, pero me voy a ceñir a cuatro y cinco, a ver si me las puede responder. La primera sería en relación a la farmacia comunitaria: ¿cuál cree usted que, de cara un futuro, cuál sería el papel de la farmacia comunitaria? Sé que ha propuesto algo, pero me gustaría que lo ampliase. Y también cómo cree que ha actuado la farmacia comunitaria española durante el estado de alarma.

Otra cuestión, que yo quisiera que ampliase o profundizase es sobre el comité de expertos propuesto.

La siguiente, le pediría que desarrolle algo más de lo propuesto en su intervención sobre financiación sanitaria, que creo que también coincido con algún grupo al respecto de esta cuestión.

Estoy también muy interesada en cómo puede argumentar el fortalecimiento del papel del ministerio, que usted propone que no contradice competencias autonómicas.

Y ya finalizo, también le pido que profundice un poco sobre su propuesta de llevar al Senado un pacto por la sanidad, como el pacto de Toledo, ¿por qué no en el Congreso?

Muchísimas gracias.

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

El señor **PROFESOR DE LA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA Y EXSECRETARIO GENERAL DE SANIDAD** (Martínez Olmos): Gracias, señora presidenta. Muchas gracias a todos los grupos por sus intervenciones.

En relación a lo que ha sucedido en España en la gestión de la pandemia, me van a permitir que no entre, porque entiendo que no forma parte del contenido de la comisión. A pesar de eso, como creo que para la reconstrucción del sistema sanitario va a haber que hacer cosas ligadas a la pandemia vigente, he trasladado lo que podrían ser decisiones que deben desarrollarse, e incluso he hecho la propuesta de un comité de expertos que asesore a las administraciones sanitarias en el marco del Consejo Interterritorial. Y por lo tanto, no entro ni a decir lo que me parece que se ha hecho mal ni lo que me parece que se ha hecho bien. Estoy dispuesto a venir aquí, si ustedes quieren, a hablar en profundidad, pero también tengo que decirles que nos equivocáramos si solo hiciéramos un análisis para lo bueno o para lo malo de la gestión de la pandemia sin tener en cuenta qué ha pasado en China, qué ha pasado con la OMS, cómo ha actuado la Unión Europea, etc. Es decir, son elementos que hay que tener en cuenta para poder tener un buen diagnóstico que les pueda servir a ustedes para mejorar las cosas, y en la medida en que les toque por oposición cuestionar al Gobierno, pero sobre todo le pueda servir a España para hacer las cosas mejor en su territorio y en la labor que tiene que hacer en los organismos internacionales donde tenemos presencia.

No obstante, les tengo que decir que me parece fundamental seguir teniendo en cuenta que estamos bajo el paraguas de la pandemia. La declaración oficial de la Organización Mundial de la Salud, con capítulos todavía por ver de esta pandemia, porque no sabemos si vamos a tener vacuna, si no la vamos a tener, nos sabemos si va a haber un tratamiento más eficaz, no sabemos si va a haber un rebrote. Y por lo tanto, tenemos que planificar una serie de cuestiones en la línea que yo les he comentado teniendo en cuenta que, desde mi punto de vista, la gestión de alertas de salud pública de esta

naturaleza, donde hay enormes incertidumbres científicas también, solo es factible hacerla bien, si es que hay alguna manera de hacerla bien, en consenso político y con apoyo experto. Por eso propongo la creación de un comité de expertos para esta nueva etapa. Pueden no hacerme caso. Yo les diré que es muy interesante que todas las administraciones sepan que si van a tomar una decisión igual o diferente entre una comunidad y otra en relación a la vuelta al colegio de los menores, pues tiene que estar sustentado el planteamiento común o el planteamiento diferente en visiones expertas, no solamente epidemiológicas, también visiones expertas de lo que tiene que ver con los profesionales que se dedican a la educación.

Pero, bueno, es un consejo que yo les doy, porque en la experiencia que yo tuve ocasión de compartir con la ministra Trinidad Jiménez, tener comité de expertos institucionalizado con todas las organizaciones profesionales nos fue muy bien. Nos fue muy bien porque las incertidumbres las pudimos gestionar de una manera consensuada desde el punto de vista de aquellas cosas que se podía pensar que eran lo más razonable. No es un tema menor para poder gestionar una situación como esta donde las diferencias que puede haber en relación a los puntos de vista técnicos que muchas veces existen, no deben ser la clave, en mi opinión, para las diferencias políticas que sí tienen espacio, porque son fundamentalmente o bien en algunas ocasiones diferencias ideológicas o pueden ser diferencias de alternativas que pueden ser mejores que las que esté aplicando el Gobierno, y es la función lógica que yo creo que tiene que hacerse en el ámbito de la democracia.

Por eso les dejo mis reflexiones ahí y les pido disculpas en ese sentido, porque creo que cumplo con el deber de haber venido a esta comisión con esa finalidad.

Planteaba el responsable, el portavoz de Ciudadanos, a quien quiero agradecerle sus palabras, si un Consejo Interterritorial más ejecutivo o qué reformas: mire, yo creo que el Consejo Interterritorial, lo que requiere es actuar bajo un consenso de un pacto de Estado por la sanidad, o un acuerdo amplio político. Ya veremos a lo que somos capaces de llegar en España – digo, somos, me meto como ciudadano–, a lo que son ustedes capaces de llegar. Pero si hay un acuerdo amplio político sobre qué es lo que hay que hacer es más fácil la gestión del Consejo Interterritorial. Yo he estado muchos años como secretario del Consejo Interterritorial y les puedo decir que el 99,9 % de las decisiones han sido por acuerdo unánime. Sin embargo, la imagen no es esa. Algo estará pasando. Pero de alguna manera me parece que en el marco de competencias constitucionales, con la sentencia que ha habido incluso de cuál es la competencia que tiene el Estado en la Alta Inspección, etc., el Consejo Interterritorial puede funcionar mejor en el marco de un acuerdo político. Por supuesto, evidentemente, si se llega a un acuerdo aunque no haya un acuerdo político en el marco del Consejo Interterritorial, lo que no es razonable es no cumplirlo el que lo haya apoyado. Y estas situaciones a veces han sucedido.

En relación con la transparencia, yo creo que aquí que seguir dando pasos. Le tengo que decir, señor diputado, que hay un portal de transparencia del Sistema Nacional de Salud que tiene en torno a 100 indicadores de salud pactados en el ámbito del Consejo Interterritorial que comparan desde los años setenta, indicadores comunidad a comunidad, donde se pueden ver las diferencias que hay, etc. Pero evidentemente eso es mejorable, se pueden incorporar nuevos indicadores, incluso indicadores de funcionamiento de los servicios en aquellas cuestiones que ustedes consideren que los ciudadanos tienen derecho a conocer (en cuanto a la calidad del Servicio de Ginecología

de mi hospital frente a otro). Bueno, ese tipo de cuestiones, que es cuestión de pactarlas, se puede hacer.

La transparencia es fundamental porque es la base para poder hacer una evaluación y luego plantear medidas de corrección de desigualdades, etc. ¿Se puede hacer en el marco de una agencia de evaluación? Se puede hacer en el marco de una agencia de evaluación. Se puede hacer también en el marco de la agencia de salud pública que planteo. Incluso se puede hacer en el marco, como lo hicimos en un periodo de gobierno, con una dirección general. Bueno, ahí es diferente una opción que otra, pero en cualquier caso, como esto implica a las comunidades autónomas, no puede ser una cuestión exclusiva del ministerio. Tiene que ser también, por eso, reitero, que el pacto de Estado que yo comparto con la señora Pastor como objetivo, el conseguirlo y el que se haga en el Congreso, lo que creo es, primero que es difícil, y segundo que, de hacerlo, tiene que incorporar también a las administraciones, al Gobierno de España y a los gobiernos autonómicos. No vale, en mi opinión, solo con un pacto de Estado en el Congreso de los Diputados. Creo que está muy bien pero no es suficiente, porque de ahí se derivan cuestiones que están en el marco competencial de las administraciones autonómicas. Por lo tanto, hay que ser más ambicioso y tratar de llegar, en mi opinión, a un acuerdo institucional más amplio.

Lo difícil es definir cuál es el contenido de ese acuerdo. Cuanto más sencillo sea el contenido, más fácil es llegar a un acuerdo, porque será más difícil que haya discrepancias. Voy a poner un ejemplo: seguramente a usted y a mí, o a cualquiera de los que estamos aquí nos puede parecer mejor un sistema de pensiones u otro sistema de pensiones. Pero el denominador común que se escogió en España fue definir que queremos un sistema público de pensiones que sea sostenible, y que sea con la aportación de los trabajadores y

de los empresarios. Eso fue lo que decidimos. El cómo se gestiona, cuántos años de cotización para tener derecho, etc., eso es la gestión del asunto. Y eso, el pacto de Estado de las pensiones se considera que es mejor hacerlo por acuerdo, todas las reformas hacerlas por acuerdo. En muchos casos las reformas se han hecho con un consenso total; en otras, por mayoría. Pero la cuestión es que todos defendemos ese sistema y quien gobierna tiene la responsabilidad de tratar de cumplir ese objetivo pactado de la mejor manera posible.

En la última etapa yo recuerdo que el Partido Popular, el Gobierno del señor Rajoy planteó la actualización del 0,25 % y fue en desacuerdo con otros agentes, con otros grupos políticos. Pero era su responsabilidad tomar decisiones. El objetivo era tratar de hacerlo sostenible; en la alternancia luego se pueden corregir las cuestiones. Incluso el mismo Gobierno puede pensar en un momento determinado que una decisión la puede cambiar porque se dan otras circunstancias.

Por eso me parece importante, y con esto también contesto a la señora Prieto, el que eso una vez pactado se lleve al Senado, porque no es que sea la cámara territorial, es que debe serlo. Yo, lo que espero es que algún día haya una reforma constitucional que dote al Senado de esa finalidad. Pero en cualquier caso me da igual, me da igual en el sentido de que si hay acuerdo, prefiero el acuerdo donde ustedes quieran que se haga el acuerdo, porque eso será lo importante, pero creo que sería lo más coherente hacerlo de esa manera. Por eso proponía esa iniciativa, copiando de alguna manera la cuestión de la gestión del pacto de Toledo por las presiones.

Y en relación con la investigación, el Carlos III debería estar en Sanidad. No lo hemos hecho, ninguno de los gobiernos que hubo, después de llevarse a otro ministerio. Pero yo sí creo que es interesante pensar cara al

futuro, en ese posible acuerdo que hagan ustedes, que estaría bien que estuviera ahí porque es un instrumento muy interesante de potenciación de la innovación y del desarrollo.

Unidas Podemos plantea la cuestión de la financiación, la financiación finalista, la financiación de la atención primaria: yo soy en esto muy heterodoxo. Yo creo que la financiación debe ser finalista. Pero sé que esta idea no la compra ningún presidente de ninguna comunidad autónoma. Estoy en el mundo, sé lo que pasa, sé lo que piensan y sé por qué lo dicen y por qué lo piensan. Pero desde Sanidad tenemos que reclamar que si se utiliza cuando se renueva el modelo de financiación autonómica, y la historia de España reciente así lo demuestra, lo que cuesta la sanidad transferida para reclamar fondos en ese cada vez nuevo modelo de financiación, o es finalista ese dinero, o al menos lo que se está pidiendo que esté tasado, que vaya a Sanidad.

Muchas veces, es lógico, los presidentes, como han pasado varios años desde el anterior modelo de financiación cuando se reforma, reclaman que las decisiones del Gobierno con nuevos medicamentos, nuevas prestaciones, le han supuesto un incremento de gasto, y por lo tanto argumentan en ese sentido para reclamar más financiación. De hecho, los últimos trabajos que dejó vigente el Gobierno del señor Rajoy en la renovación del actual sistema de financiación autonómica, que todavía no se ha hecho, pues plantaban acuerdos técnicos e informes técnicos sobre cómo mejorar la financiación de la sanidad y cómo mejorar el sistema de financiación autonómica en base a cómo habían subido los gastos sanitarios.

Claro, lo que sería llamativo es que si se llegara a un acuerdo, después no hubiera ese retorno a la sanidad, porque entonces estaríamos con la insuficiencia crónica que tiene el sistema sanitario público, que es causa de inequidades, porque muchas veces esa insuficiencia justifica decisiones de

gestión diferentes de una comunidad a otra, que a veces son solo diferencias de gestión pero a veces son inequidades. Y por lo tanto, yo entiendo que al ser una causa estructural habría que tratar de corregirla.

También en relación con la financiación de la atención primaria a mí, sin decir qué es lo que queremos hacer, sería el primero que no diría qué porcentaje tiene que haber de financiación para ningún área del sistema sanitario; yo creo que la clave es qué queremos hacer con una planificación de medio y largo plazo donde recuperemos lo que se hizo en los años ochenta, definir criterios de cuántos recursos humanos en función de las variables que queramos. ¿En función de habitantes? Pues en función de habitantes. ¿En función de dispersión? Pues en función de dispersión. Cuántas enfermeras en función de la población o en función del número de médicos, lo que queramos, pero una planificación que permita que lo que es la dotación de recursos asegure una equidad, aunque luego puede haber, lógicamente, variables diferentes.

De igual manera, qué prestaciones queremos dar a la atención primaria, cómo puede influir y mejorar la digitalización. Eso, si lo hacemos así nos daría como resultado una necesidad de financiación que nos dará también como resultado si lo queremos hacer en un año, en dos, cuatro, seis, diez o veinte. La reforma de la atención primaria en España se hizo con una visión estratégica: se definieron unos criterios, incluso luego, cuando las comunidades autónomas se hicieron los mapas de atención primaria, todos los municipios sabían que les tocaba un centro de salud, un hospital comarcal o un consultorio. Y en algunos casos incluso los gobiernos regionales dijeron “a usted le toca el año que viene, a usted le toca dentro de tres años y a usted le toca dentro de seis años”, porque es lógico que las inversiones no se puedan hacer en un mismo tiempo. Yo creo que ese es un mejor camino para eso.

Y usted me plantea sobre la cuestión de Muface. Mire, yo creo que este tiene que ser un tema de acuerdo. Yo preferiría que no hubiera Muface, y por lo tanto sería más partidario de que a partir de ahora no lo hubiera, no tengo nada en contra, creo que todo lo que puedan ser privilegios es difícil de justificar en la sociedad actual. Pero tampoco me importa que continúe, siempre que sea en el marco de un acuerdo.

Por lo tanto, yo creo que aquellas cuestiones que realmente les pueden diferenciar, y no les voy a enseñar nada de técnicas de negociación política, deben quedar al margen si no son prioritarias, porque si no, entonces nos vamos a atrancar todos en lo que pueden ser nuestros puntos de vista.

Al Partido Popular, doña Ana Pastor, gracias por sus palabras. Claro, concretamente usted hace un planteamiento que es superinteresante en lo que se refiere, no a mí, yo no creo que me haya hecho usted ningún favor... sí me lo ha hecho cuando ha dicho que conmigo pactaría, sabe que nosotros tenemos voluntad de acuerdo siempre cuando hemos tenido ocasión usted y yo de hablar. Pero también es que tenemos, yo creo, mucha experiencia y sabemos que hay cosas que son necesarias, y otras que son factibles, y otras que aunque tengamos puntos de vista diferentes sabemos que no son tan factibles y las podemos dejar a un lado. A lo mejor por eso muchas veces hemos sido capaces de llegar a acuerdos.

Pero usted plantea una cosa muy interesante con el sistema de vigilancia epidemiológica. Yo creo que aquí también es imprescindible una modernización pactada, porque tiene que ser sostenible lo que hagamos con la vigilancia epidemiológica. Yo creo que hay dos elementos básicos: uno, los datos tienen que nutrirse de las historias clínicas, y si es una novedad, una enfermedad nueva, se crea un sistema de registro específico, pero tienen que nutrirse de la historia clínica y permitir que los diferentes niveles de la

administración que tienen que intervenir, desde un área geográfica pequeña, un distrito de atención primaria, un área hospitalaria, una provincia, si es la organización de una región, una comunidad autónoma completa o el Ministerio de Sanidad, puedan tomar decisiones con datos reales, con datos objetivos, con datos en el momento preciso, porque cuando hablamos de tener que intervenir en situaciones de emergencia, la rapidez y la calidad de la información es fundamental.

Yo creo que tiene márgenes de mejora lo que se ha hecho, y probablemente la mejor manera de hacerlo sería aprovechar la tramitación del real decreto ley para luego continuar, aprobarlo o no, pero, bueno, eso ya depende de la mayoría, para luego continuar su perfeccionamiento y hacer una ley definitiva. Entiendo que si están ustedes en la idea de hacer un acuerdo político, este puede ser un elemento importante que permita gestionar la pandemia actual hasta que se dé por finalizada, pero dejar ya una estructura de vigilancia epidemiológica muy sostenible en el tiempo para esa nueva reconstrucción que queremos. Ese es mi punto de vista.

Usted plantea, yo no he hecho referencia a las cuestiones de la troncalidad ni al área de..., las hace porque creo que es un buen planteamiento, pero lo entiendo más resuelto si realmente hacemos un acuerdo. Cuando yo hablaba de una política nueva de recursos humanos, hablaba también de incorporar este tipo de cosas, ¿de acuerdo?

Aquí no estamos, yo no veo tan claro que sea tan fácil llegar a acuerdos, no en lo político, sino en lo profesional. Usted sabe que ahí hay muchas veces luchas encarnizadas. Pero si hay un acuerdo político es más fácil luego de desarrollar, y por lo tanto nos queda pendiente de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias trabajar en esa dirección, y en ese sentido usted sabe que yo estoy de acuerdo.

Por supuesto que la cuestión de la genómica, de la medicina de precisión, en mi opinión es imprescindible que aprovechemos el trabajo que hicimos en el Senado todos los grupos políticos. Hemos traído a comparecencia hace dos años a todos los expertos del país. Hemos llegado a un consenso técnico y político, yo creo que envidiable. Pero luego esto hay que traducirlo porque también llevará inversiones, llevará priorizaciones, llevará definición de unidades de referencia nacional que requieren, lógicamente, un trabajo que lo tiene que liderar el ministerio con las comunidades autónomas, y que creo que si no lo hacemos podemos perder la posibilidad de estar a la cabeza, porque como sistema sanitario no deberíamos dejar que ninguna innovación de las que nos pueda traer la tecnología, en este caso los avances científicos preventivos y curativos, quede fuera del alcance de nuestros ciudadanos. Hemos demostrado en los cuarenta años aproximadamente que lleva el sistema sanitario que hemos sido capaces de incorporar las innovaciones. Y por lo tanto, esa ha sido una de las claves, junto a la buena calidad de nuestros profesionales sanitarios, para que la sanidad haya respondido satisfactoriamente a las necesidades de la gente. Aquí me parece que hay una línea de trabajo imprescindible y necesaria.

Y termino con las cuestiones que me planteaba la portavoz del Partido Socialista. Sobre farmacia comunitaria: yo creo que hay que dar el paso, probablemente con criterios de acreditación de los profesionales sobre las competencias que se requieren para hacer posible incorporarse en programas concretos que las comunidades autónomas puedan desarrollar para mejorar el seguimiento farmacoterapéutico, mejorar la adherencia de los tratamientos, generar eficiencia y también colaborar en muchos programas de salud pública donde también la farmacia comunitaria puede entrar, yo creo que acreditación

previa. ¿Por qué? Porque también es verdad que se requiere la aplicación de determinada metodología y determinados instrumentos.

Cuando usted me preguntaba sobre el comité de expertos, creo que le he contestado. ¿Esto puede ser discutible? Pues como todo. Ha habido expertos que han asesorado al Gobierno. Yo no he asesorado al Gobierno, porque antes me lo preguntaron, no soy experto del Gobierno, soy un profesional que tiene sus opiniones, tengo mis opiniones, y todas las que he dado, se lo digo ahora a la representante del grupo Vox, las he dado con plena libertad, con aciertos o con errores, como las que puede dar usted o cualquier otra persona, pero sin ninguna vinculación ni política ni institucional. Y sí creo que debería usted revisar, porque a lo mejor soy yo el equivocado, creo que en esas declaraciones a *Redacción Médica* lo que yo dije es que el sistema estaba actuando bien. Porque en la gestión de la pandemia hay una cosa que ustedes tienen que considerar: hasta el 14 de marzo las decisiones se tomaron en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud por unanimidad. Y era el órgano que comandaba la sanidad española, legal e institucionalmente.

En el momento en el que uno está opinando cómo va un partido, pues a lo mejor en los diez primeros minutos del partido le gusta que Messi haya metido tres goles, pero a lo mejor en el minuto noventa le han metido cuatro al equipo contrario. Eso depende de en qué momento uno esté opinando. Y esto me parece importante tenerlo en cuenta, no para la gestión de lo político, en lo político yo he sido también diputado y senador, con aciertos y con errores, y entiendo que el lenguaje es diferente, pero desde el punto de vista profesional, desde el punto de vista de la responsabilidad ética que tenemos las personas que profesionalmente, con nuestros aciertos y nuestros errores, podemos trasladarle a la sociedad cualquier opinión, lo más documentada posible, y sobre todo en una situación compleja como la actual, para ayudar al país, pues

son opiniones, son planteamientos que tienen que hacerse con la idea, no de apoyar o no apoyar al Gobierno, sino de apoyar al país, que es lo que entiendo que corresponde a cada profesional en su ámbito profesional exclusivamente.

Por eso me parece que en este momento conviene un comité de expertos, porque quedan áreas de decisión importante. El tema de las vacunas es una cuestión fundamental. Ana Pastor, usted sabe perfectamente cuando la gestión de la gripe A, que cuando tuvimos que abordar la compra de vacunas, nosotros preferíamos, por equidad y por precio, una acción concertada y coordinada de la Unión Europea. No fue posible, porque la manera en la que se organizan las decisiones en la Unión Europea, pues requiere la unanimidad de las decisiones de los Estados miembros, y hubo países que no lo consideraron oportuno. Eso hizo que nosotros tuviéramos que trabajar para resolver lo que era nuestra obligación: disponer de vacunas para la población española con criterios pactados con las comunidades autónomas, con las organizaciones profesionales, etc.

Incluso aunque hubiera una acción internacional de la OMS o de la Unión Europea, hay que organizar los servicios, hay que definir quiénes son los primeros que se deben beneficiar de la aplicación de la vacuna. Habrá que tener criterios técnicos. Yo tengo mi opinión, pero aquí tienen que ser las organizaciones técnicas, el Centro Europeo de Control de Enfermedades o la OMS, quienes digan si primero tienen que ser los profesionales sanitarios, si después tienen que ser las poblaciones vulnerables, lo que sea. Hay que acordarlo, porque eso conlleva toda una organización de la sanidad que probablemente, y ojalá suceda si tenemos la vacuna, tendremos que afrontar de inmediato.

Luego cómo hacerlo, tener respaldo del comité de expertos, a mí me parece que es una buena metodología. Y mi opinión es que los expertos tienen

que ser las organizaciones profesionales. Y luego puede haber expertos muy expertos, que cada persona puede decir “tal persona es muy experta”, pero las organizaciones profesionales, que tienen una responsabilidad institucional y también ética con la sociedad, deben estar incorporadas en ese planteamiento para darles seguridad a las decisiones de la autoridad sanitaria, que muchas de ellas estarán bajo la incertidumbre científica todavía.

¿Y si tenemos una vacuna que cuando se autorice se autoriza aunque tenga algún posible efecto adverso? Eso no lo sabemos, luego lo lógico es decidirlo con criterios técnicos, con criterios expertos. Lo mismo me vale para cualquiera de las cuestiones que les he comentado.

Finalmente, sobre financiación sanitaria solo decir que probablemente necesitemos más recursos, pero también vamos a estar a expensas de cuál es la evolución de la economía de nuestro país, eso lo sabemos. Pero lo que sí es cierto es que la financiación tiene que tender a ser suficiente y equitativa. Y en sanidad tenemos mucha experiencia ya para saber cómo se puede medir eso y para avanzar, porque la financiación, si es equitativa y es suficiente, es un instrumento válido para la gobernanza del sistema sanitario, sea descentralizado o no lo sea; lo que tiene que hacer es dar respuesta a lo que realmente se necesita.

Y hay un área de incertidumbre en el gasto sanitario que siempre va a existir, y es: ¿cuánto nos va a costar la innovación que venga el año viene, dentro de dos años o de dentro de tres? Nosotros podemos pactar un modelo de financiación con el acuerdo de todos los partidos políticos, pero dentro de cinco años pueden aparecer tres tratamientos de enfermedades que hoy son absolutamente imposibles de tratar y que permiten curar, vean el caso de la hepatitis C. Y hay que hacer una inversión económica que no podemos pronosticar.

Luego tenemos que tener un procedimiento de toma de decisiones, y por eso yo planteaba el fondo de coinversión. Llámeme lo que quieran, pero se trata de que cuando hay que incorporar alguna innovación disruptiva porque es un enorme avance para los ciudadanos y tiene un coste, hay que compensar a las comunidades autónomas de alguna manera. Y por lo tanto, esto también tiene que estar incorporado en ese modelo de financiación, que yo entiendo que tiene que tender hacia la consideración de finalista, aunque soy consciente, estuve en el Gobierno y sé lo que pensaban en los gobiernos de comunidades autónomas del Partido Socialista y de otros partidos, sé que no es la consideración que tienen los presidentes de las comunidades autónomas.

Pero termino, presidenta, hoy lo que piensa la sociedad española de la sanidad, lo que piensa la sociedad española de la importancia de la sanidad, hace más difícil explicar por qué se reclaman recursos para la sanidad y luego no se ponen en la sanidad. Va a ser más difícil hacerlo.

Luego entonces, los que creemos en una financiación suficiente, pongamos en ese sentido nuestro trabajo, a ver si es posible que lo consigamos.

Muchas gracias. **[Aplausos]**

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Martínez Olmos. Muchísimas gracias por todas sus consideraciones y por haber estado presente en este grupo de trabajo. Muchísimas gracias.

Se levanta la sesión.